

Insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú: estudio introductorio

Insulin therapy for schizophrenia in Peru: an introductory study

Jeff Huarcaya-Victoria¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Usualmente se tiende a considerar que los antiguos tratamientos psiquiátricos fueron “poco científicos”, “inhumanos” y “basados en el control de una clase dominante”, constituyendo solo un escalón necesario de superar para llegar al estado actual de la moderna psicofarmacología. Sin embargo, esta visión resulta históricamente sesgada.

OBJETIVO. Contextualizar adecuadamente el trabajo de Honorio Delgado que presentamos luego de este artículo. **MÉTODO.** Se llevó a cabo un análisis historiográfico social y clínico bajo el cual se practicó la insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú. **CONCLUSIONES.** Bajo la constante presión social del hacinamiento de pacientes en los asilos, los psiquiatras aceptaron nuevas formas de tratamiento, no solo por su efectividad “real”, sino también por ser “socialmente eficaces”. La insulinoterapia le permitió al psiquiatra redefinir su propia imagen, pudiendo acercarse más a las demás especialidades médicas y dejar de custodiar solo la conducta de los pacientes. Por varias décadas fue el tratamiento de elección para la esquizofrenia, conviviendo por cerca de dos décadas con la clorpromazina. El declive en su uso pareció obedecer más a causas sociales que científicas.

PALABRAS CLAVE. Insulina; Psiquiatría; Esquizofrenia; Tratamiento; Perú

29

SUMMARY

INTRODUCTION. It is relatively common to consider the old psychiatric treatments as “unscientific”, “inhuman” and “based on the control of a dominant class”, constituting only a necessary step to overcome to reach the current state of modern psychopharmacology. However, this view is historically biased. **OBJECTIVE.** Contextualize adequately the work of Honorio Delgado that we present after this article. **METHOD.** A social and

clinical historiographic analysis was carried out under which insulin therapy was practiced for schizophrenia in Peru. **CONCLUSIONS.** Under the constant social pressure of the overcrowding of patients in the asylums, psychiatrists accepted new forms of treatment, not only for their “real effectiveness”, but also for being “socially effective”. The insulin therapy allowed the psychiatrist to redefine his own image, being able to get closer to the other medical specialties and stop guarding only the behavior of the patients. For several decades it was the treatment of choice for schizophrenia, coexisting for about two decades with chlorpromazine. The decline in its use seemed to obey more social causes than scientific.

KEYWORDS Insulin; Psychiatry; Schizophrenia; Treatment; Peru (source: MeSH NLM).

1. Médico psiquiatra. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Salud Pública. Lima, Perú Departamento de Psiquiatría, Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Saenz”, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

La historiografía de los tratamientos biológicos en psiquiatría no es tan sencilla como a primera vista pudiera parecer. No se trata simplemente de mencionar el “hecho histórico” de que tal investigador realizó por primera vez un determinado tratamiento. Debemos tener en cuenta que además de estos “hechos históricos” (que en algunas ocasiones son incorrectos), es necesario examinar la naturaleza y el origen de las necesidades sociales y morales que llevaron a realizar un tratamiento, además de contar la historia interna, es decir, la garantía científica que sustentó dicho tratamiento.¹

Existen hasta dos formas de realizar una historiografía de los tratamientos psiquiátricos: a) siguiendo un modelo tradicional, según el cual cada hito en la terapéutica psiquiátrica (eventos) pueden ser ordenados de manera ascendente, desde un pasado poco científico hasta la moderna y refinada psicofarmacología; y b) siguiendo un modelo social, según el cual, cada tratamiento psiquiátrico es una forma de respuesta social y cultural a una serie de conductas que consideramos anormales, de tal forma que, si cambia el contexto social y cultural, ya sea de forma abrupta o progresiva, cambiarían también la forma en que tratamos a los trastornados mentales (Figura 1).

