

La cura de sueño en la historia

Stucchi-Portocarrero, Santiago; Cortez-Vergara, Carla

La cura de sueño en la historia

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 83, núm. 1, 2020

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372062853008>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3685>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

La cura de sueño en la historia

Sleep therapy in history

Santiago Stucchi-Portocarrero
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
Hospital Víctor Larco Herrera., Perú

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3685>
 Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372062853008>

Carla Cortez-Vergara
Universidad Peruana Cayetano Heredia., Perú
Clínica Anglo Americana, Perú

Recepción: 22 Diciembre 2019

Aprobación: 08 Marzo 2020

RESUMEN:

A finales del siglo XIX comenzaron a utilizarse sustancias tales como los bromuros para inducir sueño profundo en personas con trastornos mentales. El uso de barbitúricos con el mismo fin fue reportado por Epifanio en 1913, pero fue Kläsi quien difundió con más éxito la administración de aquellos medicamentos, particularmente el Somnifen, y la denominó “cura de sueño prolongado” o “narcosis prolongada” (dauernarkose), a partir de la década de 1920. En 1934 se introdujo el Cloettal, una mezcla de barbitúricos y otros compuestos, en reemplazo del Somnifen. El uso de este procedimiento declinó con la aparición de otros métodos terapéuticos, pero continuó por varias décadas. En la Unión Soviética, la cura de sueño estuvo influida por la doctrina pavloviana, y se usó tanto para trastornos mentales como para padecimientos considerados psicósomáticos. El mayor desprestigio del método se dio en el Hospital de Chelmsford, en Australia, donde se reportaron 25 muertes asociadas a su uso durante el periodo 1963-1979. En el 2009, el Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda concluyó que “la terapia de sueño profundo y la administración de barbitúricos endovenosos no tiene lugar en el tratamiento de trastornos psiquiátricos”. Aun cuando en la actualidad no forma parte de ningún tratamiento convencional, la cura de sueño sigue siendo ofrecida y solicitada.

PALABRAS CLAVE: Barbitúricos, esquizofrenia, narcoterapia, sueño.

ABSTRACT:

At the end of the 19th century, substances such as bromides began to be used to induce deep sleep in people with mental disorders. The use of barbiturates for the same purpose was reported by Epifanio in 1913, but it was Kläsi, in the early 1920s, who most successfully fostered the administration of such agents, particularly Somnifen, for what he called “sleep cure” or “prolonged narcosis” (dauernarkose). In 1934 Cloettal, a mixture of barbiturates and other compounds, was introduced to replace Somnifen. The use of this procedure declined with the appearance of other therapeutic methods, but continued for several decades. In the Soviet Union, sleep cure was influenced by the Pavlovian doctrine, and used for both mental disorders and conditions considered as psychosomatic. The method's greatest discredit occurred at Chelmsford Hospital in Australia, where 25 deaths associated with its use were reported during the period 1963-1979. In 2009, the Royal College of Psychiatrists of Australia and New Zealand concluded that “deep sleep therapy and the administration of intravenous barbiturates has no place in the treatment of psychiatric disorders”. Even though, currently it is not part of any conventional treatment, sleep cure is still offered and requested.

KEYWORDS: Barbiturates, schizophrenia, narcotherapy, sleep.

Si bien es antigua la idea de que el dormir es un remedio contra la locura, fue a fines del siglo XIX cuando comenzaron a utilizarse medicamentos para inducir un sueño prolongado a personas con trastornos mentales. En 1900, MacLeod publicó los resultados del uso de bromuro de sodio para el tratamiento de adicciones diversas y manía aguda; el sueño debía durar entre 5 y 9 días, durante los cuales la persona “duerme día y noche, y (...) no puede despertarse. No puede caminar, pararse, sentarse, hablar o realizar ninguna de las funciones cerebrales superiores. Si se lo deja solo, no se alimentará ni beberá” (1). En 1913, Epifanio

administró fenobarbital (Luminal) a una mujer con psicosis maniaco-depresiva, sumiéndola en un “sueño profundo” durante 15 días, con lo que supuestamente remitió el cuadro (2).

