

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA CON NIVEL DE MÁSTER



LA MENTE ROTA: REVISIÓN DEL SHELL SHOCK DURANTE LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

AUTOR: DURO DE LA MERCED,
CARLOTA

DNI: 54209623A

TUTOR: MORENTE PARRA, MARÍA
ISABEL

E-mail: carlotdu@ucm.es,
mmoren15@ucm.es

Centro y Departamento: Departamento de
Salud Pública, Materno-Infantil e Historia
de la Ciencia de la Facultad de Medicina.

Curso Académico 2022/2023

Convocatoria de junio / julio

A la atención de la Coordinación del Trabajo de Fin de Grado y Máster en Medicina



DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. CARLOTA DURO DE LA MERCED con NIF 54209623A estudiante del Grado en Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2022/2023 como autor/a de este documento académico titulado: LA MENTE ROTA: REVISIÓN DEL SHELL SHOCK DURANTE LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL y presentado como Trabajo Fin de Grado y Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor/es es/son MARÍA ISABEL MORENTE PARRA

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Grado y Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Madrid, a 17 de Mayo de 2023

Fdo.:

Esta DECLARACION DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página de todos los Trabajos Fin de Grado y Máster conducentes a la obtención del título.

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract.....	1
2. Introducción.....	2
2.1 Introducción y justificación.....	2
2.2 Objetivos.....	4
3. Materiales y Métodos.....	5
4. Resultados.....	6
4.1 El shell shock: una existencia en duda.....	6
4.2 La comunidad científica en enfrentamiento: la fisiopatología del “shell shock”.....	8
4.3 La recuperación de una mente rota.....	14
5. Discusión.....	16
6. Conclusiones.....	20
7. Bibliografía.....	21

1. RESUMEN

En la cultura popular, el Trastorno de Estrés Postraumático ganó importancia durante la Guerra de Vietnam. Sin embargo, se encontraba descrito desde comienzos de siglo, cuando la Gran Guerra que comenzó en Europa produjo que la palabra “shell shock” o “neurosis de guerra” apareciera por primera vez en los periódicos. En este Trabajo de Fin de Grado se realiza una revisión bibliográfica que estudia el camino que siguió la medicina de la época para definir, clasificar, diagnosticar y tratar un trastorno psiquiátrico en tiempos en los que, incluso para la especialidad, la recuperación de un paciente de esta clínica se consideraba poco probable.

Palabras clave: shell shock; first world war; war neurosis; history of medicine; posttraumatic stress disorder; psychiatry.

1. ABSTRACT

In popular culture, Posttraumatic Stress Disorder gained importance during the Vietnam War. However, it had been described since the beginning of the century, when the Great War that began in Europe provoked the word “shell shock” or “war neurosis” to appear in the newspapers for the first time. This Bachelor’s Thesis studies, by a deep literature review, the path followed by the medicine of that time to define, classify, diagnose and treat a psychiatric disorder in times when, even for the specialty, the recovery of a patient of this clinic was considered unlikely.

Keywords: shell shock; first world war; war neurosis; history of medicine; posttraumatic stress disorder; psychiatry.

2. INTRODUCCIÓN

“Cuadro presente tras una exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, de duración superior al mes y sin poder ser atribuido a ninguna afección médica o sustancia consumida. Causa de un malestar clínicamente significativo, se acompaña de síntomas de intrusión, evitación persistente de estímulos y alteración importante de la alerta y reactividad.”^[1]

La Asociación Americana de Psiquiatría define en estos términos el trastorno de estrés postraumático y, sin embargo, no fue ninguno de estos criterios sino la palabra “histeria” lo que utilizó el capitán Charles S. Myers en febrero de 1915, cuando publicó el primer artículo que dio nombre al trastorno: lo llamó “shell shock”, o “shock del obús” en su traducción literal al castellano, pues supuso que este proyectil era el causante del cuadro.^[2]

En un tiempo en el que la psiquiatría moderna todavía se encontraba en sus inicios como disciplina, y años antes de que Kraepelin¹ determinara que, incluso con los grandes avances del siglo XIX, “*nos resulta imposible ignorar que la mayor parte de los enfermos que ingresamos (...) están perdidos de entrada*”^[3], es remarcable la rápida búsqueda de no solo explicación, sino tratamiento para la “neurosis de guerra”.

Para comprenderlo, hay que entender sus vivencias en las trincheras. En su estudio, el capitán Myers finaliza con una frase tras la descripción de los pacientes: “*(Añadir) Comentario en estos casos parece superfluo*”. Y tal fue el pensamiento de muchos de los que observaron lo que tuvo lugar en las zanjas que fragmentaron Europa.

¹ Emil Kraepelin (1856-1926) fue un destacado psiquiatra alemán, considerado fundador de la psiquiatría moderna. Entre sus principales contribuciones se encuentran el estudio de la base genética de las enfermedades mentales, y la clasificación de trastornos psiquiátricos según las diferencias entre sus síntomas y el curso evolutivo de estos.

La Primera Guerra Mundial no era “mundial” cuando comenzó, ni tampoco la “Gran Guerra” que dejaría marcada a toda una generación. Tras el asesinato del archiduque Francisco Fernando el 28 de junio de 1914 en Sarajevo, la guerra prometía ser tan corta como para terminar en Navidad, y así era percibida por todas las partes implicadas.

La guerra corta murió con la Batalla de Marne en agosto de 1914, que desplazó al bando alemán a un terreno alto, y obligó al ejército británico y francés a construir fortificaciones que los protegieran del fuego de artillería.^[4] La guerra de trincheras comenzaba.

“Schützengraben”, la palabra con la que el alemán se refiere a las trincheras, tiene dos raíces: “Schütze” significa “tirador”, y “graben” (cavar) procede de “Grab”, que se traduce como “tumba”. Henri Barbusse las describía de forma más sencilla: “*Una pesadilla de tierra y lodo*”^[5], y una pesadilla y una tumba era el lugar donde los soldados comenzaron a vivir.

¿Qué hizo que la neurosis de guerra experimentara tal aumento de casos durante este conflicto? ¿Qué justifica la urgente necesidad de tratamiento para dichos pacientes? La guerra de trincheras no solo trajo la tierra y el lodo, sino también los primeros carros blindados y el uso de armas más mortíferas y sofisticadas, tan extrañas para el ojo humano de la época que ni siquiera el imaginario literario había sido capaz de concebirlas. Los soldados, en su mayoría jóvenes que apenas habían salido de sus casas antes de la contienda, llegaron al campo de batalla con la idea tradicional de guerra y chocaron con una forma de morir y matar completamente desconocida hasta entonces. Y debido a esto, muchas de las bajas del ejército dejaron de poder ser resueltas por un cirujano.

La neurosis de guerra supuso un punto de inflexión para el desarrollo de la psicoterapia y para la percepción de la enfermedad mental por parte del público. Este trabajo se centra en estudiar los pasos que llevaron a su construcción y el proceso que sus contemporáneos

realizaron para comprenderla, algo imprescindible no solo desde el punto de vista histórico, sino también desde el punto de vista médico. Conocer la historia permite aprender de sus errores y aciertos, hacer uso de su conocimiento y anticiparse a su repetición, y estas son las razones por las que una revisión bibliográfica del estudio de este trastorno resulta esencial para el mejor manejo del mismo.

2.1. OBJETIVOS

- Objetivo General: Estudiar el surgimiento del trastorno de estrés postraumático durante la Primera Guerra Mundial como entidad patológica psiquiátrica.
- Objetivos Específicos:
 - Identificar las principales líneas de discusión acerca de la etiología, diagnóstico y manejo del “shell shock”.
 - Describir los cambios sociales, médicos y económicos producidos a consecuencia del trastorno.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio histórico analítico, descriptivo y sintético de una serie de fuentes bibliográficas primarias comprendidas entre los años 1915-1923. En su mayoría se trata de artículos científicos publicados en revistas de la época, pero también se ha incluido en la bibliografía informes del gobierno, libros y conferencias.

Para ello se han consultado diversas bases de datos como JSTOR, National Library of Medicine, ScienceDirect, The National Archives de Reino Unido, International Monetary Fund y el archivo histórico de The Lancet y British Medical Journal.

Criterios de selección de los artículos estudiados:

- Publicados entre 1915-1923: Se escogió este intervalo de tiempo con la intención de englobar toda la duración de la Primera Guerra Mundial, así como un breve periodo tras su finalización, para así poder estudiar las distintas perspectivas de estudio en contextos de conflicto y paz.
- Publicados o editados por revistas científicas
- Publicación en habla inglesa

Además de las fuentes primarias se han consultado fuentes bibliográficas secundarias, que contienen estudios sobre el tema posteriores al periodo de tiempo descrito; ello permite ofrecer, desde una perspectiva histórica, una imagen completa de la construcción nosológica del síndrome de estrés postraumático que tuvo su origen en la Gran Guerra.

4. RESULTADOS

La Gran Guerra comenzó en julio de 1914, pero no fue hasta febrero del año siguiente cuando la palabra “shell shock” apareció por primera vez en el mundo de la medicina: Charles S. Myers la utilizó en su artículo sin ningún tipo de introducción previa que la explicase, y esto puede entenderse si, como el autor confirmó años después^[6], se sabe que aquel nombre ya era popular entre los soldados: lo acuñaron ellos mismos, y quizás esta fue la razón por la que se generó tanta controversia desde su nacimiento.

4.1. EL SHELL SHOCK: UNA EXISTENCIA EN DUDA

El “shell shock” fue observado desde casi el inicio de la guerra, pero eso no frenó en modo alguno las discusiones en torno a su existencia. Aunque Myers nunca puso en duda en su artículo que se trataba de una patología única, otros autores no estuvieron de acuerdo con esa suposición: así lo dejó claro E. F. Buzzard, cuando defendió la idea de que el diagnóstico escrito en las etiquetas con las que eran derivados los soldados, se trataba de un término desafortunado que “*protege una masa de ignorancia e inspira al público con la creencia de que una nueva enfermedad ha sido añadida a nuestra ya larga lista*”, y que en realidad “*cubre un número de diferentes condiciones*”^[7].

Otros autores, como F. W. Mott, eran más cautos y preferían definirlo como un “*grupo de signos y síntomas variados*”^[8], aunque al mismo tiempo vertiendo la atención sobre la posible confusión con el “malingering”, palabra que quedaría unida al “shell shock” incluso años después de que terminara la guerra.

4.1.1 El soldado simulador

“Malingering”, que en español podría traducirse como “hacerse el enfermo”, se utilizaba para hablar del soldado que “*aún en perfecta salud, inicia con un propósito determinado una condición cuasi-patológica, que descartará cuando haya logrado su fin o cuando*

esté seguro de que no es observado”^[9]. B. Glueck, en septiembre de 1916, la definía en su estudio del paciente simulador como *“una reacción mental casi exclusiva de aquellos con un estado mental inferior”*, describiéndola anecdóticamente en individuos *“absolutamente normales a nivel mental”*.^[10]

Esta línea de pensamiento que asociaba la clínica al individuo inferior, cobarde y traidor a la patria, provocaba gran angustia en los soldados enfermos. Tal hecho fue observado por Myers, cuando uno de sus pacientes vio la sospecha vertida sobre él: ante dicha acusación *“explotó en lágrimas”*, y el propio autor aseguró en su estudio que estaba completamente seguro de que ni él, ni ninguno de los casos con los que se había encontrado, era fingido.^[11] A pesar de su defensa a la honestidad del afligido por *“shell shock”*, la vertiginosa velocidad con la que las bajas del ejército británico ascendieron a partir de 1916, mantuvo el miedo a los simuladores hasta en tiempos de paz.

Con la perspectiva de la guerra terminada, D. W. Carmalt Jones compartía en 1919 que, para entender al posible simulador, uno siempre había de conocer *“la enorme tensión en el hombre que sabe que vuelve (a la guerra), después de haberse derrumbado previamente bajo ella”*, y que llevaba a que *“muchos hombres no dicen más que la verdad cuando aseguran no sentirse aptos para reincorporarse, a pesar de que serían aptos para muchas formas de empleo”*.^[12] De esa forma intentaba eliminar la culpa que durante el conflicto había caído sobre los soldados retirados del frente, aunque todavía harían falta muchos años para eliminar por completo el estigma.

4.1.2 Las cifras hablan por sí solas

En el cuarto año de guerra, poca gente dudaba ya de la existencia del *“shell shock”* como nueva patología de la guerra que vivían. Para cuando EEUU entró en la lucha, su importancia se encontraba tan fuera de duda que el oficial médico estadounidense Thomas

W. Salmon se encargó de redactar un manual acerca de su cuidado y tratamiento, con el fin de preparar al cuerpo médico del ejército americano para la inminente aparición de casos entre sus soldados.

Las cifras disponibles en el momento resultaban muy elocuentes: Carmalt Jones cuenta en enero de 1917 como, durante nueve meses y en tan solo un hospital, la cifra de pacientes atendidos ascendió hasta superar los 4.700 ^[12]. Estos números se reflejan claramente en los porcentajes de bajas del ejército británico: hasta 1917, el “shell shock” fue responsable de 1/7 de las bajas por discapacidad, y de 1/3 si se excluyen bajas por heridas. ^[13]

4.2. LA COMUNIDAD CIENTÍFICA EN ENFRENTAMIENTO: LA FISIOPATOLOGÍA DEL “SHELL SHOCK”

El camino que el “shell shock” tuvo que recorrer hasta ver reconocida su existencia no fue en ningún modo apacible, como tampoco lo fue el que la comunidad científica recorrió con el fin de establecer su origen. Si bien a medida que avanzaba la guerra, la mayoría de los autores coincidían en que el “shell shock” se trataba de una entidad distinta a las enfermedades conocidas con anterioridad, eso no propició que las discusiones acerca de su etiología fueran parecidas.

4.2.1. La hipótesis orgánica

La primera corriente, y la que más fuerza cobró durante los primeros años de guerra, estaba encabezada por F.W. Mott. Dicho doctor defendía la etiología puramente orgánica, atribuyendo la “*pérdida de funciones y disfunción del Sistema Nervioso Central*” a una contusión del líquido cefalorraquídeo, que transmitía el daño a las estructuras nerviosas que contenía y que venía directamente derivado de la “*exposición súbita o prolongada a las fuerzas generadas por fuertes explosivos*” ^[8]. Además, añadía que el soldado enterrado

tras la bomba solía exponerse a numerosos gases, que podían a su vez ser los causantes de los síntomas del trastorno.

Aunque admitía que en ocasiones la explosión de la bomba podía actuar como *“la última gota de un sistema nervioso absolutamente exhausto”*, siempre remarcaba la obligatoriedad del antecedente de contusión cerebral, señalando que *“muchos de estos pacientes no han sufrido realmente contusión o conmoción cerebral, y por lo tanto (...) no son verdaderos casos de shell shock”*.

De esta escuela de pensamiento también era Arthur F. Hurst, que en 1917 reiteraba la importancia de reservar el diagnóstico de “shell shock” únicamente a *“los expuestos a las fuerzas generadas por la explosión de poderosas bombas”*. Al igual que Mott, defendía que la clínica del “shell shock” se debía a *“cambios en el Sistema Nervioso Central debidos a una contusión”*, aunque especificaba que dichos cambios eran *“evanescentes”*, pues no se observaban en todos los casos estudiados. ^[14]

La hipótesis de la lesión orgánica halló su sustento fundamental en el propio Mott, que en 1917 realizó una autopsia a los cerebros de dos soldados fallecidos (oficialmente) de “shell shock” que no presentaban ninguna otra lesión visible a la exploración física. Dicho examen microscópico reveló múltiples y pequeñas hemorragias cerebrales, hallazgo que potenció aún más la teoría de que toda la clínica observada procedía de la exposición a una explosión de alta intensidad. ^[15]

4.2.1.1 La idea fijada

Al hablar del antecedente de explosión, Mott admitía que no siempre se encontraba presente en aparentes casos de “shell shock”. Su explicación para esto era sencilla: esos pacientes no sufrían de verdadero “shell shock”, sino de una palabra que, al igual que “*malingering*”, se vería asociada a dicho trastorno.

La sugestión, también llamada por Mott la “idea fijada”, se refería al proceso por el que el soldado, mediante una autosugestión poderosa y muchas veces descontrolada, “fijaba” en su mente la creencia de padecer una sintomatología en ausencia de causa que la provocara.

La solución para estos casos era, por tanto, convencer al paciente de que no había nada realmente malo en él, sino tan solo la idea que había fijado en su mente: en cuanto se deshiciera de ella, recuperaría la normalidad y desaparecería la clínica. [8]

Esto sería rebatido años más tarde por Myers, que a pesar de admitir que la sugestión jugaba un papel en la producción del “shell shock”, defendía que este era pequeño en comparación con el resto de factores implicados. Añadía también que es cierto que “*el soldado puede confesar haber sentido miedo previamente (sugestión), pero ¿qué hombre no lo ha experimentado en algún momento en las trincheras?*” [16]

4.2.2. La expresión del subconsciente

Otra de las teorías que resonó en los años tempranos de la contienda fue la defendida por los seguidores de Freud, que otorgaban la responsabilidad del trastorno a la expresión del subconsciente herido por la guerra.

Para ellos, toda la sintomatología que podía aparecer en estos pacientes tenía su origen en el subconsciente reprimido: si no sentía dolor, era porque el subconsciente se negaba a reconocerlo, si la clínica se presentaba en el hemicuerpo izquierdo, era porque el soldado asociaba la derecha (“right”, sinónimo de “correcto” en inglés) a lo bueno y la izquierda a lo malo [17], y así sucesivamente.

De esa forma, se llegaba a la conclusión que la clínica estudiada no pertenecía a un trastorno de por sí, sino a la expresión de un proceso mental del subconsciente apoyado

en cierta forma por la actividad consciente del paciente, y que en los casos estudiados derivaba de un conflicto entre impulsos propiciado por la guerra.^[18]

Mott se hacía eco de la importancia del subconsciente al hablar de la “idea fijada” y la importancia de los sueños en la clínica:

“Los sueños de los soldados (...) muestran de manera llamativa cómo se graba en la mente un incidente de guerra asociado a un shock emocional, ya que continuamente se repite de forma vívida y aterradora en sus sueños, en estados de semiinconsciencia, y en algunos casos en estado de vigilia constituyendo alucinaciones.”^[19]

La principal contradicción que sugería esta teoría era la falta de recuperación de los pacientes. Uno de sus defensores, MD Eder, explicaba en 1916 que *“estas neurosis surgen bajo condiciones excepcionales, (...) siendo poco probable su recurrencia cuando el paciente retorne a su vida normal”*^[17]. Sin embargo, los hospitales continuaron llenos de pacientes con “shell shock” incluso años después del fin de la guerra, con una clínica que continuó presente a pesar de la aparente vuelta a la normalidad.

4.2.3. La impersonalización de la guerra moderna

Otra explicación para la aparición del “shell shock” era la nueva naturaleza de la guerra moderna: mientras que en los anteriores conflictos la rabia humana había podido ser dirigida hacia un enemigo claro, la existencia de las trincheras había llevado a que este se convirtiera en un sujeto desconocido e invisible. De esta manera, los ataques se habían convertido en eventos impersonales e impredecibles, donde el soldado no tenía más objetivo para su rabia y frustración que él mismo.

Al ser sometido a ataques desde dentro (su propia ira) y desde fuera (el enemigo), el soldado era llevado progresivamente a una situación límite que rompía en “shell shock” en cuestión de tiempo, y no obligatoriamente por exponerse a una explosión.^[20]

4.2.4. Las emociones y la guerra

Con el avance de la guerra y el estudio de un mayor número de pacientes, el papel que jugaban las emociones en el desencadenamiento del “shell shock” comenzó a cobrar mayor importancia.

El miedo se reconoció como el principal precipitante, no el miedo habitual del día a día sino el miedo de volver a las condiciones que habían producido esos síntomas, es decir, la guerra: el único factor en común que presentaban todos los casos de “shell shock” estudiados^[21]. Y como John T. MacCurdy llamaba la atención en su libro “War neuroses”, esta no se trataba de una guerra normal sino de una “*guerra moderna*”, y era ese cambio en la lucha lo que ocasionaba la aparición de la clínica:

“Ahora, el soldado debe permanecer durante días, semanas, incluso meses, en una trinchera estrecha o refugio sofocante, expuesto a un peligro constante de la clase más temible (...) que proviene de alguna fuerza invisible contra la cual ninguna agilidad personal o ingenio sirve de nada.”^[22]

A su vez, se observó un aumento de la frecuencia de casos con la intensidad del combate, creciendo en número tras las batallas y disminuyendo en épocas más tranquilas.^[23]

Finalmente, la definición oficial de “shell shock” vino de la mano de la Oficina de Guerra Británica en 1922, poniendo aparente punto final a los años anteriores de discusión. Según el informe publicado, el “shell shock” abarcaba tanto las alteraciones emocionales como las conmociones producidas por las explosiones, pero añadiendo un apunte acerca del abuso del término y del posible alistamiento masivo civil como explicación para el aumento de casos de neurosis de guerra.^[24]

4.2.5. El estigma del soldado

La Oficina de Guerra Británica señalando al alistamiento de la población civil “menos preparada” como explicación para el “shell shock” no fue un caso aislado, sino la consecuencia de un estigma formado durante la guerra de que dicho trastorno afectaba solo a “ciertos” individuos.

Ya fuera para señalar al alcohol como causante ^[7], para explicar que las culpables eran las emociones de un hombre no valeroso ^[25], o para dividir a los pacientes “neuróticos” en buenos y malos ^[17], con tan solo el lenguaje con el que se describían los casos puede detectarse: “sólida estupidez”, “tonto”, “como un niño”... ^[9]. Hurst llega a afirmar que no hay que cuidarlos demasiado, pues *“puede darles la idea de que están severamente heridos”*. ^[14]

La creencia de que el “shell shock” no aparecía en todo el mundo, sino en la gente más predispuesta a ello, se dividió en dos corrientes: la que señalaba a los hombres débiles ^[13] y la que se dirigía hacia la “herencia neurótica”. En cuanto a esta última, los autores de “Shell shock and its lessons” respondían en una carta al editor en 1917, después de señalar que en tan solo el 33% de los casos se habían encontrado antecedentes familiares psiquiátricos:

“Todo lector de NATURE debe conocer personalmente a algunos soldados que sufren shell shock, y entre ellos a hombres que antes de la guerra eran los miembros más fuertes, valientes, audaces, pero sensatos de la comunidad, y con una historia familiar limpia e inmaculada” ^[26].

4.3. LA RECUPERACIÓN DE UNA MENTE ROTA

Al hablar del tratamiento, la mayoría de las publicaciones afirman que la curación es posible y en cierto modo rápida, centrándose en la recuperación de la funcionalidad del paciente y en su reinserción en el trabajo o actividad laboral.

4.3.1 Hipnosis y recuerdos olvidados

Firme defensor de la hipnosis, son numerosos los casos descritos por Myers acerca de su utilización como tratamiento del “shell shock”, defendiendo que muchos de los pacientes sufrían “bloqueos mentales” que provocaban una variada clínica, desde el mutismo hasta la contracción muscular “*histérica*”. En cuanto a la amnesia observada, su teoría era que los recuerdos olvidados se hallaban activamente suprimidos y que su restauración era el primer paso para el control sobre ellos, y con el fin de recuperarlos sin que el paciente perdiera la calma, la hipnosis era el método más acertado para crear un ambiente controlado. ^[11]

La terapia de Myers no era compartida por todos, pues otros autores opinaban que contrariamente a ir a su encuentro, la mejor forma para recuperarse era olvidar el evento traumático y no hablar de él. ^[14]

4.3.2 Distraer a la mente

La actividad física comienza a considerarse como un complemento esencial para el tratamiento a partir de 1917: se incide sobre la importancia de “*mantener la mente ocupada*”, hacer trabajos manuales y mecánicos que no requieran mucho esfuerzo, acudir al teatro, conciertos y otras actividades lúdicas ^[8], y de que el paciente “*sienta que no es una carga*”. ^[20]

Mott añade algo más a dicho ejercicio: “*producir una atmósfera de curación*”, o en sus palabras, evitar la excesiva compasión hacia los soldados y las continuas exclamaciones de “*pobre querido mío*” de las bienintencionadas señoras que los invitan a las fiestas de té. “*Han hecho mucho para perpetuar las neurosis (...) en nuestros soldados*”, defiende antes de volver a insistir en que la ocupación, o “*la distracción de la mente*”, es fundamental para que el paciente se recupere. [8]

5. DISCUSIÓN

Que el principal debate acerca del “shell shock” fuera en torno a su etiología es revelador, si se interpreta como el reflejo del miedo que tenía la población general a la enfermedad mental: hasta ese momento, dicho grupo de enfermedades afectaba a los llamados “lunáticos”, personas con historia familiar o personal previa que eran recluidos en los asilos y apartados de la sociedad. Por primera vez, la enfermedad mental no afecta al “lunático” sino al soldado heroico que vuelve de la guerra, hombres fuertes, sanos, valerosos y pertenecientes a una población que, con anterioridad al conflicto, era considerada inmune a estos trastornos: padres, hermanos, amigos...

Súbitamente, la enfermedad mental no precisa de una historia familiar de “locura”, sino que puede aparecer en no cualquier persona, sino en las “mejores” de la sociedad (en aquel momento, marchar a la guerra era considerado un orgullo, y el no alistarse era recibido con muestras de desprecio colectivo e incluso escarnio público).^[27] Esta situación puede observarse en archivos gráficos de la época como la Figura 1, que presenta la frase “*Papi, ¿qué hiciste TÚ en la Gran Guerra?*”. Se trata de un póster del Comité Parlamentario de Reclutamiento, en el que el hombre protagonista mira apesadumbrado al espectador mientras su hija, señalando a un libro, le pregunta qué hizo durante la Gran Guerra. Su otro hijo, en el suelo, juega con soldados de juguete. Este tipo de simbología evocadora era utilizada con frecuencia para animar a la población al alistamiento.

La rápida búsqueda de una causa orgánica que explicase aquel cambio del paciente psiquiátrico típico, parece obedecer la necesidad de la población de tranquilizarse y asegurar que, como siempre, la “verdadera” enfermedad mental se reserva únicamente para las personas en riesgo ya conocidas.



Figura 1. Lumsey JS. Póster del Comité Parlamentario de Reclutamiento [Internet]. Johnson, Riddle and Co Ltd, Penge, Londres, 1915. Disponible en: <https://www.iwm.org.uk/collections/item/object/17053>

Sin embargo, a medida que la guerra avanza y las bajas por “shell shock” se disparan, la perspectiva cambia: la causa que lo produce no importa ya tanto como el tratamiento, y los familiares de estos pacientes no están dispuestos a ingresarlos en los asilos tradicionales. Por primera vez, los pacientes psiquiátricos afectados por “shell shock” se tratan en hospitales junto con el resto de heridos de guerra, y surge como tratamiento la innovadora terapia ocupacional, definida en aquel momento no con este nombre, sino con la descripción de *“trabajo (...) que no induzca más que esa suave sensación de fatiga que promueve el apetito, el interés, el sueño y la sensación general de bienestar”* [8]

No solo se habla del trabajo como tratamiento, sino del puro entretenimiento como método de curación: ir al teatro, jugar a las cartas, acudir a charlas... [8] Se recomienda también que se encuentren en compañía y evitando la soledad, completamente contrario a la anterior práctica de aislamiento del enfermo mental.

Las emociones y experiencias vividas también comienzan a tener importancia en el desencadenamiento de la enfermedad, factor de riesgo hasta entonces desconocido. Por aquel entonces, las personas con predisposición a padecer un trastorno mental eran aquellas de “personalidad neurótica”, es decir, las personalidades que por sus características tenían mayores posibilidades de “*extenuarse (...) a causa de esfuerzo físico, insomnio y otras condiciones estresantes*”.^[23] Sin embargo, el “shell shock” afecta a todos los soldados por igual, y la búsqueda de algún precipitante que no sea el impacto de la guerra en las emociones (el alcohol, la falta de sueño...) resulta infructuosa.

A pesar del progresivo cambio en la percepción del enfermo mental, todavía continúan los prejuicios anteriores a la guerra: la perpetua presencia del posible soldado simulador, la importancia (y en cierto modo, culpa) atribuida a la sugestión, la fuerza de voluntad como responsable de la recuperación... Y aunque las emociones son consideradas factores de importancia en el desencadenamiento de la enfermedad, apenas se encuentran referencias a ellas en el tratamiento, dirigido fundamentalmente a la recuperación “funcional” del enfermo y carente de un seguimiento esencial para la curación.

Por otro lado, la cuestión económica también se revela como un punto fundamental en la historia del “shell shock”: como se puede observar en la Figura 2, el Reino Unido presenta una deuda que la guerra multiplica por ocho, y el debate de las pensiones otorgadas a los heridos de guerra se encuentra a la orden del día.

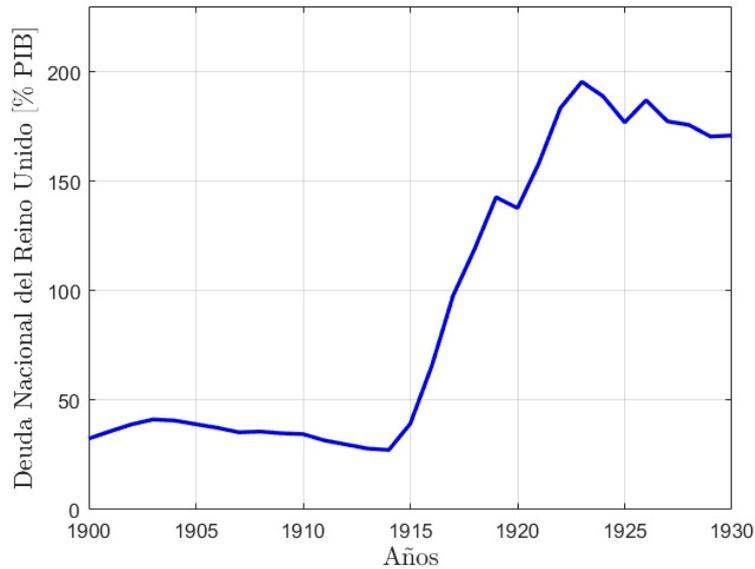


Figura 2. Deuda nacional de Reino Unido (% PIB), 1900-1930. Elaboración propia, datos obtenidos en: International Monetary Fund. Disponible en: <https://www.imf.org/external/datamapper/DEBT1@DEBT/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/GBR>

La posibilidad de acoger al “shell shock” dentro de dicha categoría supondría un cambio del rango de miles de solicitantes, y así es como el Ministerio de Pensiones Británicas publica en 1919 las condiciones para poder recibir dichas ayudas, con el fin de delimitar claramente los requisitos. Pero el esquema que pretendía clasificar todas las condiciones médicas incapacitantes causadas por la guerra únicamente se enfoca en las lesiones físicas,^[28] ignorando de esta forma a los soldados heridos por “shell shock” y tan solo nombrando la “locura” como posible razón para recibir dinero.

Además, desde el gobierno se pone en marcha una medida conocida como “El hacha de Geddes”: un gran recorte en tratamientos médicos que se extendió durante toda la década de 1920, y que llevó a una disminución de costes médicos de 15 millones de libras en 1921, a tan solo 1,6 millones en 1930. Todo esto condujo a que una gran cantidad de pacientes quedaran sin tratamientos disponibles (de los 332.00 pacientes en tratamiento en 1921, solo quedaban 41.000 en 1930).^[29]

6. CONCLUSIONES

1. El “shell shock” propició el inicio del cambio de percepción social de la enfermedad mental, pasando de ser exclusiva de los conocidos “lunáticos”, a afectar a una porción joven y bien valorada de la población.
2. La discusión en torno a la verdadera naturaleza del “shell shock” y su posible clasificación como “herida de guerra”, llevó a la propuesta de otorgamiento de pensiones y tratamientos gratuitos para estos pacientes.
3. El distinto trato dado a la población afectada llevó a su vez a realizar los tratamientos en hospitales ordinarios, en lugar de en los asilos psiquiátricos tradicionales.
4. El predecesor de la terapia ocupacional actual surgió por primera vez como tratamiento para este trastorno.
5. Contrariamente a las recomendaciones anteriores de aislamiento, los estudiosos del “shell shock” proponen de forma innovadora el acompañamiento y socialización de los enfermos como clave para su recuperación.

7. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de estrés postraumático. En: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5º edición. Arlington: Editorial médica panamericana; 2014. p. 271-280.
- [2] Myers CS. Contribution to the study of shell shock (being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Touquet). *The Lancet*. 1915;185(4772):316-330
- [3] Kraepelin E. One hundred years of psychiatry. Nueva York: Philosophical Library; 1962.
- [4] Pimlott J. The First World War. 1º edición. Nueva York: Gallery Books; 1986.
- [5] Marwick A. The Great War in Print and Paint: Henri Barbusse and Fernand Léger. *J Contemp Hist* [Internet]. 2002 (citado mayo de 2023);37(4):509-521. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3180757>
- [6] Myers CS. Shell shock in France, 1914–1918: based on a war diary. Cambridge: University Press; 1940.
- [7] Buzzard EF. Warfare on the brain. *Lancet*. 1916;188(4870):1095-1099.
- [8] Mott FW. The Chadwick Lecture on mental hygiene and shell shock during and after the war. *Br Med J*. 1917;2(2950):39-42
- [9] Myers CS. Contributions to the study of shell shock: being an account of certain disorders of speech, with special reference to their causation and their relation to malingering. *Lancet*. 1916;188(4854):461-467.
- [10] Glueck B. The malingerer: a clinical study. *Crim Sci Monogr*. 1916;(2):156-238.
- [11] Myers CS. Contributions to the study of shell shock (II): Being an account of certain cases treated by hypnosis. *Lancet*. 1916;1:65-69.

- [12] Carmalt-Jones DW. War-neurasthenia, acute and chronic. *Brain*. 1919;42(3):171-213.
- [13] Salmon T. The care and treatment of mental diseases and war neuroses (“shell shock”) in the British Army. Nueva York: War Wore Committee of the National Committee for Mental Hygiene; 1917.
- [14] Hurst AF. The etiology and treatment of war neuroses. *Br Med J*. 1917;2:409-414.
- [15] Mott FW. The microscopic examination of brains of two men dead of commotio cerebri (shell shock) without visible external injury. *Br Med J*. 1917;2(2967):612-615.
- [16] Myers CS. A final contribution to the study of shell shock (being a consideration of unsettled points needing investigation). *Lancet*. 1919;51.
- [17] Eder MD. The psycho-pathology of the war neuroses. *Lancet*. 1916;188:264-268.
- [18] Rivers WHR. Freud’s psychology of the unconsciuous. *Lancet*. 1917;189(4894):912-914.
- [19] Mott FW. Soldiers’ dreams and the doctrine of Freud. En: Mott FW. War neuroses and shell shock. 1º ed. Londres: Oxford Medical Publications; 1919. p. 118.
- [20] Smith GE, Pear TH. Shell shock and its lessons. 2º ed. Londres: University of Manchester; 1917.
- [21] Batten FE. Some functional nervous affections produced by the war. *QJM*. 1916;9(34):73-82
- [22] MacCurdy JT. Typical cases. En: MacCurdy JT. War neuroses. Nueva York: State Hospitals Press; 1918. p. 13.
- [23] Turner WA. Cases of nervous and mental shock (observed in the base hospitals in France). *Br Med J*. 1915;1(2893):833-835.
- [24] Report of the Committee of Enquiry into Causation and Prevention of “Shell-Shock” [Internet]. British National Archives, UK War Office, WO 32/4748; 1922 [citado mayo

de 2023]. War office report on “Shell shock”. Disponible en:

<https://www.nationalarchives.gov.uk/education/resources/medicine-on-the-western-front-part-two/war-office-report-on-shell-shock/>

[25] Armstrong-Jones R. The psychology of fear, the effects of panic fear in wartime. Hospital. 1917;61(1607):493-494.

[26] Smith GE, Pear TH. Letters to the Editor, shell-shock and its lessons. Nature. 1917;100:64-66.

[27] Stevens KE. “Flight of the White Feather: The Expansion of the White Feather Movement Throughout the World War One British Commonwealth” [Tesis]. Georgia:University of Georgia;2016.

[28] Miley F, Read A. “The purgatorial shadows of war: accounting, blame and shell shock pensions, 1914-1923”. Account Hist [Internet]. 2016;22(1):5-28. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1032373216656648?journalCode=acha>

[29] Robinson M. “‘Definitely Wrong’? The Ministry of Pensions’ treatment of mentally ill great war veterans in interwar british and irish society”. War Hist [Internet]. 2021;28(1):71-22. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0968344519827034#table1-0968344519827034>

8. AGRADECIMIENTOS

A mi tutora María Isabel Morente Parra, por darme la oportunidad de realizar este TFG y por brindarme su ayuda, consejo y ánimos a lo largo de la escritura del mismo.

A mis excelentes maestros del pasado, y en especial a Víctor Gómez, el primer profesor que me enseñó que la historia es mucho más que la teoría que hay en un libro de texto.

Y por último a mi querida familia, cuyo apoyo y acompañamiento son siempre dados por hecho, pero no siempre agradecidos. Este final que alcanzamos es triunfo de todos.