Si analizamos solo los “eventos” de forma descontextualizada, mencionaríamos que Honorio

Delgado fue quien introdujo los primeros tratamientos biológicos para la esquizofrenia en el Perú. Sin embargo, esto parece ser insuficiente si queremos llevar a cabo un análisis de los factores sociales y económicos externos que también participan en el “éxito” de un tratamiento.² Este artículo tiene como objetivo delimitar el contexto social y científico bajo el cual se introdujo y aplicó la insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú con el fin de servir de introducción para poder entender el trabajo de Delgado que presentamos luego de este artículo. Para esto, se revisaron los registros históricos (clínicos e institucionales) en los cuales se menciona a la insulinoterapia.

ANTECEDENTES SOCIALES Y CLÍNICOS

Durante el siglo XIX, el excesivo ímpetu de institucionalización condujo a un progresivo optimismo terapéutico bajo la égida del paternalismo.³ El asilo mental o manicomio comenzó a ser visto como la solución al problema de los enfermos mentales. Sin embargo, este optimismo inicial pronto se transformó en pesimismo, ya que para finales del siglo XIX los índices de pacientes dados de alta de los manicomios no eran los que se esperaban.

Para la década de 1930, la principal labor de los psiquiatras era la de cuidar a los enfermos mentales, para los cuales en muchos casos no había un tratamiento efectivo.⁴ Como bien señaló James: “Una vez que un paciente había

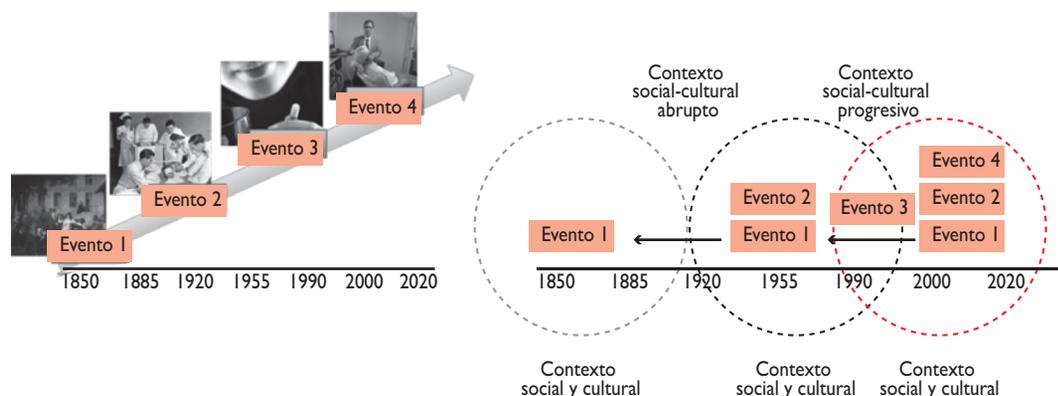


Figura 1. Enfoques historiográficos de los tratamientos en psiquiatría.

Tabla 1. Nuevos ingresos de pacientes en el Hospital Víctor Larco Herrera en los años de 1930 a 1939

	Ingresados por primera vez			Ingresados por varias veces			Total			% de aumento sobre el año anterior			% de disminución sobre el año anterior		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total	PV	VV	Total	PV	VV	Total
● 1930	223	136	359	70	50	120	293	186	479	-	-	-	-	-	-
● 1931	252	171	423	87	66	153	339	237	576	17,83	27,50	20,25	-	-	-
● 1932	233	204	437	77	32	109	310	236	546	3,31	-	-	-	28,76	5,21
● 1933	235	162	397	75	59	134	310	221	531	-	22,94	-	9,15	-	2,75
● 1934	271	187	458	86	62	148	357	249	606	15,37	10,46	14,12	-	-	-
● 1935	291	208	499	89	63	152	380	271	651	8,95	2,70	7,42	-	-	-
● 1936	316	186	502	87	67	154	403	253	656	0,66	1,32	0,77	-	-	-
● 1937	326	225	551	104	91	195	430	316	746	9,76	26,62	13,72	-	-	-
● 1938	286	221	507	116	80	196	402	301	703	-	0,51	-	7,99	-	5,76
● 1939	317	248	565	116	96	212	433	344	777	11,44	8,16	10,53	-	-	-

Elaborado a partir de la "Memoria de la Dirección" del Hospital Víctor Larco Herrera correspondiente al año de 1939.⁵
 V: varones; M: mujeres; PV: primera vez; VV: varias veces

... sido certificado (por incapacidad mental), y en ese momento prácticamente todos los pacientes estaban certificados, se tenía que encontrar una cama (para el paciente)".⁴ Esto condujo, lógicamente, a un hacinamiento de pacientes, fenómeno que se dio en varios países de Europa y América. En el Perú, la sobrepoblación de pacientes en el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) preocupó a los psiquiatras de la primera

mitad del siglo XX. Durante la década de 1930 hubo un incremento de los pacientes ingresados nuevos (Tabla 1).⁵ Además, el número de los enfermos asistidos en el antiguo Manicomio del Cercado de 1891 hasta 1917, y en el HVLH de 1918 hasta 1939 fue en incremento (Figura 2), siendo el aumento sobre los asistidos en el año de 1891 del 424,7% para 1939. Debemos recordar que gran parte de la actual estructura urbana de

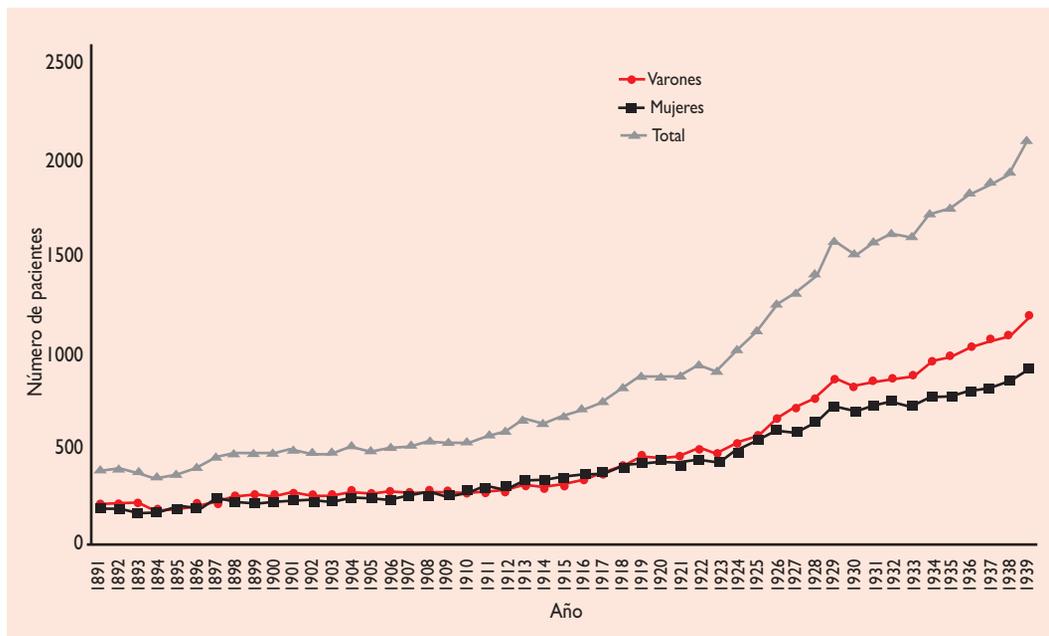


Figura 2. Enfermos asistidos en el antiguo manicomio del Cercado de 1891 a 1917 y en el Hospital Víctor Larco Herrera de 1918 a 1939. Elaborado a partir de la "Memoria de la Dirección" del Hospital Víctor Larco Herrera del año de 1939.⁵

Lima surgió durante el oncenio de Augusto B. Leguía, entre los años de 1919 a 1930.⁶ Además, cambiaron las costumbres, comenzó a difundirse el uso del automóvil, ferrocarriles, medio de radiodifusión y telefonía, sumado a esto, fueron aumentando los conocimientos científicos teniendo al positivismo como principal sustento filosófico.⁶

Todos estos cambios permitieron a Valega ensayar algunas explicaciones respecto a este “incremento” de enfermos mentales en el HVLH:

- a. La acumulación, ya que existe un grupo de pacientes incurables crónicos que no son dados de alta.
- b. Mayor facilidad de viajar a Lima, lo que genera un aumento de atención en el hospital.
- c. Mayor conocimiento del pueblo, ya se consideraba al enfermo mental digno de asistencia.
- d. Se reemplazó la idea de que los enfermos mentales eran incurables.⁷

A esto agregaríamos: e) la centralización de la asistencia de los enfermos mentales en Lima (en aquel entonces, el HVLH el único centro para atender a los enfermos mentales).

En el Proyecto de Ley sobre la Asistencia de los Alienados, Toxicómanos y Psicópatas, Caravedo mencionó:

“El aumento de alienados es un problema que preocupa hondamente a la asistencia pública en todos los países. Hay quienes piensan –como los alienistas ingleses y escoses– que este aumento es más aparente que real, si se tiene en cuenta que la población de los asilos crece más por el aumento de crónicos que por el número de nuevas admisiones. Para otros, todo depende del mejor concepto que hoy se tiene sobre esta clase de enfermos y su asistencia, pues el tratamiento humanitario científico que hoy se da en los asilos concentra en ellos mayor número de enfermos. En fin, hay quienes piensan que el aumento de alienados en tratamiento no es solo aparente sino real, pues se debe a que los factores etiológicos de la locura (el alcohol,

la sífilis, y la lucha por la vida), crecen en frecuencia e intensidad. No conocemos el número de alienados que existen en el Perú, pues no hay estadística alguna.”⁸

Más específicamente sobre el problema de la sobrepoblación de enfermos mentales en el Perú, Caravedo dejó escrito en las Memorias de la Dirección del HVLH correspondiente al año de 1937:

“Es mi deber llamar una vez más la atención a la Sociedad de Beneficencia sobre el aumento incesante del número de enfermos, que este año ha llegado a 1208, es decir, a más del 100% de la capacidad del Hospital, siendo la cifra mayor que se ha registrado en nuestra Estadística. Los Servicios del Régimen Común atraviesan por situación muy difícil y el Servicio de Admisión y Observación es absolutamente insuficiente para atender las necesidades que a diario se presentan. Se impone, pues, aumentar la capacidad del Hospital de acuerdo con el plan que hemos propuesto en repetidas oportunidades, comenzando por construir pabellones destinados al tratamiento de los agudos, de los casos recientes, en general, de aquello de tipo curable, sobre las cuales debe ejercerse la mayor actividad posible, tanto médica como administrativa.”⁹

La consolidación de la psiquiatría como especialidad médica en el mundo, e impulsada en el Perú por Valdizán y continuada por Delgado, llevó a la noción de que, haciendo un paralelismo con otras especialidades médicas, debían de existir tratamientos específicos para ciertas enfermedades mentales. La mayoría de los psiquiatras ya no buscaban solo el cuidar a los pacientes, sino también el poder curarlos, o en todo caso, el remitir los síntomas para que el enfermo pudiera reinsertarse a la sociedad.⁴ En este contexto se hicieron necesarios nuevos tratamientos para las enfermedades mentales, en general, y la esquizofrenia, en particular. Así, fueron apareciendo nuevas formas de terapias para esta última: la cura del sueño propuesta por Kläsi, a inicios de 1920;¹⁰ la insulinoterapia reportada por Sakel, en 1933;¹¹ la inducción

de convulsiones producidas químicamente con cardiazol ideada por Meduna en 1934¹ y la terapia electroconvulsiva diseñada por Cerletti y Bini en 1937.¹ Si caemos en los siempre peligrosos análisis anacrónicos, podríamos pensar que estas formas de tratamiento nunca debieron de ser aceptadas por su “pobre rigor científico”, además de ser “muy peligrosas”. Sin embargo, debemos de recordar que en esa época existía una urgencia para tratar a los enfermos mentales y evitar el constante hacinamiento. La sociedad le exigía al psiquiatra resultados claros.

COMO LA INSULINOTERAPIA REDEFINIÓ LA IMAGEN DEL PSIQUIATRA

El 11 de enero de 1922 ocurrió un hecho trascendente en la historia de la medicina. Banting y Best inyectaron por primera vez insulina de forma subcutánea a un joven de 14 años que padecía de una diabetes tipo I.¹² Este nuevo tratamiento generó un gran impacto no solo en la comunidad médica, sino también en el público en general. La diabetes, hasta entonces, una penosa enfermedad crónica intratable que generaba muchas complicaciones, tenía una forma de ser tratada y controlada. Así fue extendiéndose el uso de la insulina para tratar esta enfermedad metabólica.

De forma casual, el psiquiatra y neurólogo Sakel notó que aquellos pacientes con diabetes y esquizofrenia a los cuales se les había administrado de forma accidental una sobredosis de insulina, luego de salir del coma, tuvieron una mejoría en sus síntomas psicóticos.¹³ La insulinoterapia pronto se convirtió en el tratamiento recomendado para la esquizofrenia, la más enigmática de las enfermedades mentales que, tal como sucedió con la diabetes antes de la introducción de la insulina, era una penosa enfermedad crónica intratable y degenerativa.

Para Doroshow, la aceptación de la insulinoterapia para la esquizofrenia no se debió únicamente a la percepción de eficacia que producía dicho tratamiento, sino también a que su administración fue un medio para hacer de

la psiquiatría un campo médico más legítimo.¹⁴ Comenzaron a inaugurarse las “unidades de insulina” en los hospitales generales, los psiquiatras tenían que conocer todas las posibles complicaciones de este tratamiento para poder identificar alguna situación de emergencia, además podían monitorear el estado de los pacientes en unidades de cuidados intensivos.¹⁴ En suma, el psiquiatra dejó de verse a sí mismo como un supervisor conductual o disciplinario, su imagen se redefinió gracias a la insulinoterapia, ahora participaba del conocimiento médico imperante.¹⁴

LA INSULINOTERAPIA PARA LA ESQUIZOFRENIA EN EL PERÚ

El Perú no fue ajeno a este nuevo tratamiento para la esquizofrenia. El aire esperanzador también se vivió en la psiquiatría de nuestro país gracias a la insulinoterapia, tal como escribió Caravedo:

*“El método de Sakel representa, pues, un gran progreso en la terapéutica de la esquizofrenia y, al mismo tiempo, impone, como el empleo del cardiazol, una serie de investigaciones y de problemas de interés verdaderamente científico, estudios que permitirán tal vez comprender el efecto de los nuevos tratamientos y, lo que es más importante, aportar nuevas luces a la etiología de esta enfermedad. Por eso el método de Sakel y el de von Meduna vienen despertando tanto interés y en la actualidad se ensayan en todos los países. La insulina y el cardiazol han entrado en la práctica psiquiátrica corriente.”*⁹

Con igual hálito de esperanza se expresó Delgado respecto a estos nuevos tratamientos para la esquizofrenia:

*“La terapéutica moderna ha cambiado muy satisfactoriamente el pronóstico de la esquizofrenia, no solo porque la proporción de las remisiones provocadas es dos o tres veces mayor que la de las espontáneas, sino porque una forma como la paranoide, que antes era prácticamente incurable, con frecuencia sana por completo si es tratada al comienzo.”*¹⁵

La insulinoterapia comenzó a practicarse en el Perú. Así, comenzaron las primeras publicaciones de este tratamiento:

“...en el número 1 de ARCHIVOS PERUANOS DE HIGIENE MENTAL aparecen los resultados de las primeras aplicaciones verificadas en este Hospital de la insulina en el tratamiento de la esquizofrenia, trabajo que hemos llevado a cabo en colaboración con el doctor Carlos Gutiérrez-Noriega... Actualmente se aplica la insulina en mayor escala, de acuerdo con la autorización concedida

al doctor Honorio Delgado para utilizar este método en colaboración con los Jefes de Servicio del Régimen Común de hombres y mujeres, doctores Juan F. Valega y Fernando Loayza.”⁹

En la Tabla 2, se aprecian los trabajos publicados en la bibliografía psiquiátrica peruana sobre la insulinoterapia para la esquizofrenia. En total existen 17 trabajos, publicados desde 1937 hasta 1970. Es interesante notar que de todos estos, 9 fueron publicados luego de 1954, fecha en la cual se comenzó a utilizar la clorpromazina

Tabla 2. Trabajos publicados en la bibliografía psiquiátrica peruana sobre la insulinoterapia para la esquizofrenia

Autor	Año	Nombre del artículo / publicado en
● Caravedo B, Gutiérrez-Noriega C.	1937	El shock hipoglucémico en la terapéutica de la esquizofrenia <i>Archivos Peruanos de Higiene Mental</i> . 1937;1(1):2-24.
● Delgado H, Valega JF, Gutiérrez-Noriega C.	1938	Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1938;1(4):463-498.
● Delgado H.	1939	Tratamiento de la esquizofrenia con cardiazol e insulina <i>Segunda Reunión Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas</i> . 823-877.
● Mejía L.	1939	Complicaciones del tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1939;2(4):552-572.
● Ortega F.	1939	Estudio de la memoria en los esquizofrénicos tratados por la insulina <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Bachiller</i> : 62 pp.
● Guerra L.	1942	Observaciones psicopatológicas en pacientes tratados por la insulina <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1942; 5(1):75-114.
● Yépez H.	1944	Influencia de la constitución somática sobre el resultado inmediato de la insulinoterapia de los esquizofrénicos <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1944;7(3):310-329.
● Saavedra A.	1953	Algunas alteraciones psicopatológicas en el despertar del coma insulínico <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1953;16(1):1-92.
● Ayala L.	1954	El electrocardiograma en el shock insulínico <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Bachiller</i> : 43 pp.
● Delgado H.	1959	La insulinoterapia de la esquizofrenia, Nuestra experiencia en veinte años <i>Acta Neuropsiquiátrica Argentina</i> . 1959;5(1):3-8.
● Delgado H.	1959	Insulin therapy of schizophrenia in Peru: our 20 years of experience <i>Insulin Treatment in Psychiatry</i> . 253-265.
● Mariátegui J, Ramírez E, Otárola P, Bachmann C.	1962	El glucagón en la interrupción del coma insulínico <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1962;25(4):384-394.
● Otárola S.	1962	El uso del glucagón en la interrupción del coma insulínico terapéutico <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Bachiller</i> : 126 pp.
● Felipa E.	1966	La cure d'insuline dans un établissement psychiatrique moderne: L'Institut Marcel Riviere <i>L' Institut Marcel Riviere</i>
● Mariátegui J, Ramírez E, Bachmann C.	1966	Glucagon in terminating insulin coma. Clinical and biochemical aspects <i>Biological Treatment of Mental Illness</i> . 694-714.
● Mariátegui J, Ramírez E, Bachmann C.	1968	Efecto hiperglicémico del glucagón en el coma insulínico <i>Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina</i> . 1968;14(1):61-65.
● Valdivia O.	1970	Terapéutica biológica. Insulinoterapia <i>Curso de Psiquiatría</i> . 239-244.

Elaborado a partir del libro "Bibliografía Psiquiátrica Peruana".¹⁶

para la esquizofrenia en el Perú. Por cerca de dos décadas, ambos tratamientos eran recomendados para la esquizofrenia. No obstante, en los textos de psiquiatría se recomendaba como tratamiento de elección a la insulino-terapia. Veamos cómo fue la evolución del tratamiento de la esquizofrenia en el “Curso de Psiquiatría” de Delgado. En la primera edición de su texto en 1953 escribió:

*“El principal tratamiento de la esquizofrenia es en general la insulino-terapia, y si con ella no se logran buenos efectos, la combinación con la convulsivoterapia mejora el resultado. Sin embargo, en ciertos casos, especialmente cuando no es posible la hospitalización, la convulsivoterapia cura a menudo; y en todos los casos la asistencia individual y activa es complemento importante. Aparte esto, los métodos antiguos –como la narcosis prolongada y la piroterapia– son aprovechables en determinadas circunstancias.”*¹⁵

En la segunda edición, de 1955, agregó la experiencia con el Largactil® (clorpromazina):

*“El principal tratamiento de la esquizofrenia es en general la insulino-terapia, y si con ella no se logran buenos efectos, la combinación con la convulsivoterapia mejora el resultado. Sin embargo, la cura intensiva y suficientemente prolongada con Largactil® parece ser superior incluso a la insulínica, particularmente en la forma paranoide, según lo han comprobado GÄDE y HEINRICH. En ciertos casos, especialmente cuando no es posible la hospitalización, la convulsivoterapia cura a menudo; y en todos los casos la asistencia individual y activa es complemento importante. Aparte esto, los métodos antiguos –como la narcosis prolongada y la piroterapia– son aprovechables en determinadas circunstancias.”*¹⁷

Estos buenos resultados logrados con la clorpromazina no produjeron un deceso en el uso de la insulino-terapia. Para la tercera edición de su texto, publicada en 1963, continuó

recomendándose junto a nuevos tratamientos, como el electrochoque y el fármaco Stelazine® (trifluoperazina):

*“... [la esquizofrenia], con frecuencia sana por completo si es tratado al comienzo con insulina, y si es necesario, asociando el electrochoque... La cura intensiva y suficientemente prolongada con Largactil o Stelazine parece ser superior en algunos casos incluso a la insulínica, particularmente en la forma paranoide.”*¹⁸

En la última edición de su texto, publicada en 1969, Delgado siguió manifestando que la terapia con insulina es la ideal para el tratamiento de la esquizofrenia.¹⁹ Esta preferencia del uso de la insulino-terapia podría ser explicada por el hecho de que este tratamiento produjo una sensación de eficacia tanto en el paciente como en los psiquiatras. Además, la literatura nacional y mundial avalaba esta experiencia.^{20,21} De hecho, los estudios no demostraron que este tratamiento sea menos efectivo que la clorpromazina, el fármaco que terminó reemplazándolo.²²⁻²⁴ Esto resulta interesante, ya que podemos preguntarnos ¿se dejó de utilizar la insulino-terapia por haberse demostrado que era ineficaz? ¿o fueron otro tipo de razones lo que originó el declive de este tratamiento?

Uno de los principales problemas que presentó este tratamiento fue la falta de un protocolo estandarizado: la duración del coma, el número de comas y el tiempo de aplicación de este tratamiento variaban de psiquiatra en psiquiatra, por lo que se hizo muy difícil el seguir produciendo artículos en los cuales se compare la eficacia de este tratamiento, ya no solo a nivel mundial, sino también local.²⁵ Además, su aplicación era muy difícil, requería varias personas entrenadas, unidades especiales.⁴ A esto debemos sumarle el auge del movimiento antipsiquiátrico, que vio en estos tratamientos “formas de tortura”, “poco científicos” e “inhumanos”, narrativa que logró penetrar en el ideario social (p.ej. en la película “A beautiful mind” de 2001, se presentó de forma dramática una sesión de insulino-terapia aplicada a John Nash. Es curioso notar que se hace hincapié en las convulsiones, cuando en

realidad se pensaba que la cura se producía por el coma insulínico). No queda del todo claro cuáles fueron los verdaderos motivos del declive de la insulinoterapia, posiblemente se deba, no a que se haya demostrado científicamente que no era eficiente, sino a que administrar los psicofármacos resultaba mucho más cómodo, además de la sensación de rechazo que generó en la sociedad la inducción de comas con insulina.