Pero fue Kläsi quien, desde la famosa Clínica Burghölzli de Suiza, difundió la “cura de sueño prolongado” o “narcosis prolongada” (dauernarkose) para el tratamiento de la esquizofrenia, a partir de la década de 1920, y particularmente en los países germanoparlantes. Para tal procedimiento utilizó el Somnifen, “una solución acuosa de dietilamina del ácido dietildipropenilbarbitúrico”, que fue descrito como un medicamento “completamente inofensivo” para las funciones vitales, y de acción y eliminación rápidas, que había sido introducido por Lieberman en la terapéutica del delirium tremens y el tétanos severo (3). Kläsi recomendó el procedimiento para casos de “agitación excitada”, “encapsulaciones negativistas”, “ataques alucinatorios agudos” y “pensamientos estereotipados”; el Somnifen se podía aplicar en forma endovenosa o subcutánea, a una dosis inicial de 2 a 4 cc, con la administración previa de escopolamina y morfina, y debía producir “una extensión de la hipnosis hasta 6 o 7 días”, durante los cuales los pacientes podían despertar brevemente para ser alimentados o ir al baño, y regresar al sueño con la siguiente dosis (3), el objetivo era interrumpir “el círculo vicioso entre la excitación afectiva y la excitación psicomotriz”, y adicionalmente generar una mayor dependencia con el médico, que se volvía así “nuevamente indispensable”; por consiguiente el paciente “establece contacto con el medio ambiente, se interesa y se preocupa, entonces no se hundirá otra vez en hábitos autistas, sino que se abrirá a las experiencias”, con lo cual estará más dispuesto a la psicoterapia (3). Para Kolle, “la historia moderna de la influencia de las psicosis con medicamentos se remonta a Klaesi” (4).

En los años siguientes, la dauernarkose ganó mucha atención, al reportarse efectos favorables por autores como Demole, Hoven, Werner, Neuendorff, Strauß, Furrer y Stuurman, principalmente en el tratamiento de la esquizofrenia con estados de excitación (5). La forma de administración del Somnifen tuvo algunas variaciones; por ejemplo, Wyler desaconsejó el uso subcutáneo por el riesgo de necrosis dérmica, por lo que recomendó 4 cc por vía intramuscular o 2 cc por vía intravenosa más 2 cc por vía intramuscular (5). En el Perú, Caravedo reportó en 1939 que la “narcosis prolongada de Klaesi”, entre otros métodos, se utilizaba para el tratamiento de la esquizofrenia (6). También en nuestro país, Montoya Miranda recomendó el mismo procedimiento en “pacientes con trastornos nerviosos profundos, sumamente impresionables” que requieren cirugía, y en quienes “después de operados, sufren mucho, permanecen muy intranquilos” (7).

La aplicación del Somnifen no estuvo exenta de efectos adversos; Wyler mencionó los siguientes: aumento de la temperatura, retención urinaria, disfagia y trastornos del habla y la marcha (5). El mismo Kläsi reportó la muerte de 3 de los 26 pacientes tratados con su método, aunque las atribuyó a las condiciones físicas en las que se encontraban previamente (3). En cuanto a la efectividad, Kläsi describió la mejoría de “un tercio a un cuarto de los pacientes, hasta el punto de que algunos de ellos fueron dados de alta” (3). En 1925, Müller hizo una revisión de los 310 casos de curas con Somnifen publicados hasta ese momento, y encontró una mejoría importante (“curación”) en el 11,2%, una mejoría parcial en el 27%, y ningún alivio en el 56%; el mismo autor reportó 15 muertes debidas al uso del medicamento (8). En 1934, Cloetta y Maier propusieron, en reemplazo del Somnifen, una mezcla de paraldehído, hidrato de amileno, hidrato de cloral, alcohol y ácido isopropilalilbarbitúrico, que fue llamado Cloettal, y se administró de manera rectal, conjuntamente con digaleno (un digitálico) y clorhidrato de efedrina, para minimizar los efectos secundarios sobre el sistema cardiovascular (9). De todos modos, la cura de sueño seguía exigiendo un “amplio cuidado de enfermería” (10), y debía dejarse “en manos de clínicos avezados”, pues “tenía siempre sus grandes peligros” (11).

