

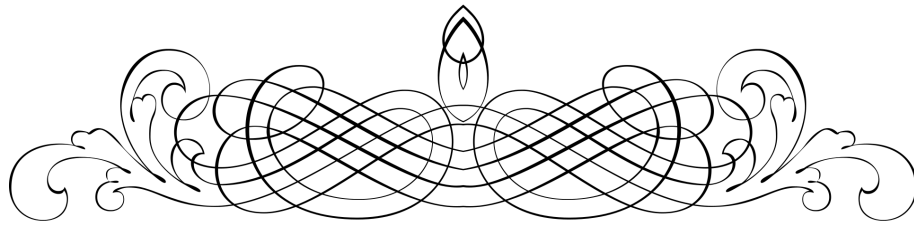
# *Loco por Cthulhu*

*La Locura en la España de los Años 20*

Guía para Juegos de Rol de  
Ambientación Lovecraftiana



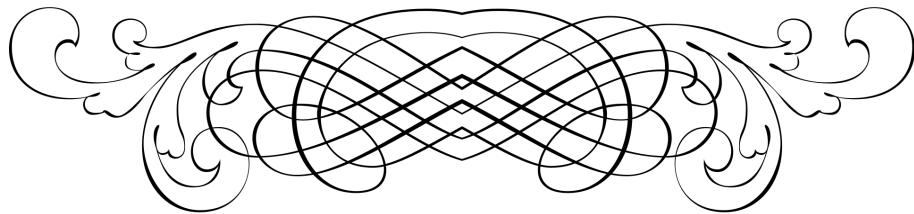
CRÁTER



# *Loco por Cthulhu*

*La Locura en la España de los Años 20*

Guía para Juegos de Rol de Ambientación Lovecraftiana





2018. Ramón Espardena.



Esta obra está registrada.



Este manual, está sujeto a una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual (CC BY-NC-SA 4.0), excepto las imágenes que se especifique que están sujetas a otra licencia. Este manual puede utilizarse, distribuirse o basarse en él, siempre que se reconozca su procedencia, no se utilice para fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones.

Créditos de las ilustraciones.

Portada. Casa de Locos. Goya. Dominio público.

Imagen en página 4. Horror and Agony. En Charles Darwin's The Expression of the Emotions in Man and Animals. Dominio público. Wikipedia. CC0. 1872.

Imagen en página 7. Ambroise Tardieu. Creative Commons, CC-By. Welcome Collection. 1838.

Las imágenes de la sección 2, son recreaciones digitales basadas en las aparecidas en el Semanario España en 1916.

Imagen en página 10. Electroshock. Creative Commons, CC-By-SA 2.0. University of Liverpool Faculty of Health & Life Sciences. 1957.

Imagen en página 10. Coma insulínico. Dominio público. CC0. Wikipedia.

Imagenes en página 11. 65-year old man with history of OCD treatment in 1970s. Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0. Frank Gaillard en Wikipedia. 2016. Diagrama de cráneo. FiachraByrne en Wikipedia. Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0. 2011.

Imagen en página 11. Basado en fotografía de Egas Moniz. Dominio público. Wikipedia. 1955.

Imagen en página 8. Parte de anuncio de jarabe de heroína en periódicos españoles. Dominio público. Wikipedia. 1912.

Las filigranas decorativas presentes en la obra provienen de www.pixabay.com y tiene licencia Creative Commons CC0.

El logotipo de Cráter y el nombre se consideran marca identitaria por lo se reservan los derechos.

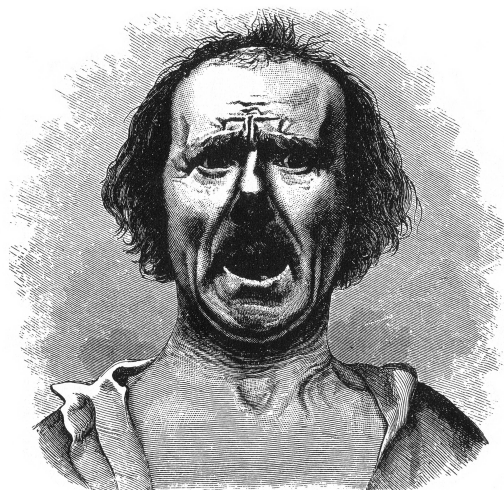


www.crater.es

# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. La locura en la España de principios del siglo XX</b>	<b>5</b>
<b>3. Tratamientos psiquiátricos en la España de los años 20</b>	<b>7</b>
3.1. Extirpaciones . . . . .	7
3.2. Piroterapias . . . . .	7
3.2.1. Malarioterapia . . . . .	7
3.2.2. Absceso de fijación . . . . .	8
3.2.3. Vacuna tífica . . . . .	8
3.2.4. Sulfosin . . . . .	8
3.2.5. Azufre inyectable . . . . .	8
3.3. Método de Kläsi . . . . .	8
3.4. Método de Carroll . . . . .	8
3.5. Fármacos . . . . .	8
3.5.1. Efectos de los tratamientos sedantes . . . . .	9
<b>4. Las nuevas terapias de la década de los 30</b>	<b>9</b>
4.1. Terapias convulsionantes . . . . .	9
4.1.1. Cardiazolterapia . . . . .	10
4.1.2. Electroshok . . . . .	10
4.2. Coma Insulínico o Cura de Sakel . . . . .	10
4.3. Lobotomía . . . . .	10
4.3.1. Lobotomía transorbital . . . . .	10
4.3.2. Las técnicas de la lobotomía . . . . .	11
4.3.3. Efectos secundarios de la lobotomía . . . . .	11
4.4. Notas y ayudas al juego . . . . .	11
4.4.1. La lobotomía y España . . . . .	11
4.4.2. Lobotomizar a un personaje . . . . .	11
<b>5. En el manicomio</b>	<b>12</b>
5.1. Ingresar en el manicomio . . . . .	12
5.2. Personal del manicomio . . . . .	12
5.2.1. Ingresar a un personaje . . . . .	12
<b>6. Tres personajes no jugadores</b>	<b>13</b>
6.1. Miguelito Exposito . . . . .	13
6.2. Antonio Rodríguez . . . . .	13
6.3. Don Angel Rodríguez . . . . .	13
<b>7. Estadísticas de la época</b>	<b>14</b>
7.1. Nombres más frecuentes en España antes de 1930 . . . . .	14
7.2. Diagnósticos en los manicomios de Madrid en 1915 . . . . .	14
7.2.1. Gráfico de los diagnósticos más frecuentes . . . . .	15
7.3. Estadísticas del 1915 al 1930 . . . . .	16
7.4. Manicomios en España en 1931 . . . . .	19
<b>8. Documentos</b>	<b>22</b>
8.1. Ficha clínica . . . . .	22
8.2. Certificado de ingreso . . . . .	23
8.3. Certificados médicos para ingreso . . . . .	24
8.4. Notificación al Ayuntamiento . . . . .	26

# 1. Introducción



Este dossier recoge detalles históricos sobre la situación del tratamiento y el internamiento psiquiátrico en la España de principios de siglo XX, además de otras ayudas al juego como estadísticas de la época y documentos. Esta recopilación está pensada para que el Guardián o director de juego dote de mayor realismo y profundidad a las partidas que diseñe para juegos de rol basados en los mundos creados por *P.H. Lovecraft*, como *La Llamada de Cthulhu*, *El Rastro de Cthulhu* o *Cthulhu D100*.

En estos juegos el concepto de locura es una aspecto fundamental y por lo general están ambientados en los años 20 del pasado siglo. Hay que señalar que, a diferencia de otros juegos de rol donde prima la fantasía, en esta temática se suele animar al Guardián a ser fiel a la historia real al construir la ambientación de la partida. En un juego de terror, investigación y misterio, una puesta en escena creíble aumenta los sentimientos de aprensión de los jugadores y da mayor credibilidad a la parte fantástica de la historia al mezclarse sutilmente con la realidad. Por otro lado, hay situaciones, como la aquí reflejadas, que ya pueden llegar a ser suficientemente horribles por sí mismas sin necesidad de añadir ni una gota de fantasía.

El material se ofrece sin que esté adaptado a ninguna versión de juego concreto, eso deja esa tarea en manos del Guardián que puede tomar lo que considere más oportuno o simplemente darle un vistazo a como era la situación psiquiátrica en la España de los años 20 para tomar algunas ideas. Estamos seguros que quien tenga interés en leer textos como este para preparar sus partidas no necesita ni deseará que le den las cosas mascadas. Se han publicado módulos sobre la locura y también sobre ambientación histórica en la España de los años 20, este dossier está a caballo entre ambos.

Todos los datos se ha extraído de artículos científicos o del Instituto Nacional de Estadística. Cada sección tiene su apartado de bibliografía. Ha sido especialmente trabajoso obtener las estadísticas de las tablas adjuntas a este documento. Para disponer de los datos ha sido necesario transcribir a una hoja de cálculo más de una veintena de extensas tablas que el Instituto Nacional de Estadística ofrecía en forma de imágenes de los documentos originales.

Espero que los Guardianes con interés en ambientar sus partidas en la España de los años 20 con cierta precisión histórica encuentren este texto útil. Para ese fin, pese a que se ha simplificado la terminología médica, a sido inevitable que este breve manual contenga aspectos que pudieran parecer demasiado técnicos para una guía de rol, sin embargo, esperamos que el esfuerzo se vea recompensado cuando el Guardián vea la inquietud en los rostros de sus jugadores, gracias a una fantástica y creíble puesta en escena de su partida.

Como últimas palabras de esta introducción, nos gustaría señalar que esta recopilación de hechos históricos y su adaptación a los juegos de rol en ningún caso la consideramos una banalización de las penosas situaciones que sufrieron las personas con enfermedad mental en el pasado, muy al contrario, el incorporar elementos de recreación histórica en el juego nos ayudan a ser conscientes de aquellas realidades de una forma profunda. Afortunadamente, la situación de los enfermos mentales es muy diferente en nuestra época y latitudes, aunque pese a los avances, todavía se debe seguir trabajando por eliminar el estigma asociado a padecer una enfermedad mental.



## 2. La locura en la España de principios del siglo XX



*Enfermo con los pies encadenados. 1916 valencia.*

Si enloquecer por contemplar las abominaciones cósmicas y comprender, siquiera una sombra de la realidad, no fuera ya bastaste duro, lo que espera después a los pobres personajes no es ningún descanso y menos todavía si van a enloquecer en España. Otros países vecinos como Francia disponían de leyes reguladores del trato dispensado a los enfermos mentales desde 1838, pero en España hubo que esperar casi un siglo, hasta los años treinta del siglo XX, para conseguir una ley específica. En España el tratamiento de los alienados estaba contemplado de forma general en la **Ley de Beneficencia de 1849** (Real Orden de 1852), que reconocía a los establecimientos de locos como establecimientos de beneficencia, existiendo solo seis en todo el país.

Dado que la capacidad o el interés del estado para la construcción y mantenimiento de manicomios era escaso, la ley establecía una doble red de asistencia para los alienados, una pública gestionada por las Diputaciones Provinciales y otra privada. La asistencia mental era una necesidad urgente, ya en 1879 una estadística nacional de dementes reveló que en casi 20 años la población interna se había triplicado. El gobierno instaba a las diputaciones provinciales a soportar la carga de las instituciones manicomiales pero estas continuaban siendo pocas y de escasa calidad.

En el siglo XIX, en general, la locura era considerada una amenaza social y los manicomios se construían a las afueras de las poblaciones como recintos semiautónomos y cerrados. Se protegía a la sociedad del loco y se intentaba librar a este último de su locura. El enfoque teórico preponderante de la época

era el tratamiento moral, que propugnaba los espacios salubres, aire limpio, la ausencia de tensiones y el trato amable al alienado a fin de alcanzar su recuperación. Sin embargo, ese ideal estaba lejos de la realidad. Los manicomios públicos fueron lugares poco medicalizados, siendo más espacios de reclusión que instituciones terapéuticas. Los establecimientos privados lograron desarrollar un enfoque más científico pero rápidamente cayeron en la simple custodia y reclusión de los enfermos, dado el fracaso en conseguir los objetivos esperados por el tratamiento moral (en buena parte por falta de medios) y la lógica mercantil que les llevó a alquilar plazas para indigentes a las diputaciones a bajo precio.

En España las regulaciones específicas aparecen con los Reales de Decretos del 15 y del 21 de mayo de 1885. En el primer caso se establecía el reglamento del manicomio de Santa Isabel de Leganés y en el segundo las directrices para el ingreso de los enfermos en los manicomios.



*Enfermo sobre un lecho de paja. 1916 Granada.*

Según este último decreto, existían dos formas de entrar en los manicomios, con un ingreso de observación o en reclusión permanente. El ingreso de observación duraba 3 meses (6 en casos dudosos). El Real Decreto del 28 de enero de 1887 lo amplía hasta 1 año, pasando después a reclusión definitiva.

Observando más de cerca el tipo de vida que tenían los enfermos ingresados en esos lugares queda patente el aberrante contraste entre lo que se deseaba y lo que se conseguía. Por ejemplo en el *Manual del Enfermero en los Manicomios* de 1909 de Gonyales Cedrón, se ven las buenas intenciones del tratamiento moral en alguno de los deberes de los enfermeros:

**«Deben tener siempre presente que los alienados son hombres enfermos y que por lo general su enfermedad reconoce por causa una desgracia.»**

«En sus relaciones con los alienados debe captarse por todos los medios posibles su amistad y confianza.»

«Responderán á las preguntas de los alienados, con palabras de benevolencia. Se guardarán de reír en presencia de los enfermos cuyos gestos ó palabras inspiren burla. Si son maltratos por los alienados, no deben de perder de vista que han de abstenerse de todo castigo, á no ser que á ello les obligue la defensa de su persona; cosa casi imposible por otra parte, pues hállase dispuesto el servicio de manera tal, que rara vez podrá hallarse solo un enfermero.»



*Celda con piso de piedra y lecho de paja.*

*1916 Granada.*

Sin embargo, un artículo denuncia de *Gonzalo R. Lafora* publicado en el 1916 en el semanario *España*, deja claro que ese deseo prácticamente no llegó a materializarse puesto que lo frecuente era que los locos fueran mantenidos en situaciones brutales y miserables. A continuación se reproducen algunas secciones.

«las mazmorras que hemos visto en el Manicomio Provincial de Granada [...]: El piso es de piedra con un canal para el desagüe. En un lado, sobre un montón de paja, que hace de lecho, yace un enfermo casi desnudo, lleno de suciedad y completamente abandonado. Cada puerta tiene una ventanilla enrejada para que los guardianes puedan observar a los reclusos. La supresión de cadenas, esposas y otros brutales medios coercitivos que se impuso en Europa hace ya muchos años, se desconoce aún en los manicomios oficiales españoles.»

<sup>1</sup> Esa ley estuvo en vigencia hasta 1983.



*Enfermo con cinturón de hierro al que están encadenadas las manos.*

*1916 Valencia.*

Respecto al Manicomio Provincial de Valencia, el autor dice:

«[Vimos a] un joven demente, cubierto con un saco de amplias bocamangas, con los pies descalzos y enlazados por una cadena de recios anillos [y a] un viejo [que] tiene un cinturón metálico, del que derivan dos cadenas que inmovilizan sus manos. [Allí] vimos a los típicos guardianes de nuestros manicomios, hombres ineducados, sucios, desgarrados y de una jovialidad amable.»

«Del departamento de alienados del Hospital Provincial de Madrid, sólo diremos que permanece en el mismo estado que en la época de su fundación, hace ya dos siglos (1748). Cuando se empiezan a acumular los enfermos, una monja ordena traslados en masa a otros manicomios (al de Ciempozuelos o al de Valladolid), y los enfermos llegan a estos últimos con el único diagnóstico de enajenación mental y sin ningún dato ulterior que sirva para diagnosticarlos científicamente. »

«Sobre los demás establecimientos visitados, no es preciso tratar. Con pocas variantes, todos adolecen de los mismos defectos. No tienen suficiente personal de médicos y enfermeros, ni la preparación técnica de este personal es adecuada, ni hay departamento balneotérapico, ni, consecuentemente a los anteriores defectos, se suprimen los medios coercitivos medioevales.»

«Los manicomios españoles que están montados más a la moderna son instituciones particulares, y yo sólo me ocupé de las oficiales y exclusivamente de las vistas por mi. »

Como decíamos, la primera ley española específica para el tratamiento del enfermo mental aparece en el Real Decreto de 3 de julio de 1931<sup>1</sup>. En esa época habían casi 25.000 personas ingresadas en los manicomios censadas por la Dirección General de Sanidad.

Pues bien, este es el retrato de la situación del tratamiento de la locura en la España de principios de siglo. Difícilmente un personaje decida entrar en el manicomio por su propio pie, excepto, quizás, si dispone de suficiente dinero para ingresarse en alguna «casa de salud» donde se dispensaba un trato exquisito a los dementes de clase alta. Sin embargo, un juez puede ordenar el ingreso de un personaje a resultas de sus actos o un familiar puede demandar su ingreso preocupado por su inexplicable conducta. Cosa que podría dar un giro inesperado a la partida.

## Bibliografía

- Campos, Ricardo. Huertas, Rafael. Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1998; 28(65), 99-108.
- Villasante, Olga. El Manual del enfermero en los manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludio de la formación en enfermería psiquiátrica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015; 35(126), 403-419.
- Barrios Flores, Luis Fernando. Uso de los medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. Derecho y Salud. 2003; 11(2). 141-164.
- Pileño Martínez, M<sup>a</sup>. Elena, Et al. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Cultura de los Cuidados. 2003; 7(13), 29-35.
- Plumed Domingo, José Javier, Rojo Moreno, Luis Miguel. El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española, 1890-1917. História, Ciências, Saúde. 2016; 23(4), 985-1002.
- Villasante, Olga. La Polémica en torno a los manicomios, 1916. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011. 31(4), 767-777. ( Reimpresión del artículo de Manicomios Españoles, Carta abierta al Dr. Gonzalo R. Lafora. España. 1916)



## 3. Tratamientos psiquiátricos en la España de los años 20



Sea que los personajes ingresen en un manicomio o tengan la suerte de recibir atención privada fuera de él, los tratamientos disponibles son de dudosa eficacia en el mejor de los casos. Si bien, pueden ayudar a controlar los episodios de locura.

### 3.1. Extirpaciones

Desde principios de siglo el auge de la inmunología hizo que se interpretara la psicosis como un proceso autotóxico. En *EEUU* se utilizó la eliminación de piezas anatómicas (apéndice, dientes, etc.) que supuestamente eran responsables de la reacción inmune (Intervenciones practicadas por *Henry Cotton* en el *Manicomio de Trenton* o *Taylor Holmes* en *Chicago*). En España se conocían las técnicas quirúrgicas pero se criticaban en la literatura así que posiblemente no se practicaron (para descanso de los personajes).

### 3.2. Piroterapias

Se trata de provocar fiebres altas en los pacientes. La idea provenía de que las fiebres altas conseguían mitigar la enfermedad. Aunque en realidad, el desgaste físico actuaba como un tratamiento de choque, dejando al sujeto extenuado, incapaz de ninguna acción. Algunas de las más utilizadas fueron las siguientes.

#### 3.2.1. Malarioterapia

Introducida en la década de 1910 por *Wagner Von Jauregg*, ganador del premio Nobel. La técnica consistía en administrar 5 cm<sup>3</sup> de suspensión atenuada



del germen de la malaria (plasmodio) por vía intravenosa o intramuscular, se dejaba tener ocho o diez episodios de fiebre al enfermo y después se le trataba con quinina o Esanofe (un fármaco contra la malaria). En España se introdujo en 1923.

### 3.2.2. Absceso de fijación

El método consistía en inyectar trementina (aguarrás) subcutánea produciéndole un absceso y fiebre alta. Se mantenía 5 días y después se hacía un corte en el absceso para que drenara. Se empezó a usar en España en 1926. Otra descripción de la técnica consistía en inyectar esencia de trementina envejecida y oxigenada al contacto con aire para producir un absceso de fijación. Se inyectaban 1 ó 2  $cm^3$  profundamente en el glúteo, formándose una reacción local de calor, dolor y enrojecimiento, formándose un absceso (un gran grano de pus, que no era infeccioso, puesto que el material purulento provenía de la reacción de los glóbulos blancos a la sustancia química). Presentándose también un cuadro febril de 39 ° o más. En general el enfermo queda postrado incapaz de mover las piernas (de ahí lo del absceso de **fijación**). Para conseguir una mayor inmovilización podía inyectarse el aguarrás en las dos extremidades. En algunos casos raros el enfermo soportaba la fiebre y el dolor del absceso al moverse y continuaba levantándose.

### 3.2.3. Vacuna tífica

*Menninger* desarrolló la terapia en 1925. Se utilizaba la bacteria atenuada aumentando la dosis en series de de 10 inyecciones separadas por descansos de 10 días. *Rodríguez Lafora y Germain* introdujeron la técnica en España (publicando en 1926). Básicamente como la malarioterapia.

### 3.2.4. Sulfosin

Era un aceite sulfurado estéril, técnica introducida en 1929 por *Schoroder*. En España se utilizó en el Manicomio del Leganés por vía intramuscular la subida térmica era alta 41° pero relativamente segura en comparación con métodos anteriores.

### 3.2.5. Azufre inyectable

El Sulfal era un fármaco inyectable compuesto por azufre al 1 % y comercializado en España en 1929 (y quizás antes). Recomendado para piroterapia, produciendo una fiebre de 39 a 40° y eficaz para (entre otras), la parálisis general y la esquizofrenia.

## 3.3. Método de Kläsi

Publicado por el autor en 1920 e introducido en España en el 1922. Se trataba de producir un cuadro de sedación en el paciente. Método consistía en la administración por vía subcutánea de: 1mg escopolamina y 1mg de morfina. Cuando se iniciaba el sueño

se administraban 4  $cm^3$  de somnífero inyectando una ampolla cada 6-8h y manteniendo el sueño durante 8-10 días seguidos. Se despertaba al enfermo cada 3 horas para que comiera y excretara así como para mantener contacto terapéutico. El somnífero tenía una cardiotoxicidad elevada por lo que la mortalidad era alta.

El Guardián puede hacer disponible esta técnica permitiendo la recuperación de un número alto de puntos de cordura, a cambio del riesgo de muerte por fallo cardíaco que podría implicar.

## 3.4. Método de Carroll

Publicado en 1923 por su autor e introducida en España por *González Páez*, el método se basaba en la teoría que la esquizofrenia era causada por una lesión cerebral que dificultaba la correcta circulación del líquido cefalorraquídeo (el líquido en el que está bañado el cerebro y la médula espinal). Siguiendo esta errónea teoría, la técnica consistía en la extracción de 5  $cm^3$  de líquido cefalorraquídeo del paciente que era substituido por suero de caballo esterilizado. Esto le producía una meningitis no infecciosa o aséptica, que se suponía que al remitir, recuperaría el buen funcionamiento cerebral.

Dado que se provocaba una meningitis «terapéutica», este método fácilmente dejará secuelas en algunos atributos de los personajes.

## 3.5. Fármacos



Aquí listamos algunos fármacos que se podían encontrar en la época.

### ■ Sedantes

- **Ácido barbitúrico.** Disponible desde 1864.
- **Barbital.** Es un barbitúrico sintetizado en 1903 se utilizó extensamente hasta mediados del S.XX cuando fueron desplazados por las benzodiazepinas, mucho más seguras y menos adictivas.
- **Bromuro.** Utilizado a partir de 1850. Remedio popular contra la agitación.
- **Hidrato de cloral.** Descubierto por *Justus von Liebig* en 1869. Todavía se utiliza ocasionalmente como inductor de la anestesia.

- **Heroína.** Se empezó a comercializar por *Bayer* en 1898 como sustituto de la morfina. En 1913 se suspendió su producción dado su alto poder adictivo.
- **Laudano.** Se utiliza desde antiguo, es una solución alcohólica de opio. En España se solía mezclar el opio con vino.
- **Trional.** Anestésico. Desarrollado por *Eugen Baumann* y *Alfred Kast* en 1888. Aparece en varias novelas de *Agatha Christie* como sedante.

#### ■ Tónicos

- **Cacodilato de sosa.** Se supone que estimulaba el metabolismo y promovía la formación de glóbulos rojos.
- **Metaarseniato de hierro\*.** Se supone que es un revitalizante.

#### ■ Estabilizantes.

- **Litio.** Se usa desde mediados del S.XIX para el tratamiento de la manía y la depresión.

\*La referencia a este fármaco se ha encontrado en una receta manuscrita del Manicomio de Navarra, posiblemente de 1924, ofertada por una página web de compra-venta, que dice:

*Metarseniato de hierro un frasco,*

*tomar 6 gotas antes de cada comida.*

*Laudano 50 gramos para varias dosis.*

*Dr. Gurria*

### 3.5.1. Efectos de los tratamientos sedantes

Cuando un personaje enloquecido reciba alguno de estos tratamientos, el Guardián deberá determinar la pericia del médico que aplica el tratamiento, esto servirá para establecer los efectos negativos y positivos de la droga. Algunas de estas sustancias son altamente adictivas y otras, especialmente en caso de sobredosis, pueden llegar a ser mortales.

Fármaco	Efectividad	Adicción	Letalidad
Ácido Barbitúrico	+	+	++
Barbital	++	++	++
Bromuro	+		++
Heroína	++++	+++	+++
Hidrato de Cloral	+		+
Laudano	+++	++	+
Trional	+	+	

## Bibliografía

- Plumed Domingo, J. Rojo Moreno, L.M.. El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2010; 38(3): 163-169.
- Pigem Serra, Jose M<sup>a</sup>. La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría. *Anales de Medicina y Cirugía*. II Ep. N<sup>o</sup> 3. Septiembre 1945. p.260-264.
- López-Muñoz, Francisco. Álamo González, Cecilio. Historia de la psicofarmacología, Volumen 2. Panamericana, 2007.
- Ots y Esquerdo, Vicente. Locura neurasténica. *Revista de Especialidades Médicas*. 1903; (6): 385-388.
- Pharmakoteka. Base de datos de medicamentos antiguos. Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://www.ub.edu/pharmakoteka>



## 4. Las nuevas terapias de la década de los 30

Las nuevas técnicas que se detallan en esta sección son los tratamientos convulsionantes, el choque insulínico y la lobotomía.

Pese a que se hace hincapié en la adecuación histórica, tampoco hay que dejar que, como suele decirse, «la verdad estropee una buena historia». Del mismo modo, utilizar técnicas y tratamientos médicos fuera de su lugar geográfico o adelantarlas a su tiempo son ajustes menores que pueden contribuir a dar más riqueza a una partida. El Guardián también puede optar por imaginar experimentos clandestinos de ciertas terapias que aparecerían tiempo después, cosa que sería una manera de construir un pasado alternativo y oculto, que es más consistente con la historia real. Otra opción, más simple todavía, sería adelantar una década el escenario en que se va a jugar, aunque, en nuestra opinión eso podría empujarnos a un terreno resbaladizo, una vez se adelanta una década, ¿qué impide adelantar dos? ¿o tres? ¿o cuatro? Sin darnos cuenta podríamos llegar a un *Cthulhu Actual*.

### 4.1. Terapias convulsionantes

Por los casos que trataba, *Ladislav von Meduna* llegó a la conclusión de que existía un «antagonismo biológico» entre la esquizofrenia y la epilepsia, concluyendo que si conseguía generar artificialmente convulsiones epilépticas podría «curar» la esquizofrenia. Empezó a aplicar sus ideas con diferentes sustancias resultando la más efectiva el Cardizol. Otros utilizaros diferentes vías para conseguir la curación de la enfermedad mental a través de las convulsiones. En los tratamientos convulsivos pueden producirse fracturas, su porcentaje varía según los autores, según *Pigem* es de 1 por cada 1000 casos.

Como licencia dramática el Guardián puede hacer tirar al jugador que sea sometido a una de estas terapias 1d100 y decir que se ha producido una fractura con un resultado de 01, por ejemplo. Pese a su improbabilidad, añadirá tensión a la situación, ya de por sí desagradable.

#### 4.1.1. Cardiazolterapia

*Ladislav von Meduna* inicio esta técnica en 1933, que consiste en inyectar 5 cm<sup>3</sup> de solución de Cardizol (Pentilenotetrazol) al 10 %, de forma rápida. Se aumenta progresivamente la dosis en inyecciones posteriores. Si la dosis es insuficiente para provocar la convulsión **pueden aparecer crisis de angustia acompañadas de sensación de muerte**. Por lo general el paciente se opone a recibir más inyecciones por el gran temor que le producen. El uso del Cardizol quedó rápidamente superado por la terapia electroconvulsiva pero mantenía la ventaja que podía aplicarse en el domicilio del enfermo sin requerir aparataje complejo.

Este tratamiento tiene dos atractivos para el juego. Por un lado, puede ser aplicado en domicilio sin necesidad que el personaje ingrese en un manicomio. Por otro lado, si el médico o quien sea que aplica la terapia no es capaz de ajustar bien la dosis se pueden producir los efectos arriba indicados con, según el Guardián crea conveniente, pérdida de más puntos de cordura.

#### 4.1.2. Electroshok



Fue introducida por primera vez en 1938 por *Ugo Cerletti* y *Lucio Bini*. La técnica de la época se basa en aplicar en las sienes (parietales) una corriente alterna de 110 vatios y 700 miliamperios durante 4 ó 5 décimas de segundo. El tratamiento se utilizaba desde niños a ancianos y se consideraba inocua. Se recomiendan de 8 a 12 sesiones cada 10, 15 días. La amnesia es una de los efectos secundarios más conocidos. Actualmente continúa utilizándose y se considera un tratamiento seguro y se aplica bajo anestesia. Por otro lado, según *Pigem* algunos pacientes desarrollan auténtico horror a la terapia de la época:

*«Existen casos en que después de haberle aplicado una unos shocks se apodera del sujeto un pánico terrible, negándose rotundamente a seguir el tratamiento. Quizás el miedo al electrochoque, en el indi-*

*viduo que lo tiene, es más fuerte que el que se tiene al Cardizol»*

## 4.2. Coma Insulínico o Cura de Sakel



Inventado por *Manfred J. Sakel* publicando sus resultados en 1933. Consiste en inyectarle al enfermo una dosis suficiente de insulina para producirle un estado de coma por la abrupta bajada de glucosa en sangre. Se puede administrar vía subcutánea o intravenosa. Entre la media hora y la hora se interrumpe el estado de coma administrándole azúcar por una sonda que se le ha introducido por la nariz hasta el estómago o por vía endovenosa con suero glucosado. Se repite el procedimiento hasta un total de 20 ó 30 o más veces según el caso. En algunas situaciones se recomienda someter a un ataque convulsionante a un enfermo en coma pero es una técnica peligrosa. El choque insulínico debe ser aplicado en una clínica, dirigido por un médico y ayudantes.

## 4.3. Lobotomía

### 4.3.1. Lobotomía transorbital

También conocida como leucotomía (corte de fibras blancas) o lobectomía bilateral (destrucción o extracción de los lóbulos frontales) o más tarde lobotomía transorbital.

Hitos relevantes de esta técnica por orden cronológico:

- En 1928 *John Fulton* realizó la primera leucotomía a dos chimpancés, los cuales no sobrevivieron a la intervención.
- En 1935, en psiquiatra y neurocirujano portugués *Egas Moniz* junto a *Almeidas Lima* aplicó esta técnica a seres humanos en la Universidad de Lisboa. El procedimiento que consistía en separar la conexión entre la corteza prefrontal y el resto del cerebro. La intervención era capaz de anular algunos síntomas psicóticos aunque tenía serios efectos adversos. En la década de los 50 *Moniz* recibió el Premio Nobel de Medicina por su técnica.
- En 1937, *Moniz* fue invitado a Italia donde realizó varias intervenciones de demostración de su técnica e instruyó a sus colegas en la misma.

- En 1946 *W. Freeman* realiza la primera lobotomía transorbital en Washington D.C. a *Sallie Ellen Ionesco* una ama de casa de 29 años. También conocida como *técnica del picahielo*. Se realizaba tras un electroshok aprovechando el estado de estupor que producía. No requería quirófano ni medios técnicos especiales.

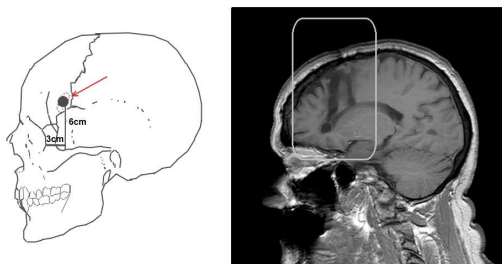


*António Egas Moniz (1874-1955)*

#### 4.3.2. Las técnicas de la lobotomía

Vamos a distinguir entre las dos técnicas; la europea y la americana, por simplificar. Esto es importante puesto que la americana podría practicarse, y de hecho se practico, en una simple habitación de hotel.

La leucotomía clásica o lobotomía prefrontal requería sendas trepanaciones en el cráneo, por donde se podía seccionar el cerebro usando una especie de cuchillo llamado *leucotomo*. Así, al paciente le hacen dos agujeros en las sienes, y le introducen un cuchillo de hoja larga separando la parte frontal del cerebro del resto. Dejaba cicatrices evidentes.



*Orificio de trepanación y radiografía donde se observa la lesión*

La lobotomía trasnorbital, técnica desarrollada por *W. Freeman* en EEUU, a mediados de los años 40. Básicamente consistía en clavar a través del lagrimal un estilete fino y moverlo dentro del cráneo a fin de cortar las fibras que conectaban el lóbulo frontal con el resto del cerebro. Al paciente se le practicaba un electroshok que lo aturdió y después, con la ayuda

de un martillo se le introducía un estilete por el lagrimal del ojo, moviéndolo después de forma lateral. El procedimiento se repetía en el otro ojo.

Como nota curiosa, en la escena final de *Alguien voló sobre el nido del cuco*, película ambientada en los años 60 estadounidenses, puede observarse, como *Jack Nicolson* tras ser intervenido, ya al final de la película, muestra sendas incisiones en sendos lados de la frente. Le habrían practicado una lobotomía prefrontal postrándolo en un estado casi vegetativo. Esta no sería la técnica más esperable, lo normal es que volviera con los ojos amoratados por haberle practicado un lobotomía transorbital, mucho más sencilla y de origen estadounidense.

#### 4.3.3. Efectos secundarios de la lobotomía

La mejora de la sintomatología puede ir asociada a déficits intelectuales y emocionales. Por lo general muestran una marcada reducción de la iniciativa y conducta inhibida. En general el sujeto muestra una conducta de rasgos infantilizados (de hecho *W. Freeman* acuñó el término «infancia inducida quirúrgicamente»). En casos menos afortunados, la persona puede quedar en estado vegetal o padecer serias secuelas cognitivas con severa reducción de la inteligencia y de la capacidad de vivir por sí mismo.

### 4.4. Notas y ayudas al juego

#### 4.4.1. La lobotomía y España

Hay que destacar que dada la proximidad de *Moniz* con España parece lógico que esta técnica se implantara rápidamente en este país, si no fuera por la coincidencia del inicio de la Guerra Civil en 1936. Moniz fue presidente honorario de la Sociedad Española de Neurocirugía en los años 50. No hemos encontrado noticia que esa técnica se aplicara en España en sus inicios.

#### 4.4.2. Lobotomizar a un personaje

A partir de 1935 no sería difícil que un médico portugués realizara alguna lobotomía y uno italiano a partir de 1937. En ningún caso la lobotomía trasnorbital estaría disponible antes del fin de la Segunda Guerra Mundial (primera en EEUU en 1946). Si el Guardián desea aumentar el realismo histórico, si algún personaje usa el termino lobotomía, le resultará desconocido al médico de turno (la técnica de *Moniz* era la «leucotomía»). A no ser que el médico fuera estadounidense. El personaje sometido a una lobotomía seguramente recuperará puntos de cordura pero a costa de otras limitaciones tal como una disminución de la inteligencia y otras alteraciones. Por otro lado, como ya se dijo en otra sección, el Guardián que lo crea conveniente puede tomarse las licencias necesarias para hacer aparecer esta espeluznante técnica en su partida.

## Bibliografía

- Pigem Serra, Jose M<sup>á</sup>. La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría. Anales de Medicina y Cirugía. Septiembre 1945; 2(3): 260-264.
- Freberg, Laura A.. Discovering Biological Psychology. 2nd ed. Belmont, California: Wadsworth; 2010.
- Kotowicz, Zbigniew. Psychosurgery in Italy, 1936-39. History of Psychiatry. December 2008;19(4):476-489.
- Terapia electroconvulsiva. U.S. National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007474.htm>. Consultado el 10/10/2017.



## 5. En el manicomio

### 5.1. Ingresar en el manicomio

Existían dos tipos de ingreso:

- De observación
- De reclusión definitiva

El demenciado o enajenado podía ingresar en establecimientos de beneficencia (solo para reclusión permanente) o en manicomios provinciales, municipales o privados.

Para hacer efectivo el ingreso, lo tenía que solicitar el familiar más cercano con la certificación emitida por dos médicos y que había de tener el visto bueno del subdelegado de la facultad de medicina y además había de justificar que se había informado al alcalde.

Según el manicomio fuera municipal o provincial la solicitud se tenía de presentar en el ayuntamiento o en la diputación provincial.

Los médicos que certifican la locura, no podían ser parientes del enfermo, ni de los facultativos del manicomio ni de su director.

El ingreso de observación solo podía realizarse una vez, de repetirse un episodio de demencia que requiera ingreso, debía hacerse por medio de un juez.

El ingreso de observación de dementes solo se realizara en casos de «verdadera y notoria urgencia», mientras el enajenado pudiera permanecer en su casa sin peligro para él o terceros y sin molestias excesivas, no era posible recluido a menos que lo dictaminara un juez.

Tan pronto como se ingresaba al demente, se tenía que solicitar la orden judicial para la reclusión definitiva (la familia o de oficio) en un plazo de tres meses o en casos dudosos de seis meses. Siendo el sujeto declarado judicialmente demente.

El certificado de enajenación se entregaba a la persona que solicito el ingreso y era necesario para la reclusión definitiva.

A menos que el enfermo careciera de recursos tenía que pagarse su estancia en el manicomio.

Manicomio	Mensualidades (pts.)		
	1 <sup>ª</sup> Clase	2 <sup>ª</sup> Clase	3 <sup>ª</sup> Clase
Privado	400	300	175
Estatal	180	125	90

El nivel de vida de los internos dependerá de su clase.

### 5.2. Personal del manicomio

- Administrador
- Interventor
- Medico jefe
- Médico agregado
- Capellán
- Practicante
- Barbero
- Acólito (a las órdenes del capellán)
- Religiosas
- Celadores, ordenzas y sirvientes que incluye:
  - Portero,
  - Guarda exterior
  - Ordenanza
  - Celador
  - Mozos enfermeros
  - Criadas
  - Vaquero
  - Cochero
  - Carretero
  - Hortelano-jardinero

#### 5.2.1. Ingresar a un personaje

Para ingresar a un personaje es necesario disponer de lo dicho en el anterior apartado. Es difícil que un personaje enloquecido recupere la cordura en uno de estos manicomios. Ver mortalidad en las tablas de la sección 7.3.

También puede ser que se desee entrar en el manicomio por otras razones y los jugadores crean oportuno simular la locura, con los múltiples peligros que ello entraña.

Para hacer efectivo el ingreso, los personajes necesitaran conseguir la documentación. Para facilitar las cosas podrán presentarla en el mismo manicomio.

El director del manicomio les solicitará:

- Informe de dos doctores.
- Sello del decano de la facultad de Medicina o informe.



- Justificante que el alcalde ha sido informado.
- Pago de un mes por adelantado

En la sección 8 se adjuntan los documentos necesarios, que el Guardián puede usar en la partida si lo desea.

## Bibliografía

- Real Decreto publicado en la Gaceta de Madrid el 21 de Mayo de 1885. Disponible en [www.boe.es](http://www.boe.es)
- Real Decreto publicado en la Gaceta de Madrid el 15 de Mayo de 1885. Disponible en [www.boe.es](http://www.boe.es)
- Manicomio de Navarra. Extracto del reglamento orgánico. 1909. Pamplona.
- Folleto del Sanatorio de Nuestra Sra. de Montserrat para Enfermos Mentales. Año desconocido; *circa* 1925.

## 6. Tres personajes no jugadores

### 6.1. Miguelito Exposito

Interno del Manicomio.

Miguelito tiene 50 años aproximadamente (fecha de nacimiento desconocida) y padece idiotismo (Retraso mental grave), está ingresado en el manicomio desde hace muchos años. La anciana Sor María le tenía un especial afecto y eso hizo que siempre haya disfrutado de una especial protección de las monjas que suelen visitar a los enfermos. Las monjas lo llaman “el niño”. Existe el rumor de que realmente es hijo de la difunta Sor María. El rumor es totalmente falso aunque incluso algunas monjas lo han tomado por cierto.

De aspecto sindrómico; ojos pequeños, boca ancha y desdentada. Regordete. No habla pero suele emitir gritos de alegría y ríe estrepitosamente. Da palmadas cuando ve a alguien que reconoce. Anda con cierta dificultad. Es capaz de responder «sí» o «no» con la cabeza o con el tono de sus gritos a preguntas muy sencillas. Si alguien ha sido afectuoso con él suele cogerle la mano y acercársela a su cabeza como invitándolo a acariciarlo.

Reconoce a quien lo ha agredido y hace gestos de protección llevándose las manos a la cabeza como para evitar un golpe. Son varios los guardas que han perdido su trabajo, por las quejas de las monjas al ver que Miguelito respondía así hacia ellos.

A veces se queda mirando al vacío y parece que siga objetos con la mirada, como sorprendido. Realmente, Miguelito es capaz de ver entidades de los Mitos de Cthulhu, pero dado su retraso mental no comprende lo que está viendo y no le causa ningún trauma. Algunas de las monjas dicen que miguelito «puede ver a los ángeles».

## Vocalizaciones

Si: «jah! jah! jah!»

No: «!HOOO-HOOOOGG!!»

### 6.2. Antonio Rodríguez

Guarda de Manicomio Provincial.

Antonio tiene 43 años y es viudo de Dolores Gómez, padre de 4 hijos varones y 2 hembras de los que viven 3 hijos y una hija. Esta última, es la mayor con 23 años y es monja de clausura. Los otros están casados excepto el menor de 12 años sirve de mozo en una casa de la capital.

Desde la infancia trabajó de pastor hasta hace 7 años que se le contrató en el Manicomio Provincial como guarda gracias a la ayuda de su excuñado que es conserje en la diputación. Analfabeto, sabe escribir su nombre. padece cojera grave en ambas piernas, tras una caída del campanario del pueblo tres meses después de la muerte de su esposa (él niega el extremo del suicidio pero tampoco logra aclarar que le llevó allí). Desde entonces comenzó a beber más, llegando a desarrollar dependencia alcohólica pese a que no le impide cumplir sus obligaciones más básicas.

Hombre zafio pero sin malevolencia. Puede ser bondadoso pero también brutal con los dementes. Moral clásica. Orgulloso de su trabajo. Servil hacia las figuras de autoridad. No aceptará sobornos descarados pero es fácil seducirlo con halagos y regalos, especialmente si estos son alcohol o tabaco. Si se le intenta comprar con dinero se tendrá que hacer una tirada de diplomacia, crédito o similar y si se falla se mostrará ofendido y colaborará poco. Suele tener por ayudantes a algunos pacientes oligofrénicos del manicomio, morones dóciles (Retraso mental leve).

## Frases

«¿Son como animalillos!»

«Arreate para allá o te doy dos ostias.»

«Ale, toma un trozo de queso, que anda que no estás flaco.»

«Claro Don Narciso, ahora mismo. Si le apetece le traigo un café de la cocina.»

### 6.3. Don Angel Rodríguez

Médico de Manicomio Provincial.

Don Angel tiene 38 años y es de origen humilde. Sus padres regentaban un establecimiento de ultramarinos en el pueblo y consiguieron prosperar económica y socialmente. Hijo único. La madre murió en el parto a los 36 años. Ésta era una mujer inteligente e idealista. El padre, estricto y formal, aunque sentía un gran afecto por su hijo, ha fallecido hace un par de años. Angel es soltero, su ascendencia humilde no le permitió progresar demasiado en su carrera pese a que era un estudiante brillante. Trabajó de médico rural durante un tiempo. Hace 5 años que ganó su

plaza de médico en el Manicomio Provincial, pese a su capacidad tubo que esperar que otros dos facultativos, de familias acomodadas, declinaran trabajar en un manicomio.

Don Miguel Angel es excesivamente idealista en cuanto a sus posibilidades de recuperación. Vital y optimista. Educado. Inteligente aunque ingenuo. Deseoso de introducir modernas técnicas científicas. No es consciente que su ardor por la aplicación de las modernas técnicas se debe principalmente a su deseo

de reconocimiento, para sacudirse todos estos años de sentirse ninguneado mas que a un genuino interés por los enfermos.

#### Frases

«Una más y seguro que se recuperará.»

«Disculpe, este señor se ha hecho sus necesidades, por favor, aseelo. Esta muy flaco, vigile que por lo menos una de sus comidas incluya carne.»

## 7. Estadísticas de la época

Los siguientes datos se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística<sup>2</sup>.

### 7.1. Nombres más frecuentes en España antes de 1930

Nombres más usados antes de 1930					
Hombre	%	Mujer	%	Apellidos*	%
José	8,9	María	6,8	García	3,4
Antonio	6,2	Carmen	4,8	Fernández	2,1
Manuel	5,6	Josefa	3,5	González	2,1
Francisco	5,1	Dolores	2,6	Rodríguez	2,1
Juan	4,1	Francisca	2,2	López	2
Pedro	2,1	Antonia	2,1	Martínez	1,9
Luis	1,7	Isabel	2,1	Sánchez	1,9
Miguel	1,7	Pilar	1,7	Pérez	1,8
Angel	1,6	Teresa	1,6	Martín	1,1
Jesús	1,6	Concepción	1,6	Gómez	1,1

Procedentes del *Anuario Estadístico*. \* Los apellidos son actuales.

### 7.2. Diagnósticos en los manicomios de Madrid en 1915

Diagnósticos	Leganés	Carabanchel	% total	d100
Degeneración	30	22	11,8	0-12
Demencia precoz	58	33	20,6	13-32
Demencia	9	35	10,0	33-42
Manía aguda	6	9	3,4	43-48
Manía crónica	2	10	2,7	49-51
Manía periódica	2	11	2,9	52-53
Melancolía	3	9	2,7	54-59
Parálisis.	6	15	4,8	60-68
Epilepsia	20	23	9,8	69-71
Alcoholismo	3	6	2,0	72-81
Locura degenerativa	5	42	10,7	82-86
Confusión mental	10	8	4,1	87-98
Delirio crónico.	26	34	13,6	99
Locura depresiva	4	0	0,9	100

La última columna de la tabla permitirá al guardián que lo desee determinar la patología que sufre el investigador por medio de una tirada de d100.

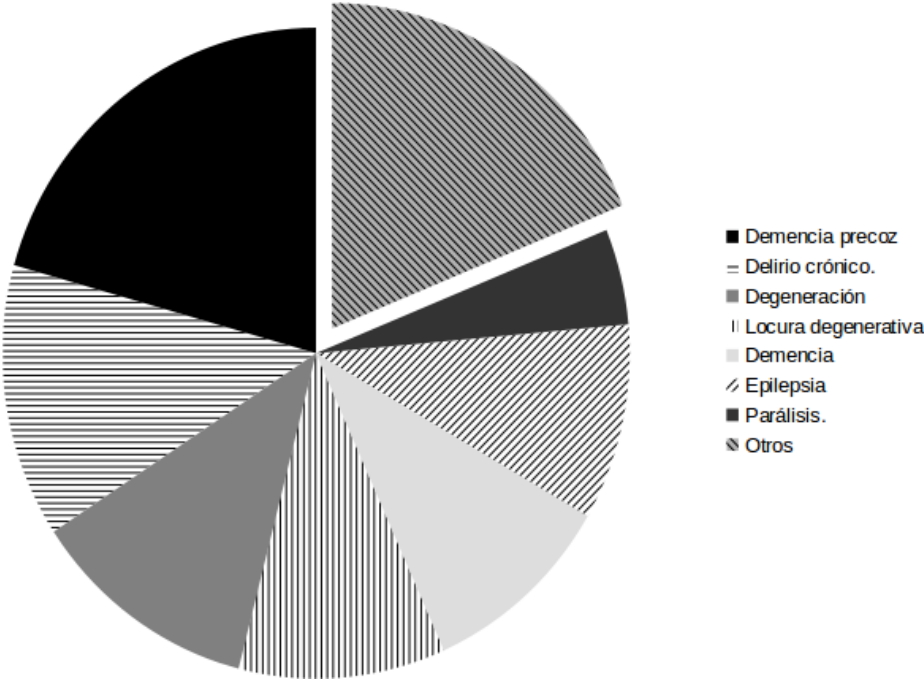
Por supuesto esta clasificación no concuerda con las modernas clasificaciones psiquiátricas basadas en el DSM-V o el CIE-10<sup>3</sup>. El Guardián interesado en los diagnósticos psiquiátricos de la época puede consultar:

- Plumed Domingo, José Javier. La Clasificación de la Locura en la Psiquiatría Española del Siglo XIX. *Asclepio*. 2005; 57(2): 223-253.

<sup>2</sup>www.ine.es

<sup>3</sup>DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, es el manual de referencia de la Asociación Americana de Psiquiatría y CIE en ingles ICD: Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

7.2.1. Gráfico de los diagnósticos más frecuentes



Basado en los datos de la Tabla anterior.

### 7.3. Estadísticas del 1915 al 1930

Seguidamente se presentan para cada año y cada manicomio el numero de internos y defunciones anuales.

El guardián puede sacar jugo de estos datos si lo desea. ¿Cual es la probabilidad de morir según el manicomio de ingreso? ¿Cuan grande es el manicomio de la zona? ¿hay manicomios disponibles?

También puede hacerse preguntas más siniestras que le pueden ayudar a confeccionar al apartida. ¿Que paso en 1917? ¿Porqué no hay registros? En el manicomio de Jaén, en 1930, según los registros había 215 ingresados a 1 de enero de enero, entraron 101 y salieron 68. Hubieron 215 muertos. De ahí surge ese espeluznante 86 % de defunciones. La estadística oficial también refleja 680 muertos por cada 1000 ingresos. ¿Qué sucedió?

Las columnas de cada año indican el número de internos y el % de defunciones anuales.

Año	1915		1916		1917	1918		1919		1920		
Comunidad	N.º	+ %	N.º	+ %	Sin registro	N.º	+ %	N.º	+ %	N.º	+ %	
Alicante			175	4,3		87	19,8	89	36,2	74	18,8	
Almería						230	7,2	230	7,2	237	7,2	
Badajoz						252	10,6					
Barcelona	774	5,7	785	5,4				798	4,7	821	5,1	
Bilbao										380	7,0	
Cádiz	274	9,0	293	11,6		283	18,9	276	29,4	231	21,3	
Ciudad Real	73	20,0	72	25,3		65	23,6	78	15,3	83	15,6	
Córdoba	92	20,6	87	21,4		111	16,7	130	15,0	159	16,0	
Coruña, La						527	6,2	532	4,7	533	2,3	
Gerona										428	14,8	
Granada	248	19,0	234	22,9		160	17,8	175	16,5	187	10,6	
Guadalajara	18	21,1	17	9,1		32	22,7	17	17,1	29	11,7	
Huesca	22	34,5	21	13,2		29	30,0	32	28,6	29	8,3	
Logroño	170	11,5	169	12,2		156	25,8	138	15,0	147	34,3	
Málaga	284	25,3	266	21,0		224	16,5	244	10,0	266	16,6	
Murcia			267	19,1		285	19,4	275	15,0	260	24,4	
Oviedo	155	10,3	205	13,5		205	14,2	182	5,7	229	13,8	
Palencia	292	9,6										
Palma de Mallorca	186	10,2	232	11,6		230	17,4	223	18,0	214	19,1	
Pamplona			447	5,6		532	17,1	484	7,3	524	4,6	
Salamanca	102	14,0	123	18,1						107	24,6	
San_Sebastián						751	6,2	798	5,2	816	7,1	
Segovia	28	10,5	17	20,0		29	7,1	26	23,1	21	19,4	
Sevilla	649	9,5	621	9,3						633	13,7	
Tarragona										412	9,3	
Teruel	164	11,2	167	11,2		171	16,7	150	10,3	134	10,3	
Toledo			237	16,1		265	16,5	264	14,9	268	17,4	
Valencia	745	11,7	730	11,1		1245	14,0	1276	15,8	617	20,6	
Valladolid	1117	11,8	1185	11,9		714	16,9	679	19,7	1241	32,2	
Vitoria	130	6,0	125	8,5		140	15,1	135	5,7	149	8,7	
Zaragoza	468	6,5	492	6,7		481	18,1	451	10,0	460	9,3	
Madrid (1)	176	9,8	184	6,3		209	10,3	206	10,1	205	6,6	
Madrid (2)	187	13,7	234	4,4		258	7,6	252	6,7	248	5,5	
Madrid (3)*			1744	8,2								
Privados						Privados						
Reus (Tarragona)						365	7,3	395	7,2	412	9,3	
De Salt (Gerona)						418	10,5	418	7,4	404	14,9	
Lloret de Mar (4)										18	4,2	
Bermeo (Vizcaya)						393	7,5	483	4,9	380	0,8	

Las filas sin registros están suprimidas, pero pueden aparecer en otra de las tablas.

Año	1921		1922		1923		1924		1925	
	N.º	+%	N.º	+%	N.º	+%	N.º	+%	N.º	+%
Comunidad										
Alicante	69	17,1	78	18,0	82	19,0				
Almería	245	7,9	255	4,3	291	9,2	286	4,9	313	4,4
Barcelona	818	5,0	810	6,7	696	7,3	774	7,9	671	5,8
Cádiz	222	10,1	256	11,7	270	12,1	298	12,1	319	13,5
Ciudad Real	82	23,0	75	9,0	83	19,1	76	18,2	99	13,0
Córdoba			148	8,8	176	10,5	187	7,5	272	9,9
Granada	193	14,7	221	7,2	211	12,6	201	15,5	213	15,2
Guadalajara	49	20,4	38	8,3	22	12,9	27	12,1	29	9,1
Huesca	24	8,3	31	17,4	38	13,3	15	11,8	30	16,7
Jaen	80	16,7			96	13,7	108	18,5	123	9,7
Logroño	128	15,1	148	8,3	153	8,9	162	10,3	163	10,8
Málaga	266	12,1	277	16,5	279	13,9	316	10,8	354	13,6
Murcia	232	22,4	242	18,5	247	14,1	256	10,5	263	13,3
Oviedo	170	9,9	164	10,3	135	9,0	152	18,1	131	6,2
Palma de Mallorca	208	8,6	235	10,7	241	9,0	243	9,8	248	5,1
Pamplona	544	6,8	548	4,3	576	3,9	618	5,9	670	5,3
Salamanca	98	17,3	110	16,4	117	18,9	116	13,6	127	18,1
Santa Cruz de Tenerife							956	5,0	992	6,3
San Sebastián	864	6,1			940	8,9	60	1,6	62	11,3
Segovia	25	13,6	33	29,6	26	25,7	26	18,2	15	19,4
Sevilla	616	9,8	656	8,9	666	8,8	702	8,6	737	8,5
Tarragona	475	3,8								
Teruel	139	6,9	148	6,2	152	5,1	169	10,5	170	8,5
Toledo	257	18,2	231	17,4	204	17,3	201	16,1	222	12,3
Valencia	573	13,5	590	11,7	596	15,6	638	11,8	731	10,5
Valladolid	989	11,8	1041	11,9	1199	11,7	1288	16,4	1259	10,4
Vitoria	164	11,5	162	12,7	171	4,5	177	6,2	184	8,1
Zaragoza	464	7,0	488	7,6	500	7,0	498	7,8	577	6,2
Madrid (1)	212	9,1	212	7,7	215	8,3	221	8,2	223	6,2
Madrid (2)	248	5,5	237	7,9	246	7,8	226	8,4	213	8,4
<b>Privados</b>										
Reus (Tarragona)	417	4,2	475	6,3	517	6,8	546	6,7	567	5,5
De Salt (Gerona)	384	8,2	402	11,4	395	9,0	405	9,2	404	10,5
Lloret de Mar (4)	25	7,4	25	7,4	25	10,7	25	3,8	25	7,4
Bermeo (Vizcaya)	396	4,1	396	4,1	424	5,3	422	4,3	409	7,0
Elda (Alicante)							68	12,1	87	16,0
Mondragón (5)	863	6,1	895	6,3	940	7,0				

Las filas sin registros están suprimidas, pero pueden aparecer en otra de las tablas.



Año	1926		1927		1928		1929		1930	
Comunidad	N.º	+ %	N.º	+ %	N.º	+ %	N.º	+ %	N.º	+ %
Albacete							75	4,5		
Almería	351	4,2	384	5,3	360	2,6	202	4,9	272	3,9
Barcelona	698	5,2	758	7,2	799	6,8	727	5,5	804	5,0
Cádiz	342	11,7	363	10,6	386	11,5	400	15,1	399	12,8
Ciudad Real	67	16,0	68	37,5	71	10,0	81	13,5	64	12,9
Córdoba	300	11,5	261	12,5	288	10,6	291	15,8	293	9,2
Granada	206	11,8	240	13,4	266	10,7	284	18,1	289	9,0
Guadalajara	20	14,3	30	2,6	38	14,8	46	9,1	40	7,7
Huesca	25	22,0	32	8,5	43	10,3	52	17,6	56	11,9
Jaen	149	15,3	166	14,1	182	16,4	209	15,4	215	86,7
Logroño	165	9,9	163	13,2	171	8,4	177	10,7	191	9,5
Málaga	357	10,7	384	14,7	402	10,4	420	10,2	447	9,6
Murcia	273	9,9	302	10,4	310	4,6	357	5,4	387	5,1
Oviedo	187	11,3	219	11,4	302	9,1	321	15,0	213	14,8
Palencia					434	6,8	466	9,7	549	7,3
Palma de Mallorca	282	7,8	307	7,4	339	8,8	354	5,9	367	6,8
Palmas					99	3,1	122	6,2	136	4,7
Pamplona	727	7,4	743	6,5	754	5,5	755	6,3	771	7,3
Salamanca	127	15,7	134	15,3	155	23,7	142	13,0	168	15,4
Santa Cruz de Tenerife	990	5,5	1011	3,3	1062	5,7	1076	5,4	1094	4,6
San Sebastián	63	8,2	78	10,7	75	3,4	86	10,7	92	12,5
Segovia	24	20,0	16	18,2	27	18,2	18	23,5	13	0,0
Sevilla	762	8,7	828	10,4	878	8,8	926	11,0	899	9,4
Teruel	184	7,2	192	8,1	205	4,4	196	4,2	207	3,6
Toledo	235	12,7	249	14,3	250	12,0	279	9,0	291	9,8
Valencia	749	20,3	792	15,4	795	11,5	822	10,0	898	11,0
Valladolid	1374	11,1	1296	11,2	1288	13,1	1324	14,0	1391	11,5
Vitoria	182	7,4	189	12,4	191	6,7	196	7,6	220	8,1
Zaragoza	572	4,5	610	5,0	591	6,4	595	5,3	596	5,5
Madrid (1)	226	7,0	238	8,3	253	7,9	279	5,7	283	4,5
Madrid (2)	177	12,7	219	10,4	190	5,6	194	6,9	190	4,1
Madrid (3)*							952	9,2	927	8,4
<b>Privados</b>										
Reus (Tarragona)	586	6,5	563	5,0	678	5,5	737	5,0	835	5,1
De Salt (Gerona)			442	10,9	443	7,9	210	11,6	524	7,3
Lloret de Mar (4)	446	14,2			25	24,0	266	0,4	165	9,8
Bermeo (Vizcaya)	551	5,9	580	6,5	589	6,7	349	6,0	363	5,8
Elda (Alicante)	89	10,7	100	11,8	105	12,7	145	12,2	0	107,3
Conjo (Santiago)					895	6,7	940	8,8	25	7,4
Sant Boi (Barcelona)					2358	7,0	2374	6,7	2406	6,5
Mérida (Badajoz)							481	7,2	405	9,6
Zaldivar (Vizcaya)**							264	4,7	300	4,3
Mondragón (5)							1076	5,4	1090	4,7

Notas: Madrid: 1; Leganes (Manicomio de Santa Isabel). 2; Carabanchel (Manicomio de Esquerdo). 3; Cienpозuelos (Manicomio de San José). 4; Gerona, 5; Guipuzcoa.

\*A partir de 1928 el Manicomio de San José de Madrid era solo para hombres.

\*\* Manicomio de mujeres.

## 7.4. Manicomios en España en 1931

En las tablas se indica la ubicación geográfica, nombre del establecimiento, el propietario (puede ser del estado, provincial, municipal o privado) y el número de ingresados. Según el Anuario Estadístico de 1931.

Andalucía			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Almería	Manicomio Provincial	Provincial	281
Cádiz	Manicomio Judicial	Del Estado	32
	Manicomio Provincial	Provincial	403
Córdoba	Hospital Psiquiátrico	Provincial	359
Granada	Hospicio Provincial	Provincial	317
Huelva	Hospital Provincial	Provincial	4
Jaén	Sanatorio de San Juan de Dios	Provincial	266
Málaga	Hospital Civil «Manicomio de Hombres»	Provincial	459
	Sanatorio de San José	Particular	169
Sevilla	Manicomio Provincial de Miraflores	Provincial	971
	Sanatorio de la Sagrada Familia	Particular	23

Aragón			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Huesca	Casa de Observación de Dementes	Provincial	61
Teruel	Manicomio Provincial	Provincial	226
Zaragoza	Manicomio de Nuestra Señora del Pilar	Del Estado	651
	Hospital Provincial	Provincial	99

Asturias			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Oviedo	Manicomio Provincial	Provincial	290
	Est. Psiquiátrico de S. Juan Bautista	Particular	4
	Sanatorio Psiquiátrico del Doctor Enredo	Particular	14
	Sntro. Neutropsiquiátrico «Quinta Guadalupe»	Particular	17
	Sanatorio de Santa Rita	Particular	27

Balears			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Balears	Manicomio Provincial	Provincial	405

Cantabria			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Santander	Casa de Salud Valdecilla	Particular	39
	Sanatorio del Doctor Morales	Particular	0

Castilla y León			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Ávila	Hospital Provincial	Provincial	5
Burgos	Hospital Provincial	Provincial	0
León	Hospital de San Antonio Abad	Provincial	10
Palencia	Establecimiento Psiquiátrico	Particular	799
Salamanca	Casa de Dementes	Provincial	173
	Asilo Provincial	Provincial	25
Segovia	No figura		
Soria	Hospital Provincial	Provincial	16
Valladolid	Manicomio Provincial	Provincial	1467
	Sanatorio de San Rafael	Particular	8
Zamora	Hospital Provincial	Provincial	2

Castilla-La mancha			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Albacete	Hospital Provincial	Provincial	80
Ciudad Real	Hospital Provincial	Provincial	98
Cuenca	No figura		
Guadalajara	Hospital Provincial	Provincial	41
Toledo	Hospital de Dementes	Provincial	291

Canarias			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Las Palmas	San Lázaro	Provincial	166
S. Cruz de Tenerife	Asilo Provincial de Dementes	Provincial	124

Cataluña			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Barcelona	Massía Tarribera - Clínica Mental	Provincial	92
	Asilo Municipal del Parque	Municipal	323
	Instituto Torremar	Particular	70
	San Baudilio de Llobregat	Particular	2488
	Instituto Frenopático	Particular	126
	Nueva Belén	Particular	108
	Casa Salud Buenavista	Particular	13
	Instituto Mental de Santa Cruz	Particular	789
	Sanatorio Bon Sauveur	Particular	24
Girona	Sanatorio Martí y Juliá	Provincial	640
	Torre Capdera	Particular	59
Lleida	Casa Provincial de Misericordia	Provincial	5
Tarragona	Instituto de Pedro Mata	Particular	958

Extremadura			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Badajoz	Hospital Psiquiátrico	Provincial	469
	Hospital Provincial	Provincial	45
Cáceres	Casa de Salud Provincial	Provincial	261

Galicia			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Coruña La	Hospital de Infecciosos	Municipal	9
	Manicomio de Coujo	Particular	1002
Lugo	Casa de Salud «Villa Padre»	Particular	5
Ourense	No figura		
Pontevedra	No figura		

Navarra			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Navarra	Manicomio Navarro	Provincial	844

C. Madrid			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Madrid	Manicomio de Santa Isabel	Del Estado	294
	Hospital Provincial	Provincial	144
	Sanatorio Neuropático del Doctor Lafora	Particular	40
	Manicomio de Ciempozuelos	Particular	2102
	Sanatorio Psiquiátrico del Doctor Esquerdo	Particular	192
	Casa de Salud de Nuestra Señora del Carmen	Particular	26
	Clínica Neuropsiquiátrica «Martín Vagué»	Particular	0
	Clínica Neuropsiquiátrica del Doctor León	Particular	70
	Cli. Neuropsiquiátrica de Nra. Sra. de los Angeles	Particular	18

C. Murcia			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Murcia	Manicomio Provincial	Provincial	424
	Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud	Particular	4

Rioja, La			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Logroño	Manicomio Provincial	Provincial	175

País Vasco			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Alava	Asilo de las Nieves	Provincial	246
Guipuzcoa	Casa de Salud de Santa Agueda	Particular	1185
	Sanatorio Psiquiátrico de San Esteban	Particular	10
Vizcaya	Manicomio de Bermeo	Provincial	324
	Manicomio de Zaldivar	Provincial	287

C. Valenciana			
Provincia	Nombre	propiedad	Nº Ingr.
Alicante	Manicomio de Elda	Provincial	238
	Hospital Provincial	Provincial	9
	Hospital Oliver	Municipal	5
Castellón	Hospital Provincial	Provincial	9
Valencia	Manicomio Provincial	Provincial	959
	Sanatorio Psiquiátrico	Particular	7

## 8. Documentos

Vetusta es una ciudad Española imaginaria utilizada por *Leopoldo Alas Clarín*. El Guarán puede adaptar los documentos al lugar de su preferencia.

### 8.1. Ficha clínica

MANICOMIO PROVINCIAL  
DE  
VETUSTA  
\_\_\_\_\_



Núm. \_\_\_\_\_

## FICHA CLINICA

D. .... edad ..... estado.....  
fecha de ingreso ..... profesión .....  
Antecedentes familiares .....  
.....  
Antecedentes personales .....  
.....  
Antecedentes sociales .....  
.....  
Tipo de ingreso ..... Diagnóstico de .....  
Evolución .....  
.....  
Terminación | Alta .....  
                  | Licencia .....  
                  | Defunción .....

Loco por Cthulhu. La Locura en la España de los Años 20.



## 8.2. Certificado de ingreso



C.6.766287 \*

Don \_\_\_\_\_ Director del Manicomio  
Provincial de Vetusta.

Certifico:

Que el demente \_\_\_\_\_  
hijo de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_  
y vecino de \_\_\_\_\_ de estado civil \_\_\_\_\_  
y de \_\_\_\_\_ años de edad, ingresó en este Manicomio el día  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y continúa recluido en el mismo por padecer la  
enfermedad mental llamada \_\_\_\_\_

Y para que conste y a requerimiento de la parte interesada, expido la  
presente en Vetusta a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Loco por Cthulhu. La Locura en la España de los Años 20.

### 8.3. Certificados médicos para ingreso

Dr. Zacarias Avieso de la Estacada

Licenciado en Medicina y Cirugía



Yo, Don Zacarias Avieso de la Estacada, médico en ejercicio en la Provincia de Vetusta certifico que:

Habiendo examinado a \_\_\_\_\_  
a petición de \_\_\_\_\_. Presenta los síntomas y signos siguientes

Compatible con la enfermedad mental \_\_\_\_\_  
Recomiendo su reclusión en observación en su Manicomio a fin de determinar si su enfermedad es una situación aguda y transitoria de demencia o se trata de un caso de enagenación permanente.

Vetusta a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### ADICIONAL

Este Certificado recibe el visado del abajo firmante Don Ataúlfo Hinojoso Días subdelegado de la Facultad de Medicina de la Provincia de Vetusta.

Vetusta a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Dr. Hermenegildo Bucle de la Azada

Licenciado en Medicina

Siendo Médico en la Provincia de Vetusta, yo Don Hermenegildo Bucle de la Azada vengo a certificar:

Habiendo examinado a \_\_\_\_\_  
a petición de \_\_\_\_\_. Presenta los síntomas y signos siguientes

Compatible con la enfermedad mental \_\_\_\_\_  
Recomiendo su reclusión en observación en su Manicomio a fin de determinar  
si su enfermedad es una situación aguda y transitoria de demencia o se trata de  
un caso de enagenación permanente.  
Vetusta a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### ADICIONAL

Este Certificado recibe el visado del abajo firmante Don Ataúlfo Hinojoso Días  
subdelegado de la Facultad de Medicina de la Provincia de Vetusta.  
Vetusta a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### 8.4. Notificación al Ayuntamiento

EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO  
DE  
**VETUSTA**



Núm. Registro

.....

Con la presente se notifica que se ha informado al Despacho del Señor Alcalde que \_\_\_\_\_ está en proceso de ingreso en el manicomio por casua de su enagenación.

Habiéndose satisfecho el impuesto de notificación municipal de 4 Pts. queda expedida la nota.

*Tesorero*  
Antonio Cofre

*Secretario*  
Jose Manuel de la Pluma

Loco por Cthulhu. La Locura en la España de los Años 20.