CONCLUSIONES

El análisis histórico de la insulinoterapia para la esquizofrenia nos muestra que, en el contexto en el cual se aplicó, resultó ser un tratamiento eficaz, no solo por la evidencia científica que lo avalaba, sino también porque al fin se comenzó a poder tratar médicamente a una de las enfermedades más enigmáticas y comunes de la psiquiatría. En el Perú, tal como sucedió en otras partes del mundo, se vio con creciente optimismo como se podría lograr llegar a curar esta enfermedad, llegando a ser recomendada como el tratamiento de elección para la esquizofrenia en el texto fundamental de Psiquiatría peruana de aquella época. No queda claro porque se dejó de utilizar este tratamiento durante finales de la década de 1960, podemos sugerir que se debió a factores sociales y de facilidad clínica para administrar los nuevos psicofármacos. En futuros trabajos se debería investigar no solo los registros clínicos e institucionales, sino también la apreciación que tenían los psiquiatras y pacientes de esta forma de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berrios GE. The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1997;8(29):105-119.
- Berrios GE. Prólogo. En: López-Muñoz F, Álamo C. *Historia de la Psicofarmacología*. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2006.
- Porter R. Breve historia de la locura. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2003.
- James FE. Insulin treatment in psychiatry. *Hist Psychiatry*. 1992;3(10):221-235.
- Hospital Víctor Larco Herrera. Memoria de la Dirección Correspondiente al Año de 1939. Lima: Sociedad de Beneficencia Pública de Lima; 1939.
- Basadre J. Historia de la República del Perú 1822-1933. Tomo 13. Lima: Editorial Universitaria; 1970.
- Stucchi S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
- Caravedo B. La reforma psiquiátrica en el Perú. Lima: Clínica Baltazar Caravedo; 1985.
- Hospital Víctor Larco Herrera. Memoria de la Dirección Correspondiente al Año de 1937. Lima: Sociedad de Beneficencia Pública de Lima; 1937.
- Windholz G, Witherspoon LH. Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. *Hist Psychiatry*. 1993;4(13):83-93.
- Sekel M. Neue Behandlungsart schizophreniker und verwirrter erregter. *Wien Klin Wochenschr*. 1933;46:1372-1373.
- Cardoso L, Rodrigues D, Gomes L, Carrilho F. Banting and best: the extraordinary discovery of insulin. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2017;12(1):106-115.
- Stucchi S. Breve historia de los tratamientos biológicos en la Psiquiatría. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.
- Doroshov DB. Performing a cure for schizophrenia: insulin coma therapy on the wards. *J Hist Med Allied Sci*. 2007; 62(2):213-243.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. Lima: Imp. Santa María; 1953.
- Valdivia O. Bibliografía Psiquiátrica Peruana. 2.ª Ed. Lima: Talleres Litográfica del Perú; 1981.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. 2.ª Ed. Lima: Imprenta Santa María; 1955.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. 3.ª Ed. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1963.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. 5.ª Ed. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1969.
- West FH, Bond ED, Shurley JT, Meyers CD. Insulin coma therapy in schizophrenia; a fourteen-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1955;111(8):583-589.
- Palmer DM, Riepenhoff JP, Hanahan PW. Insulin shock therapy, a statistical survey of 393 cases. *Am J Psychiatry*. 1950; 106(12):918-926.
- Boardman RH, Lomas J, Markowe M. Insulin and chlorpromazine in schizophrenia; a comparative study in previously untreated cases. *Lancet*. 1956;271(6941):487-491.
- Markowe M, Steinert J, Heyworth-Davis F. Insulin and chlorpromazine in schizophrenia: a ten year comparative survey. *Br J Psychiatry*. 1967;113(503):1101-1106.
- Fink M, Shaw R, Gross GE, Coleman FS. Comparative Study of Chlorpromazine and Insulin Coma in Therapy of Psychosis. *J Am Med Assoc*. 1958;166(5):1846-1850.
- Berrios GE. The history of psychiatric therapies. En: Tyrer P, Silk KR, editores. *Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.