Pese a la introducción del Cloettal, la cura de sueño prolongado declinó a partir de la segunda mitad de la década de 1930, al surgir nuevos tratamientos psiquiátricos, tales como la insulino-terapia (en 1933), las convulsiones por pentilenetetrazol (en 1935) y el electrochoque (en 1938). Pero aquel procedimiento no “pasó a la historia” del todo (como afirman Windholz y Witherspoon) (12), sino que continuó aplicándose varias décadas después. En 1948, Thorner seguía considerando que la terapia por narcosis resultaba “muy útil en psicosis tempranas, particularmente de los tipos depresivo y esquizoide, y en algunos de los trastornos

de ansiedad de desarrollo más agudo” (13). En 1950, en Estados Unidos, Clapp y Loomis reportaron el uso del Cloettal en 22 pacientes con demencia precoz, 16 maníacos y 18 psiconeuróticos, con una respuesta mayormente favorable, pese a que uno de los pacientes falleció por embolia pulmonar (14). En Francia, la clorpromazina (Largactil) hizo su aparición en 1950, y fue tempranamente utilizada por Hamon, Paraire y Velluz como potenciadora del efecto barbitúrico para la cura de sueño (15); posteriormente, Delay y Deniker propusieron su administración única como tratamiento específico de la psicosis, que terminó predominando (16). El uso de la clorpromazina aunada a los barbitúricos fue introducido en el Perú por Trelles y Saavedra en 1954; luego de aplicarlo en 20 pacientes, concluyeron que la cura de sueño inducida por clorpromazina y fenobarbital, asociada en algunos casos con hidrato de cloral, “resultó eficaz en las psicosis sintomáticas, en la manía y en la melancolía ansiosa”, y podía servir “como medida de urgencia en diversos síndromes de agitación (esquizofrénicos, neuróticos, epilépticos)” (17).

En la Unión Soviética se desarrolló un mayor entusiasmo por el método, bajo la doctrina imperante de Pavlov. Según esta, una corteza cerebral agotada por la acción excitatoria de estímulos externos diversos (desde traumas psíquicos hasta infecciones), pierde su capacidad inhibitoria protectora, lo que lleva no solo al descontrol de las emociones sino también a trastornos viscerales; en tal contexto, el sueño inducido se comporta como una inhibición difusa, que permite “1) calmar la corteza y el sistema nervioso central en general, 2) calmar los órganos y los sistemas atacados” (18,19). De este modo, el sueño prolongado llegó más allá del tratamiento psiquiátrico, y se utilizó para dolencias tales como úlceras gastroduodenales, hipertensión arterial, neurodermitis, “neurosis viscerales”, causalgias, dolores de miembros fantasmas, neuralgias rebeldes, “úlceras rebeldes de los miembros”, y además en traumas craneoencefálicos, tratamientos posoperatorios de traumas cerebrales (19), e inclusive en afecciones oculares (20). Sereiski aplicó la combinación de narcoterapia y choque eléctrico a 52 pacientes, 38 con esquizofrenia y 14 con psicosis maníacodepresiva, bajo la premisa de una “inhibición protectora suplementaria como resultado de un agotamiento agudo en el período del acceso convulsivo” (21).

Influido por la literatura rusa, Torres Norry dividió el desarrollo del sueño prolongado en: protohistoria o etapa empírica (vasto periodo que va desde la antigua Grecia hasta la dauernarkose de Kläsi y Cloetta), prehistoria o etapa experimental refleja (durante la cual el método ingresó a la medicina rusa y adoptó la reflexología pavloviana) e historia o etapa científica (que comprende la difusión del método en la Unión Soviética y su aplicación a las enfermedades psicosomáticas); se pregunta el mismo autor por el desconocimiento en Occidente del sueño prolongado utilizado en Rusia: “¿Qué avatar explica esta mudez, en un mundo tan ávido de novedad?” (22). Aún en 1963, Sluchevski seguía recomendando la terapéutica por el sueño en su tratado de psiquiatría, mediante el uso de amital sódico, de preferencia “en combinación con otros narcóticos: luminal, veronal, trional, hidrato de cloral, etc.” (23). Según Meyers y Solomon, en 1971 la terapia de sueño “es poco usada en este país (Estados Unidos), aunque hasta ahora goza de cierta popularidad en Europa y, particularmente, en Rusia” (24).

Para Weitbrecht, en 1968 la cura de sueño había “caído en desuso” (11). Pero el mayor desprestigio para este método terapéutico provino de Australia, en donde Bailey lo aplicó a 1115 pacientes del Hospital Privado de Chelmsford, entre los años 1963 y 1979, para el tratamiento de una amplia variedad de condiciones psiquiátricas, desde la depresión post parto hasta la delincuencia y la adicción a las drogas; Bailey utilizaba “un cocktail” de barbitúricos, benzodiacepinas y neurolepticos, y la administración estaba muchas veces a cargo del personal de enfermería, quien lo aplicaba “a discreción” (25). La muerte de 25 pacientes llevó a que, en 1980, el Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda afirmara que “no parece haber justificación para este tratamiento”; en el 2009, el mismo organismo emitió una afirmación más contundente: “La terapia de sueño profundo y la administración de barbitúricos endovenosos no tiene lugar en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos” (25).

No obstante, la cura de sueño subsiste en el imaginario popular e inclusive profesional, de modo que no es raro hasta el presente el pedido de dicho método por parte de personas con diversos padecimientos

emocionales, desde trastornos ansiosos o depresivos, hasta psicóticos, pasando por las adicciones. Y tal pedido encuentra eco en quienes lo ofrecen y administran, pese a que la cura de sueño no forma parte del tratamiento convencional de ningún trastorno psiquiátrico en la actualidad, ni se encuentra en las guías de práctica clínica oficiales. Quienes todavía la promocionan utilizan combinaciones de benzodiacepinas y antipsicóticos, y la consideran como la “terapia intensiva” de la psiquiatría (26). Pero debe aclararse que el concepto original de la cura de sueño se ha desnaturalizado, hasta el punto de que la simple aplicación de medicamentos con efecto sedante durante algunos días recibe en ocasiones aquella denominación, sobre todo por parte de la prensa no especializada (27).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MacLeod N. The bromide sleep: A new departure in the treatment of acute mania. *Br Med J*. 1900; 1 (2038): 134-136.
2. Epifanio G. L'ipnosi farmacologica prolungata esua applicazione per la cura di alcune psicopatici. *Riv Patol Nerv Mentale*. 1915; 20: 273-308.
3. Kläsi J. Über die therapeutische Anwendung der “Dauernarkose” mittels Somnifens bei Schizophrenen. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1922; 74: 557-592.
4. Kolle K. *Psiquiatría: Manual para médicos y estudiantes*. Madrid: Editorial Alhambra; 1964. p.216.
5. Wyler J. Weitere erfahrungen mit Somnifen in der psychiatrie. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1924; 94: 20-34.
6. Caravedo B. Terapia de la esquizofrenia en Sud- América y especialmente en el Perú. *Archivos Peruanos de Higiene Mental*. 1939; 3 (1): 59-80.
7. Montoya-Miranda A. El Método de Klaesi y su aplicación en cirugía. *Archivos Peruanos de Higiene Mental*. 1940; 4 (1): 38-40.
8. Müller M. Die dauernarkose mit Somnifen in der psychiatrie. Ein Überblick. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1925; 96: 653-682.
9. Cloetta M, Maier HW. Über eine verbesserung der psychiatrischen Dauernarkosebehandlung. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1934;150: 146-162.
10. Muncie W. *Psychobiology and psychiatry*. Saint Louis: CV Mosby Company; 1939. p. 516.
11. Weitbrecht HJ. *Manual de psiquiatría*. Madrid: Editorial Gredos SA; 1978. p. 578.
12. Windholz G, Witherspoon LH. Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. *Hist Psychiatry*. 1993; 4 (13): 83-93.
13. Thorner MW. *Psychiatry in general practice*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1948. p. 545.
14. Clapp JS, Loomis EA. Continuous sleep treatment; observations on the use of prolonged, deep, continuous narcosis in mental disorders. *Am J Psychiatry*. 1950;106 (11): 821-829.
15. Hamon MMJ, Paraire J, Velluz J. Etats anxieux et barbituriques potentialisés. *Ann Med Psychol*. 1952;110 (3): 403-407.
16. Delay J, Deniker P. 38 cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continuë de 4560 RP. *Ann Med Psychol*. 1952; 110 (4): 564.
17. Trelles JO, Saavedra A. Cura de sueño con Largactil en el tratamiento de algunos desórdenes mentales (primeros resultados en el Perú). *Rev Neuropsiquiatr*. 1954; 17 (2): 125-161.
18. Brisset C, Gachkel T. La medicina psicosomática. La cura del sueño. En: Torres-Norry J. *Terapéutica por el sueño prolongado: Teoría, técnica, indicaciones y resultados en patología*. Buenos Aires: Editorial Alfa; 1953. p. 233-242.

19. Grashchenkov NI. La terapéutica del sueño en las afecciones del sistema nervioso. En: Torres-Norry J. Terapéutica por el sueño prolongado. Teoría, técnica, indicaciones y resultados en patología. Buenos Aires: Editorial Alfa; 1953. p. 97-111.
20. Kornblum EY. Experiencia con somnoterapia en oftalmología. En: Torres-Norry J. Terapéutica por el sueño prolongado. Teoría, técnica, indicaciones y resultados en patología. Buenos Aires: Editorial Alfa; 1953. p. 141-150.
21. Sereiski MY. El tratamiento combinado por el choque eléctrico y sueño en pacientes psicóticos. En: Torres-Norry J. Terapéutica por el sueño prolongado. Teoría, técnica, indicaciones y resultados en patología. Buenos Aires: Editorial Alfa; 1953. p. 113-128.
22. Torres-Norry J. Pequeña historia del sueño prolongado. En: Torres-Norry J. (ed). Terapéutica por el sueño prolongado. Teoría, técnica, indicaciones y resultados en patología. Buenos Aires: Editorial Alfa; 1953. p. 257-276.
23. Sluchevski IF. Psiquiatría. Ciudad de México: Editorial Grijalbo; 1963.
24. Meyers FH, Solomon P. Drug therapy. En: Solomon P, Patch VD. Handbook of psychiatry. Los Altos: Lange Medical Publications; 1971. p. 354-389.
25. Walton M. Deep sleep therapy and Chelmsford Private Hospital: have we learnt anything? Australasian Psychiatry. 2013; 21 (3): 206-212.
26. Listindiario. ¿Qué es una cura de sueño? Cuando el sueño cura. Barcelona: Fundación Privada de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad; 2018. (Citado el 23 de noviembre 2019) Disponible en: <http://www.lawebdeltp.org/que-es-una-cura-de-sueno-cuando-el-sueno-cura/>
27. Vivir Mejor. En qué consiste la cura de sueño que le están haciendo a Maradona. Buenos Aires: Primicias Ya / Grupo América; 2018. Correspondencia: