L. ROJLIN

LA MEDICINA SOVIETICA EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS

Profesor L. ROJLIN

LA MEDICINA SOVIETICA EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS

EDICIONES EN LENGUAS EXTRANJERAS
Moscú

TRADUCIDO DEL RUSO POR A. KUPER

Л. РОХЛИН

СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА
В БОРЬБЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Capítulo I

BREVE HISTORIA

EL PASADO LEJANO

Las alteraciones patológicas de las facultades mentales son bien conocidas por la gente. Señalemos, aunque sólo sea, los trastornos mentales ocasionados por el abuso de las bebidas alcohólicas, el delirio producido por la fiebre en las enfermedades infecciosas, el retraso mental de algunos niños, la demencia senil, etc.

Las formas de manifestarse los trastornos mentales son muy diversas, pero hay algo fundamental y común, que distingue a todas las personas que padecen tales trastornos: la alteración patológica de su actitud ante el mundo circundante.

Cuando una persona tiene alteradas las facultades perceptivas y sus órganos de los sentidos le transmiten sensaciones engañosas, el mundo exterior es percibido por ella en forma desfigurada. La enfermedad mental puede manifestarse en la pérdida de la facultad de juzgar y razonar acertadamente, en virtud de lo cual el enfermo empieza a interpretar de un modo equivocado la realidad del medio ambiente. En su mente surgen sobre una base patológica ideas y pensamientos falsos, de los cuales es imposible disuadirle. Cree, por ejemplo, que se le persigue, que se le va a envenenar o que tiene en la vida una misión particular y exclusiva. Otro rasgo de la enfermedad mental es la aparición de profundos trastornos afectivos, que se manifiestan en forma de intensa tristeza y melancolía o bien, como una

excitación y una alegría desbordantes, y sin ninguna causa exterior que las justifique. Los trastornos psíquicos pueden manifestarse, por último, en impulsos patológicos incontenibles y otros síntomas demostrativos de que los enfermos han perdido la facultad de controlarse. Los trastornos patológicos de la actitud ante el medio ambiente, propios de los enfermos mentales, no siempre se manifiestan en forma tumultuosa, en una conducta ilógica y en actos destructivos que constituyen un peligro para el propio enfermo y para las personas que le rodean. A menudo los enfermos logran compensar las lagunas de su psique con sus facetas sanas, de modo que su enfermedad, por lo menos temporalmente, no se exterioriza. En otros casos, los trastornos mentales pueden ser tan poco intensos y ostensibles que no constituyen un obstáculo a la convivencia del enfermo con sus semejantes. Sin embargo, la alteración patológica de la actitud ante el medio ambiente, un concepto del mundo exterior en desacuerdo con la realidad y, como consecuencia de ello, una conducta anormal son los rasgos más decisivos y característicos de la enfermedad mental.

Los actos insólitos y extravagantes de los enfermos mentales, frecuentemente peligrosos para las personas que les rodean, la imposibilidad de disuadir al enfermo de sus desvaríos y convencerle de que modifique su conducta contribuyeron a que surgiese una idea completamente equivocada de las enfermedades mentales. Se empezó a ver en ellas algo sobrenatural, inaccesible a nuestro entendimiento. Parecía completamente imposible aplicar a las enfermedades psíquicas un método de estudio rigurosamente científico, como los que se aplican con éxito a otras enfermedades.

Había también otras causas, más importantes, que contribuían a la amplia difusión de estos falsos conceptos. Así, la ideología dominante en la época del feudalismo era la religión, que constituía una traba para el desarrollo de la ciencia y la cultura. Durante muchos siglos, las clases dominantes impidieron que se pusiera fin a la ignorancia del pueblo, oscureciendo su conciencia con diversas concep-

ciones idealistas y religiosas. Todo ello daba lugar inevitablemente a ideas erróneas acerca de las enfermedades mentales.

"En la antigüedad —escribía el destacado psiquiatra ruso S. Kórsakov— había quien, como el gran Hipócrates, consideraba que los trastornos mentales eran enfermedades del cuerpo al igual que las demás enfermedades. Sin embargo, la inmensa mayoría tuvo durante largo tiempo un concepto equivocado de las enfermedades mentales, conceptuándolas como una manifestación de fuerzas místicas y viendo en los enfermos unos santos o más frecuentemente unos v e s á n i c o s y unos c r i m i n a l e s"*.

Tales ideas tuvieron especial difusión en la Edad Media, cuando la mayoría de la gente creía a pie juntillas en la existencia de un alma substantiva e independiente del cuerpo, para la que éste no era más que una envoltura temporal. El extraño comportamiento de los enfermos mentales era interpretado como una consecuencia de las pérfidas maquinaciones del diablo, que se había apoderado de ellos. Estos enfermos eran considerados como "poseídos del demonio", como una manifestación del "poder diabólico sobre el alma humana". Las autoacusaciones de los dementes, sus ideas de persecución, el lenguaje incoherente, los accesos de excitación, los ataques acompañados de movimientos convulsivos tumultuosos y antinaturales, todo ello, así como otras muchas manifestaciones, entonces incomprensibles, de las enfermedades psíquicas, no hacían sino afirmar aún más el convencimiento de que los enfermos mentales eran unos endemoniados.

En aquella época tenebrosa, los enfermos mentales sucumbían a miles encerrados en mazmorras, sometidos a terribles e insoportables torturas o quemados en hogueras como brujas y hechiceros.

Refiriéndose a los procesos incoados en la Edad Media a las brujas, el conocido psiquiatra ruso Y. Kannabij, que

---

* S. Kórsakov, *Curso de Psiquiatría*, 3ª ed., pág. 4, Moscú, 1913.

dedicó gran atención a la historia de la Psiquiatría, describe gráficamente aquel período en los siguientes términos:

"La confesión "sincera" de los acusados, obtenida casi siempre, ya que nadie podía resistir las refinadas torturas que se aplicaban en las mazmorras de la Santa Inquisición, servía de prueba indudable de culpabilidad. Durante la investigación se formulaban invariablemente las mismas preguntas. Las noticias de las numerosas confesiones y arrepentimientos corrían de boca en boca. En virtud de su constante repetición, las cosas más inverosímiles terminaban por parecer hechos verídicos; el estado de tensión en que vivían todos, el miedo general, la insistencia en las acusaciones y la constancia de las confesiones creaban por su acción conjunta un ambiente de elevada sugestión colectiva, propiciando la amplia difusión de las llamadas ideas demonológicas"*.

En la Edad Moderna, la interpretación medieval de las enfermedades mentales es sustituída por un concepto que, si bien ya no es religioso-místico, sigue siendo idealista y, por lo tanto, erróneo. Estas enfermedades empiezan a ser consideradas como una manifestación de las bajas pasiones del alma, como una expresión de la mala fe. Tal punto de vista se reflejó con particular nitidez en los trabajos de algunos psiquiatras alemanes de la primera mitad del siglo XIX. En aquella época dominaba en Alemania el idealismo. Al irse liberando de las supervivencias feudales, el burgués alemán se creyó un ser de fuerza ilimitada, cuya voluntad no dependía de nada.

En su concepto, todo ser humano puede elegir libremente entre el bien y el mal. Estas ideas equivocadas dieron lugar a que en aquel tiempo se considerase a los enfermos mentales como a unos seres viciosos que habían emprendido la senda del mal. Su conducta era interpretada como una manifestación de amoralidad. Semejante explicación de la naturaleza de las enfermedades psíquicas

* Y. Kannabij, *Historia de la Psiquiatría*, págs. 74-75, Moscú, 1925.

hacía suponer que era inútil tratar a los dementes, siendo preciso castigarles como portadores del vicio y del mal. Por esta razón se empezó a recurrir a procedimientos de coerción violenta. En lugar de curar a los enfermos, se les reprimía y castigaba. Entre los "remedios" aplicados a estos enfermos figuraban las cadenas, los grilletes y las camisas o chalecos de fuerza. Se utilizaban sillas y camas de construcción especial, en las que el enfermo no podía efectuar ningún movimiento. Para impedir que los dementes pudiesen gritar, escupir o morder se les aplicaban mordazas especiales. Se procuraba sumir a los enfermos en un estado de agotamiento, para lo cual se recurría a la terapéutica "giratoria", que consistía en hacer dar vueltas a la cama con el enfermo hasta producirle graves trastornos que constituían una amenaza para su vida. El mismo fin perseguía la terapéutica "nauseativa", que provocaba en el loco náuseas y vómitos torturantes, con los que su organismo se debilitaba. Los enfermos eran "tratados" con duchas heladas, y el chorro de agua era tan fuerte que a menudo ocasionaba lesiones en la piel del cráneo. A todo esto venía a añadirse la terapéutica "por el dolor", que consistía en la aplicación de emplastos vesicantes y cantáridas, así como diversos procedimientos para atemorizar a los enfermos.

Tal era el horrible cuadro de las torturas que se aplicaban a unos enfermos indefensos. Pero ya en la época del capitalismo se señalan períodos en que los mejores representantes de la Psiquiatría emitían conceptos acertados sobre las causas y la naturaleza de las enfermedades mentales, luchando activamente por un trato humano a estos enfermos. Así los vemos inmediatamente después de las revoluciones burguesas de 1789-1793 en Francia y de 1848 en Alemania, cuando la burguesía aparece por primera vez en el palenque histórico como una clase en ascenso.

A fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, las ideas científicas de los psiquiatras franceses se vieron fuertemente influenciadas por las concepciones de sus notables compatriotas, los filósofos materialistas, que desempeñaron

un gran papel en la preparación ideológica de la revolución y lucharon intrépidamente contra el idealismo y la religión. Figuraban entre ellos varios médicos, como J. La Mettrie, autor de la célebre obra *El hombre máquina.* La influencia de los filósofos materialistas y de toda la situación revolucionaria de la época se dejó sentir también en el médico francés Philippe Pinel, a quien se deben valiosos trabajos sobre Psiquiatría. Mencionaremos su *Tratado médico-filosófico de Psiquiatría,* traducido al ruso en 1809. Con su nombre aparece ligada una audaz reforma para aquellos tiempos. Pinel liberó a los enfermos mentales de las cadenas y, según la gráfica frase del psiquiatra ruso N. Bazhénov, "elevó al loco a la categoría de enfermo".

Muy notable fue la aportación hecha al desarrollo de la Psiquiatría por J. Esquirol, discípulo de Pinel y famoso por sus estudios sobre las alucinaciones y la parálisis progresiva y otros trabajos científicos, así como por sus valientes reformas introducidas en las instituciones psiquiátricas francesas de su tiempo.

Sin embargo, ni Pinel ni Esquirol llevaron hasta el final su obra reformadora, no logrando acabar con las camisas de fuerza y otras medidas de coerción mecánica. Un poco más tarde, en las postrimerías de la primera mitad del siglo XIX, el psiquiatra inglés J. Conolly se pronunció resueltamente por la supresión de tales medidas. En su calidad de director del hospital psiquiátrico provincial de Henwell, puso enérgicamente en práctica el régimen "sin coerción" por él propuesto y publicó el libro *The Treatement of the Insane without Mechanical Restraints (El tratamiendo del enfermo mental sin medidas de coerción mecánica),* obra que ejerció una gran influencia sobre los psiquiatras del mundo entero y sentó las bases de un movimiento progresista en favor de la implantación de un régimen "sin coerción" en las clínicas psiquiátricas.

El mismo carácter progresista tuvo también la labor del célebre psiquiatra inglés H. Maudsley, quien desarrolló las ideas evolucionistas de Darwin aplicadas al desenvolvi-



Los locos son liberados de sus cadenas (Cuadro del pintor francés Fleury). En primer plano, un herrero rompe las cadenas que sujetan a una enferma. A su lado aparece el psiquiatra Pinel.

miento de la vida psíquica en sus manifestaciones normales y patológicas. Su célebre obra *La responsabilidad en las enfermedades mentales* fue traducida al ruso en 1875 y tuvo gran éxito entre los psiquiatras de nuestro país. Maudsley parte en este libro de la acertada tesis que la enfermedad mental "es un trastorno de centros nerviosos cerebrales —los órganos especiales del alma— que altera todos o algunos de los pensamientos, sentimientos y actos, y además, en un grado y de una manera que el enfermo pierde la capacidad de adoptar una actitud correcta ante la vida"*.

Después de la revolución burguesa de 1848, en Alemania desplegó una amplia labor científica el psiquiatra progresista Wilhelm Griesinger, a quien con justo derecho se considera el fundador de la Psiquiatría científica alemana. Sus

* H. Maudsley, *La responsabilidad en las enfermedades mentales,* San Petersburgo, 1875, pág. 420.

concepciones se formaron en la época en que el filósofo materialista Ludwig Feuerbach se alzó contra la filosofía idealista de Hegel, dominante por aquel entonces en Alemania. Griesinger afirmaba que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Adelantándose a su tiempo, consideraba la actividad psíquica como una actividad refleja, estimando que "la vida psíquica del hombre... siempre comienza en los órganos de los sentidos y se manifiesta en movimientos..."*. También combatió resueltamente la aplicación de medidas de coerción mecánica a los enfermos mentales.

Finalmente, no podemos pasar por alto la aportación hecha al desarrollo de las bases materialistas de la ciencia psiquiátrica por Benjamin Rush, fundador de la Psiquiatría norteamericana, colaborador inmediato de Washington y de Jefferson y amigo de Franklin. Rush, que había sido cirujano-jefe del ejército norteamericano que luchaba por liberar al pueblo del yugo colonial de Inglaterra, fue uno de los firmantes de la Declaración de Independencia. Al terminar la guerra se dedicó a la Psiquiatría. En su obra *Estudios y observaciones médicas de los enfermos mentales*, publicada en 1812, sostiene la dependencia de la vida psíquica de la percepción del mundo exterior y de la actividad cerebral. Basándose en que las psicosis se "localizan" en el cerebro, propuso que las enfermedades mentales se tratasen actuando sobre este órgano mediante diversos medicamentos e influjos psíquicos.

Hemos hecho esta reseña de los psiquiatras progresistas de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX para mostrar el nexo existente entre la Psiquiatría rusa y la Psiquiatría avanzada de otros países. Pasemos ahora a exponer brevemente la historia de la Psiquiatría rusa.

El trato dado a los enfermos mentales en Rusia nunca fue tan cruel como en muchos países de Europa Occidental.

---

* W. Griesinger, *Las enfermedades mentales*, trad. del alemán, 3ª ed., San Petersburgo, 1881, pág. 26.

Considerábase generalmente la alienación como un "castigo de Dios" y no como una "posesión del demonio", por lo que los dementes no eran tratados como portadores de una fuerza diabólica. Bien es verdad que en algunas ocasiones se acusó en Rusia a estos enfermos de "tener el demonio metido dentro" y de dedicarse a la brujería, por lo que eran condenados a muerte, pero eso sólo ocurrió en muy contados casos. Esta actitud más humana hacia los enfermos mentales se debió a que en Rusia no hubo una lucha tan enconada entre distintas religiones ni existió la Inquisición, que aprovechaba las declaraciones y la desordenada conducta de los alienados para demostrar la herejía, asegurar su propia dominación y triunfar sobre los heterodoxos.

En el período de florecimiento del poderoso Estado de Kíev (siglos IX al XI), con su elevada cultura autóctona, ya se organizó en los monasterios de la capital el cuidado de los enfermos mentales, a los que se daba un trato humano. Así, en los anales de Néstor se halla la descripción de la enfermedad del monje Isaac, "que se negaba a comer y beber; lo sacaron de la cueva en que llevaba dos años sin pronunciar una sola palabra". El monje fue llevado a la celda del abad Teodosio Pecherski, quien se encargó personalmente de su cuidado. La actitud humanitaria ante los enfermos mentales se observa también en la época de la Rusia de Moscú.

Pese a la pervivencia de las ideas religioso-místicas acerca de los dementes, en Rusia apareció relativamente temprano otro punto de vista sobre este problema, empezándose a considerar a los alienados como enfermos. En las postrimerías del reinado de Pedro I fue promulgado un decreto prohibiendo la internación de los enfermos mentales en los monasterios y proponiendo que se les alojara en hospitales especiales. En un informe acerca de la enfermedad de los príncipes Kozlovski, el zar Pedro III escribió la siguiente disposición: "Los locos no serán llevados a los monasterios, sino que se construirán casas apropiadas para ellos".

Sin embargo, los primeros hospitales psiquiátricos no se crearon en Rusia hasta más tarde, en 1776, en las ciudades de Nóvgorod, Riga y Moscú. En 1779 se inauguró una sección de Psiquiatría en el Hospital Obújov de Petersburgo.

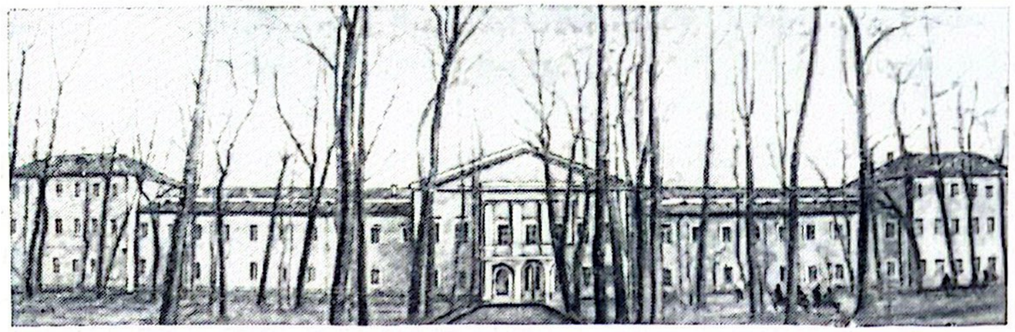
LOS ORIGENES DE LA PSIQUIATRIA RUSA

La Psiquiatría rusa reveló desde sus primeros pasos una marcada tendencia materialista. La razón de esto hay que buscarla en un hecho ya señalado por V. I. Lenin: "la sólida tradición materialista" de las principales tendencias del pensamiento social en la Rusia de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX. Esta tradición aparece ligada a las particularidades del desarrollo de la sociedad rusa. El movimiento revolucionario enfilado contra el zarismo y el régimen de servidumbre constituyó un poderoso manantial en el que bebía el pensamiento filosófico de aquella época.

Comenzando por el genial sabio M. Lomonósov y el célebre pensador revolucionario A. Radíschev, los mejores representantes de la ciencia rusa se situaron en las posiciones del materialismo y combatieron las concepciones religiosas e idealistas que los reaccionarios círculos gobernantes de la Rusia zarista trataban de imponer.

El problema de la relación entre lo material y lo espiritual era resuelto también por los clásicos de la filosofía y de las ciencias naturales rusas de plena conformidad con la concepción materialista del mundo. Ya Lomonósov había recalcado que las sensaciones, los sentimientos y las ideas son el resultado de la acción del mundo físico sobre los órganos de los sentidos y el cerebro.

En las exposiciones de Radíschev también aparece claramente manifestado el punto de vista materialista sobre el origen de lo espiritual. Según él, hasta la forma superior de lo psíquico, el pensamiento, no puede existir fuera de la materia. El pensamiento, decía, "es inherente al cerebro y en él tiene su localización."



El antiguo Hospital *Preobrazhenski* de Moscú, uno de los más viejos establecimientos psiquiátricos.

En los años 20 y 30 del siglo pasado y bajo la influencia de tales concepciones, empezó a forjarse en Rusia la Psiquiatría científica, representada por una pléyade de médicos ilustres, entre los que cabe destacar en primer término a Z. Kibalchichi, T. Ilinski, I. Diadkovski, V. Sábler, A. Guértsog y P. Malinovski.

Sobre todo merece ser destacada la fecunda labor científica y práctica de V. Sábler, quien durante 42 años consecutivos ocupó el puesto de médico-jefe del Hospital Preobrazhenski de Moscú, uno de los establecimientos psiquiátricos más antiguos del país. En tiempos de Sábler se operaron en dicho hospital cambios sorprendentes. Los enfermos se vieron libres de las cadenas; los médicos empezaron a llevar historias clínicas, que en aquel entonces se llamaban "hojas de dolor"; se organizaron talleres para los enfermos.

Excelente psiquiatra fue P. Malinovski, autor de uno de los primeros manuales de Psiquiatría, publicado en 1847 con el título de *La locura, descrita tal como se presenta al médico práctico*. El mismo título del libro señala ya que fue escrito en base a observaciones realizadas sobre los alienados. Malinovski visitaba a los enfermos de día y de noche y pasaba con ellos largas horas. Enemigo de las "teorías enfáticas acerca de las enfermedades del alma", dio una definición concisa y materialista de las dolencias psíquicas como enfermedades en las que las funciones del cerebro

aparecen modificadas (directa o indirectamente) de tal forma, que, "al alterarse la salud corporal, las facultades se manifiestan torcidamente durante largo tiempo"*.

Al hablar del papel del sistema nervioso en la actividad vital del organismo y en sus relaciones con el medio ambiente, Malinovski se adelantó considerablemente a su época.

"El sistema nervioso —escribía— es el más importante, el más delicado y el más activo del organismo humano. Además, gobierna los movimientos de todo el cuerpo, la digestión, la respiración, la circulación de la sangre, el funcionamiento de las vísceras y, por añadidura, debe percibir las sensaciones que proceden de dentro y de fuera, debe recibir todas las impresiones, que son infinitas. El hombre se relaciona con el mundo exterior a través del sistema nervioso; gracias a él transmitimos nuestro pensamiento, todo lo que emana de nuestro "yo". ¡Cuán vastos deben ser sus vínculos y qué amplia su actividad!"**

En la década del 60 del siglo pasado adquirió particular impulso el desarrollo de la Psiquiatría rusa. Su desenvolvimiento durante este período aparece ligado a la gran labor organizadora de I. Balinski, a quien se suele llamar el padre de la Psiquiatría rusa.

Iván Mijáilovich Balinski nació el 23 de mayo de 1827 en Vilna. Era nieto del célebre historiador polaco Andréi Sendecki. Terminó sus estudios secundarios en Varsovia y en 1846 se licenció en la Academia Médico-Quirúrgica de Petersburgo.

En 1857 organizó en la Academia la primera cátedra rusa de Psiquiatría y en 1867 gestionó la construcción en Petersburgo de una clínica psiquiátrica, edificada según su proyecto y cuya dirección le fue encomendada.

Sus brillantes lecciones de Psiquatría eran escuchadas siempre con gran interés por los estudiantes, que llenaban

* P. Malinovski, *La locura, descrita tal como se presenta al médico práctico*, San Petersburgo, 1847, pág. 6.

** Idem, pág. 236.

su aula. Balinski logró reunir en torno a su cátedra un grupo entusiasta de trabajadores científicos que desplegaron una gran labor. Personalmente se dedicó poco a las actividades científicas, pero realizó una enorme e infatigable labor de organización en el campo de la Psiquiatría, actuando de asesor en la construcción de nuevos hospitales para alienados y como médico legista en los más intrincados casos de peritaje psiquiátrico judicial.



I. Balinski

Los años del 60 coincidieron en Rusia con un período de ascenso revolucionario. La intelectualidad avanzada de aquellos años tenía como guías espirituales a N. Chernishevski, N. Dobroliúbov y A. Písarev, filósofos materialistas por su ideología y demócratas revolucionarios en su actividad social. A la vez que denunciaban intrépidamente a la autocracia zarista, llamaban al pueblo a luchar contra ella y exhortaban a la intelectualidad revolucionaria a servir al pueblo y cooperar a su ilustración. Consideraban que las Ciencias Naturales contribuyen a crear una concepción auténticamente materialista, por lo que les dedicaban gran atención. En sus obras invitaban a la juventud a dedicarse a las Ciencias Naturales, poderoso puntal del materialismo en su lucha contra el oscurantismo y el idealismo.

En diversas obras literarias de aquellos años, el revolucionario demócrata aparece como un fisiólogo materialista. Tal es, por ejemplo, el caso de Bazárov, figura central de la novela de Turguénev *Padres e hijos*.

En su lucha por una concepción materialista del mundo, los demócratas revolucionarios de la década del 60 desa-

rrollaban las ideas formuladas veinte años atrás por los exponentes avanzados del pensamiento ruso. Ya en los años 40 del siglo pasado V. Belinski había dicho: "lo espiritual... no es más que una actividad de lo físico"*. La misma idea fue expresada por A. Herzen en sus *Cartas sobre la naturaleza*, al decir: "El cerebro humano es el instrumento que permite tener conciencia de la naturaleza"**.

Basándose en la herencia ideológica de Belinski y Herzen, así como en los últimos datos de la ciencia de aquellos tiempos, Chernishevski siguió desarrollando la idea de la materialidad del mundo. En 1860, en su obra *El principio antropológico en Filosofía*, sostenía que la actividad intelectual es una propiedad inherente al cerebro, el cual constituye la forma más compleja de la materia orgánica. Según este gran filósofo ruso, la evolución de la psique está ligada al desarrollo de su base material, el cerebro.

Bajo la influencia directa de la filosofía materialista rusa de aquella época se formaron también las concepciones de I. Séchenov, el fundador de la Fisiología de nuestro país. Iván Mijáilovich Séchenov nació el 13 de agosto de 1829 en el pueblecillo de Tioply Stan, de la antigua provincia de Simbirsk. Hijo de un oficial retirado, se educó en el campo hasta la edad de 14 años. Después de la muerte de su padre ingresó en la Escuela Central de Ingenieros militares de Petersburgo. Pero la carrera militar no atraía a Séchenov, y después de terminar sus estudios pidió y obtuvo la excedencia, ingresando en 1850 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Moscú.

Ya en los años de facultad se definió la principal afición científica de Séchenov, el deseo de consagrar toda su vida al estudio de una rama tan importante de las Ciencias Naturales y de la Medicina como es la Fisiología. Por aquella misma época traba estrecha amistad con el que más tarde

---

* V. Belinski, *Obras filosóficas escogidas*, t. II, pág. 528, Moscú, 1948.

** A. Herzen, *Obras filosóficas escogidas*, t. I, pág. 272, Moscú, 1946.



I. Séchenov

habría de ser un famoso internista, S. Botkin, quien tanto hizo por la penetración de las ideas fisiológicas en la clínica. Al terminar sus estudios en la Universidad de Moscú, Séchenov pasa más de tres años becado en el extranjero. Trabaja en los laboratorios de Du Bois-Reymond, Ludwig y Helmholtz. En París, con el célebre fisiólogo Claude Bernard, realiza una labor de investigación científica que posteriormente habría de proporcionarle renombre universal.

En 1860 presenta su tesis doctoral titulada *Materiales para una futura fisiología de la embriaguez alcohólica.* Regresa a Rusia ese mismo año y es elegido catedrático de Fisiología en la Academia Médico-Quirúrgica de Petersburgo. Durante este período de su vida conoce a N. Chernishevski, con el que más tarde le une una estrecha amistad. Las ideas democrático-revolucionarias y el materialismo filosófico de Chernishevski ejercieron sobre Séchenov enorme influencia.

El célebre trabajo de Séchenov *Los reflejos del cerebro* tuvo extraordinaria importancia para el robustecimiento de las posiciones del materialismo en su lucha contra el idealismo. Según Pávlov, este libro le produjo una gran impresión y determinó la orientación de toda su actividad científica. "Para honra del pensamiento ruso —escribía Pávlov refiriéndose a esta obra— cabe decir que Séchenov fue el primero en iniciar el estudio científico de los fenómenos psíquicos. . . lo que a mi juicio constituye la genialidad del talento de Séchenov"*.

El propio Séchenov explica en los siguientes términos la idea fundamental de su obra: ". . .El cerebro es el órgano del alma, es decir, un mecanismo que, puesto en movimiento por cualquier causa posible, da como resultado esa serie de fenómenos externos que caracterizan a la actividad psíquica"**

---

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. VI, pág. 258, Moscú-Leningrado, 1951.

** I. Séchenov, *Obras filosóficas y psicológicas escogidas*, pág. 71, Moscú, 1947.

Séchenov consideraba que los actos psíquicos son por su origen actos reflejos, es decir, respuestas regulares por las que el organismo reacciona a los estímulos externos y que se efectúan por intermedio del sistema nervioso.

LAS IDEAS DE LOS PSIQUIATRAS RUSOS DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

La filosofía materialista de los demócratas revolucionarios rusos de los 60 del siglo pasado y el pensamiento científico-natural y médico penetrado de materialismo de la Rusia de aquella época ejercieron gran influencia sobre la formación de las ideas científicas de los psiquiatras rusos de la segunda mitad del siglo XIX, entre los que se destacan S. Kórsakov, I. Merzheievski, V. Béjterev y V. Kandinski, quienes aprovecharon también las valiosas realizaciones de los psiquiatras avanzados de otros países. Desde los primeros pasos de su actuación científica, los fundadores de la Psiquiatría rusa brindaron respuestas precisas y consecuentemente materialistas al problema de la naturaleza de las enfermedades mentales.

Comenzaremos la exposición de las concepciones de los psiquiatras rusos de este período esclareciendo el papel y la significación de Kórsakov, sabio de valía mundialmente reconocida, en el desarrollo de la ciencia psiquiátrica.

Serguéi Serguéievich Kórsakov nació el 3 de febrero de 1854 en Gus-Jrustalni, pequeño pueblo de la antigua provincia de Vladímir. Su padre era administrador de una fábrica de vidrio, propiedad de un gran industrial. Los Kórsakov constituían una familia estrechamente unida, cordial, laboriosa y de elevados principios morales. En 1870, Kórsakov terminó con medalla de oro sus estudios de liceo e ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Moscú. Durante sus años estudiantiles conoció los trabajos de los más destacados representantes de la filosofía materialista y de las Ciencias Naturales avanzadas rusas de mediados del siglo XIX, lo que ejerció gran influencia sobre su

formación ideológica. También influyó sobre Kórsakov su contacto personal con los hombres avanzados de la época. En la casa del tío de su esposa, el inspector de la Universidad de Moscú P. Bársov, Kórsakov se entrevistaba frecuentemente con los representantes de la vieja generación, contemporáneos y amigos de Gógol, como Belinski, Stankévich y Granovski. En aquellas animadas conversaciones, desarrolladas en un ambiente íntimo, hallaban cabal reflejo el ascendiente ideológico del pensamiento social avanzado de Rusia, el humanismo, el amor al pueblo, todo lo cual determinó la ulterior configuración espiritual de la personalidad de Kórsakov, su temple moral y su orientación social y política. Ya en sus años de facultad e influído por las conferencias de su maestro, el psiquiatra A. Kozhévnikov, así como por los trabajos del célebre neuropatólogo francés Charcot y del psiquiatra inglés Maudsley, Kórsakov se interesó vivamente por el estudio de la Neurología y la Psiquiatría. Mas hubo otra circunstancia definitiva que determinó su elección de la Psiquiatría como especialidad. Aún siendo estudiante, tuvo que atender a un enfermo de parálisis progresiva, que murió en sus brazos. En aquellos tiempos aún no se conocía el tratamiento de esta enfermedad. El inexorable avance del proceso destructivo del cerebro enfermo, la rápida transformación del paciente en una verdadera ruina y el inevitable desenlace fatal ante la impotencia de los médicos para tratar esa horrible enfermedad produjeron una impresión imborrable en el joven Kórsakov, induciéndole a consagrar toda su vida a la Psiquiatría. Al licenciarse en la Universidad de Moscú, Kórsakov empieza a trabajar en el Hospital Preobrazhenski, uno de los centros psiquiátricos más antiguos del país, donde a la par con las gloriosas tradiciones progresistas recibe su iniciación en la especialidad y se forma como psiquiatra. En 1887 presenta una brillante tesis doctoral *Sobre la parálisis alcohólica*, considerada como un trabajo clásico. Después de la aprobación de la tesis, el profesor A. Kozhévnikov, que a la sazón dirigía la cátedra unificada de enfermedades ner-

viosas y mentales, logra que la Universidad conceda a Kórsakov el derecho de explicar la asignatura de Psiquiatría y le transfiere la dirección de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Moscú, recientemente construída. Kórsakov estuvo al frente de esta clínica hasta su muerte prematura, habiendo educado a numerosos discípulos y creado la llamada escuela moscovita de Psiquiatría. Una grave dolencia cardíaca puso fin a su vida pletórica de inquietudes y de febril actividad. Murió el 14 de mayo de 1900, a los 46 años de edad, en pleno florecimiento de su genio creador.

Kórsakov señalaba que el círculo de los trastornos psíquicos en los que pueden descubrirse alteraciones cerebrales se amplía cada vez más y que las influencias nocivas para el cerebro pueden provocar enfermedades mentales, de donde se infiere que las enfermedades psíquicas son enfermedades del cerebro.

Directamente influenciado por las ideas de Séchenov, Kórsakov consideraba el acto psíquico como un reflejo sumamente complejo, estimando que los trastornos psíquicos tienen por base una alteración de la actividad refleja normal del cerebro. Según Kórsakov esto puede obedecer a una dolencia del cerebro y también a enfermedades de otros órganos, con los que el cerebro se encuentra en la más estrecha ligazón e interacción.

Los distintos órganos del cuerpo influyen sobre la actividad cerebral por las vías más diversas. El torrente sanguíneo, por ejemplo, puede llevar al cerebro substancias nocivas; los trastornos de los órganos de la respiración pueden provocar un déficit de oxígeno en el cerebro; los órganos internos también pueden actuar sobre el cerebro trasmitiendo excitaciones a través de nervios sensitivos especiales que unen a esos órganos con el cerebro.

Séchenov ya se había referido a las sensaciones procedentes de los órganos internos, las cuales, a diferencia de las procedentes del medio ambiente y que son proporcionadas por los órganos de los sentidos, tienen, según el gran

fisiólogo, un carácter indefinido, "oscuro", y repercuten sobre el estado subjetivo. Kórsakov explicaba a tenor con estas opiniones ciertos trastornos psíquicos, como por ejemplo la enfermedad conocida en aquellos tiempos con el nombre de hipocondría. Al experimentar diversas sensaciones desagradables procedentes de los órganos internos, los hipocondríacos las valoran erróneamente, tomándolas por síntomas de una grave enfermedad. Llenos de angustia y temor, dedicaban la máxima atención a las más insignificantes modificaciones en el funcionamiento de su organismo. Completamente absorbidos por todo lo que se relacione con su salud, prestan a ésta una atención desmesurada. Sin embargo, la más concienzuda exploración médica no logra descubrir en ellos nada que represente un apartamiento sensible del estado normal de sus órganos internos. ¿A qué obedecen estas sensaciones desagradables de los hipocondríacos, para las que aparentemente no hay ninguna razón justificativa?

"Es sabido —escribía Kórsakov— que el hombre en estado normal recibe sensaciones procedentes de sus órganos internos (estómago, intestinos, corazón, etc.), pero éstas suelen ser tan poco intensas que no se las puede diferenciar por órganos, sino que se funden, siendo percibidas como un conjunto de sensaciones vitales. Este conjunto de sensaciones vitales constituye la base de lo que denominamos estado subjetivo"*.

La hipocondría, a juicio de Kórsakov, está ligada a una intensificación patológica de esas mismas sensaciones, a una mayor sensibilidad del cerebro hacia ellas.

Posteriormente, estas suposiciones de Séchenov y Kórsakov se vieron plenamente confirmadas. Hoy día, y gracias a los trabajos de I. Pávlov, K. Bykov y otros investigadores, se ha conseguido demostrar con toda exactitud el nexo nervioso existente entre los órganos internos y el ce-

---

* S. Kórsakov, *Curso de Psiquiatría*, 2ª edición, pág. 1024, Moscú, 1905.



S. Kórsakov

rebro, la "información" que éste recibe acerca del estado de aquéllos.

Hablando de las realizaciones de la Psiquiatría rusa cabe señalar que nuestros psiquiatras emprendieron la senda de la descripción de distintas enfermedades mentales, diferenciándolas entre los más diversos trastornos psíquicos que se observaban en la clínica.

Kórsakov fue uno de los primeros en adoptar ese acertado enfoque en el estudio de las alteraciones psíquicas. Según él no existe una psicosis, sino diferentes enfermedades psíquicas que se distinguen entre sí por las causas y los mecanismos de su aparición, sus manifestaciones externas y su curso, por lo que deben ser abordadas y tratadas de diversa manera.

Un poco más tarde también se manifestó en favor de este principio el conocido psiquiatra alemán E. Kraepelin, a quien se debe el gran mérito de haber estudiado en detalle distintas enfermedades mentales y haber creado su clasificación. Kórsakov hablaba con elogio de los trabajos realizados en la clínica de Kraepelin, pero se oponía resueltamente a ciertas concepciones erróneas de este autor. El psiquiatra alemán sostenía que cada enfermedad mental tiene predeterminado inexorablemente su desenlace. Kórsakov, en cambio, afirmaba que el desenlace de la enfermedad depende en cada caso de las condiciones en que se encuentra el enfermo y del modo como es tratado.

Poniendo en práctica el principio de dividir los trastornos psíquicos en enfermedades distintas, Kórsakov diferenció y describió una psicosis especial relacionada con el abuso prolongado de las bebidas alcohólicas.

En esta enfermedad se observa una inflamación de numerosos nervios periféricos, acompañada de modificaciones patológicas del cerebro, con trastornos muy típicos de la memoria. Los enfermos no recuerdan ni siquiera lo que han hecho momentos atrás: qué visita han recibido, qué han comido o qué han leído. A veces, cuando se les

pregunta algo se olvidan de la pregunta antes de haber tenido tiempo de contestar a ella.

En la memoria de esos enfermos aparecen también lagunas que corresponden a largos períodos de su vida, por lo que frecuentemente pierden la facultad de orientarse en el tiempo, el lugar y el ambiente e interpretan torcidamente distintos acontecimientos, situándolos en aquellos períodos de los que guardan recuerdo. Los pacientes llenan las lagunas de su memoria con las más diversas invenciones y con falsos recuerdos. Después de haber permanecido largos meses en la clínica, sin salir de ella, afirman, por ejemplo, haber ido al teatro días atrás, haber estado en el trabajo, desempeñando distintos cometidos, etc.

La psicosis descrita por Kórsakov recibió su reconocimiento mundial en el XII Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Moscú en 1897, donde a propuesta del profesor berlinés Jolly y en medio de la aprobación unánime de los presentes se decidió dar a esta enfermedad el nombre de psicosis de Kórsakov.

El trabajo con la descripción de la nueva psicosis fue presentado por Kórsakov en París, en 1889. Refiriéndose a este informe, el célebre sabio italiano profesor Ritti, presidente del XIII Congreso Internacional de Medicina, celebrado en 1900, dijo en su discurso dedicado a la memoria de Kórsakov, quien debía haber presentado un informe a este congreso, pero falleció poco antes de su inauguración:

"...Fue en el Congreso Internacional de Medicina Mental de 1889. Aún le veo acercarse a mí con un aire modesto, casi tímido; una inteligencia viva y aguda, una bondad y una dulzura inalterable se reflejaban en su rostro tan característico; era una naturaleza de sabio y de apóstol que atraía y a la vez encantaba.

Traía un manuscrito y pidió que se le autorizase presentarlo fuera de programa, lo que le fue concedido. Todos ustedes conocen ese trabajo capital que hace época en nuestra ciencia: se titula simplemente *Sobre una forma de enfermedad mental combinada con neuritis múltiple dege-*

nerativa. Su lectura despertó los más cálidos aplausos para el autor y para su obra; el distinguido sabio que presidía la sesión, el profesor Benedikt de Viena, con su vasto saber y su incontestable competencia, apreció aquella memoria tan original en los siguientes términos: "Agradecemos al Dr. Kórsakov su interesante comunicación. Ha hecho una importante contribución a la idea que considera la patología mental como un conjunto de lesiones cerebrales y medulares"*.

Una figura de grandes méritos en el desarrollo de la Psiquiatría rusa es la de I. Merzheievski.

Iván Pávlovich Merzheievski nació en 1838 en la antigua provincia de Lublin. En 1861, al terminar sus estudios en la Academia Médico-Quirúrgica, siguió realizando un trabajo de investigación científica en la clínica psiquiátrica de la Academia, dirigida en aquel entonces por Balinski.

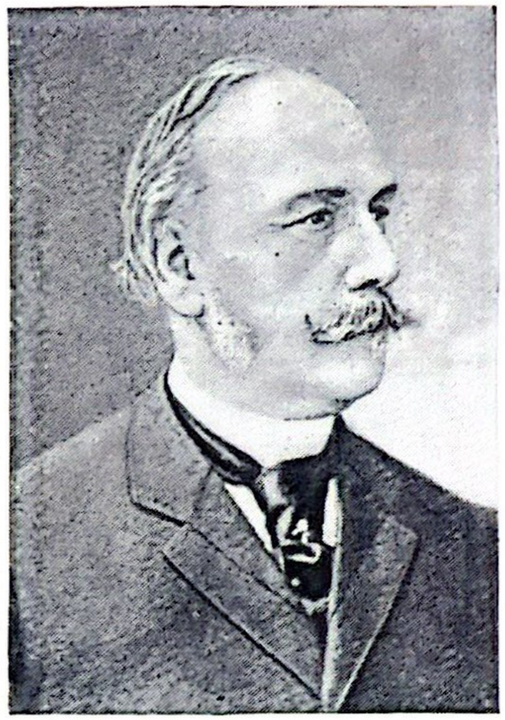
En 1865 presentó su tesis doctoral, y en 1876, al jubilarse Balinski, ocupó su puesto al frente de la cátedra de Psiquiatría y de la clínica psiquiátrica de la Academia.

Ya en su tesis doctoral, titulada *Estudio clínico de los vesánicos*, se puso de manifiesto su concepción de psiquiatra, su interpretación materialista de los trastornos psíquicos. Merzheievski destacaba la importancia de estudiar en las enfermedades mentales no sólo las alteraciones del cerebro, sino las de todo el organismo. En su tesis expuso las modificaciones experimentadas por el peso, la temperatura y el metabolismo de los alienados en estado de fuerte excitación, señalando que cada acceso de este tipo va acompañado de una disminución del peso del enfermo, lo cual obedece "al intenso consumo de los tejidos".

La actividad científica de Merzheievski fue muy vasta y variada, pero en su conjunto se distingue por el amplio enfoque biológico en el estudio de los diversos problemas de la Psiquiatría. No cabe duda de que sobre él ejercieron

* XIII Congrés International de Médicine, section de psychiatrie. Comptes rendues, Paris, 1900.

gran influencia las ideas progresistas de Charles Darwin y de su contemporáneo, el psiquiatra inglés Maudsley, acerca de la evolución de los seres vivos. Obedeciendo a esta orientación científica, Merzheievski y sus discípulos estudiaron a fondo las distintas manifestaciones del atraso mental congénito en los niños y las modificaciones patológicas de la psique de los ancianos: la demencia y la psicosis seniles.



I. Merzheievski

En una comunicación presentada en 1872 en la Sociedad Antropológica de Berlín —y algo más tarde en la de París—, Merzheievski ofreció por primera vez una descripción cabal y completa de las alteraciones anatómicas del cerebro infantil en casos de intensa debilidad mental congénita, lindante con la idiocia de los microcéfalos. Durante sus comunicaciones presentó un cerebro de 341 gramos (el peso normal es de 1.300 a 1.400 gramos), perteneciente al microcéfalo-idiota Matei, por él estudiado, entablándose una aguda polémica entre Merzheievski y el sabio alemán K. Vogt, quien explicaba la aparición de esta forma de idiocia como un atavismo, como una regresión a la etapa símica en la historia del origen del hombre. Merzheievski demostró con sus investigaciones que los idiotas microcéfalos no se parecen en nada a los antepasados de los monos antropoides, de los que desciende el hombre, sino que su idiocia es consecuencia de una lesión del cerebro en el claustro materno y de la detención de su desarrollo.

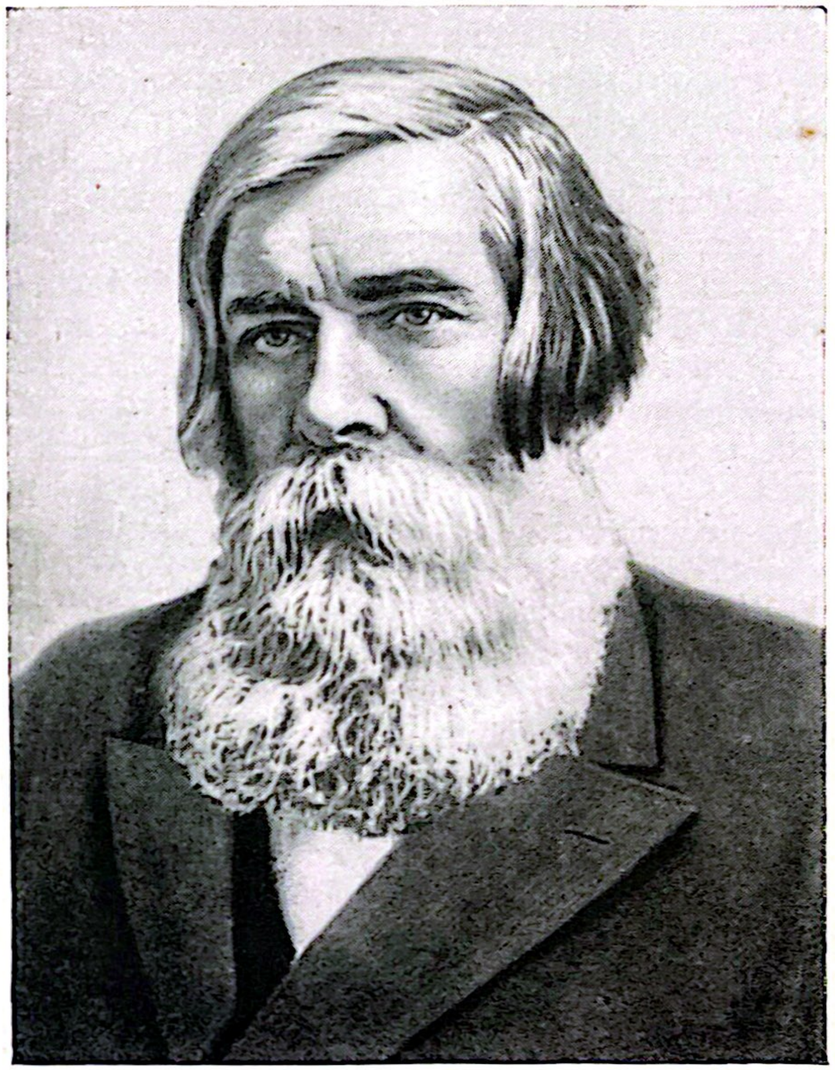
Otro de los grandes méritos de Merzheievski es haber estudiado las modificaciones de la estructura cerebral en otras enfermedades psíquicas.

La ciencia debe a Merzheievski la descripción de las destrucciones del cerebro en la parálisis progresiva, grave enfermedad que aparece a veces en los sifilíticos que no fueron tratados en absoluto o que se trataron mal. Estos trabajos fueron hechos por Merzheievski en colaboración con el famoso psiquiatra francés Magnan, al que le unía una estrecha amistad.

Tanto Kórsakov como Merzheievski consideraban que las enfermedades psíquicas tienen por base alteraciones de la actividad del cerebro provocadas por lesiones directas de este órgano o por su reacción patológica a una alteración de la actividad del organismo en su conjunto. Ambos tenían en cuenta que tales modificaciones de la actividad cerebral pueden ser de naturaleza muy diversa. Unas veces, las enfermedades psíquicas están ligadas a lesiones cerebrales orgánicas, en las que se puede descubrir en la estructura del cerebro una alteración de su integridad, la destrucción de algunas de sus partes. Otras veces, estas enfermedades no ofrecen lesiones aparentes de la substancia cerebral, no hay en ellas alteraciones groseras de la integridad del cerebro ni de su estructura, estando relacionadas con un trastorno del metabolismo normal del organismo y con la autointoxicación, lo que repercute en la nutrición del cerebro, alterando su funcionamiento normal.

Para el estudio del primer grupo de enfermedades mentales tuvieron gran importancia las investigaciones sobre la estructura del cerebro en el hombre normal y en los dementes. Los psiquiatras rusos estudiaban la anatomía del cerebro, su estructura, en íntima conexión con su fisiología, lo que permitía esclarecer mejor las causas y los mecanismos de los trastornos psíquicos.

Particularmente grande ha sido la aportación hecha por los trabajos de Béjterev al estudio de la estructura y las funciones del cerebro sano.



V. Béjterev

Vladímir Mijáilovich Béjterev nació en el pueblecillo de Sorali (hoy Béjterovo), de la antigua provincia de Viatka. Perdió a su padre a temprana edad y su familia hubo de pasar grandes privaciones. Desde su infancia demostró gran afición por las Ciencias Naturales, dedicándose a coleccionar plantas e insectos. La lectura de las obras de los demócratas revolucionarios rusos, así como el temprano estudio de los libros de Darwin robustecieron aún más esta orientación suya hacia las Ciencias Naturales. En 1874, después de terminar en Viatka los estudios de liceo, ingresa en la Academia Médico-Quirúrgica de Petersburgo. Siendo alumno de cuarto año decide ya cuál habrá de ser su futura especialidad médica. Esta decisión de dedicarse al estudio de las enfermedades del sistema nervioso la explicaba el propio Béjterev del siguiente modo: "De todas las ciencias médicas de aquella época, esta especialidad era la que estaba más ligada a las cuestiones sociales y a los problemas del conocimiento de la personalidad, es decir, a profundos problemas filosóficos y sociales".

Al recibirse de médico en la Academia, quedó incorporado al trabajo de investigación científica en la cátedra de Psiquiatría, dirigida por Merzheievski. En 1880 presenta su tesis doctoral, *Experiencia de estudio clínico de la temperatura del cuerpo en ciertas formas de enfermedades psíquicas*, cuya importancia reside en que, al igual que la tesis de Merzheievski, refleja el afán de relacionar las enfermedades psíquicas con las somáticas y contribuye a aclarar el papel del cerebro en la regulación de la temperatura del cuerpo. En 1884 es enviado al extranjero en un largo viaje de estudios, que coincide con un período de considerables progresos en la Neuropatología y la Psiquiatría. Con tesón y constancia trabaja en los laboratorios de sabios tan destacados como Flechsig, Meynert y otros, asimilando y reelaborando con sentido crítico su rica experiencia científica. A su regreso a Rusia, pasa a regentar la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Kazán. En 1893 se traslada a Petersburgo, donde es elegido profesor de la Academia de

Medicina Militar, en el puesto de su maestro Merzheievski, ya jubilado, y algún tiempo después ocupa la cátedra de enfermedades nerviosas y mentales del Instituto Femenino de Medicina. Esta etapa de la vida de Béjterev se distingue por la gran envergadura de su labor científica creadora y por la extraordinaria actividad desarrollada en la organización de centros de investigación y enseñanza psiconeurológica y de publicaciones de la especialidad. Merece especial mención en este período su aporte a la fundación del Instituto Psiconeurológico, nuevo y progresivo centro de investigación y enseñanza.

Cabe a Béjterev el enorme mérito de haber profundizado en el estudio de los fundamentos anátomo-fisiológicos de las enfermedades psíquicas. Sus propias palabras definen mejor que nada la situación imperante por aquel entonces en la anatomía y la fisiología del cerebro: "Oscuridad en cuanto a la estructura y tinieblas completas en cuanto a las funciones". En su "deseo de abrir brecha en esa oscuridad, de proyectar en ella alguna luz", Béjterev comienza su actividad científica dedicándose, a la par con el trabajo clínico, al estudio de la estructura y las funciones del cerebro, lo que le permitió descubrir en este órgano diversos "centros nerviosos" que hoy llevan su nombre. Adquirieron celebridad mundial varios grandes trabajos científicos suyos de cardinal importancia, como *Las vías conductoras de la médula y el cerebro* y *Bases de una teoría de las funciones cerebrales*. Béjterev no separó el estudio de la anatomía del cerebro del de su fisiología, sino que sus investigaciones sobre la estructura de este órgano estuvieron estrechamente ligadas a su funcionamiento.

Al igual que Kórsakov y Merzheievski, Béjterev consideraba que los trastornos psíquicos, por caprichosas que sean sus formas de manifestarse, siempre son una consecuencia de alteraciones patológicas del funcionamiento del cerebro. Ahora bien, estas alteraciones no surgen en todos los casos en virtud de modificaciones de la integridad y la estructura del cerebro. Muchas veces no obedecen más que

a un trastorno de sus funciones provocado por fenómenos patológicos que tienen lugar en otros órganos o en el organismo en su conjunto. Este acertado punto de vista de Béjterev, que consideraba los trastornos psíquicos como manifestaciones de enfermedades del cerebro y del organismo, fue la determinante de su humanitaria actitud ante los enfermos mentales, habiendo hecho mucho por aliviar la suerte de éstos y por mejorar todo el sistema de atender a los enfermos en los hospitales psiquiátricos y el régimen de tales establecimientos.

Merece destacarse en particular su actividad científica y práctica consagrada al estudio y tratamiento de los llamados estados contactantes o limítrofes, entre los que figuran las neurosis, las psicopatías, el alcoholismo y otras enfermedades a las que nos referiremos más adelante. En el tratamiento de este tipo de trastornos psíquicos, a la par con las medidas educativas y sociales, tiene gran importancia la psicoterapia, método predilecto de Béjterev, utilizado por él en formas muy diversas y con positivo éxito.

En la diferenciación de las distintas enfermedades psíquicas tuvo gran importancia el estudio de las formas más simples de los trastornos mentales, o sea de los llamados síntomas psicopatológicos, cuya combinación da el cuadro complejo de la enfermedad psíquica. Tales síntomas comprenden, por ejemplo, los trastornos de la memoria, las alucinaciones, el delirio, etc., que en diferentes combinaciones y variada sucesión pueden encontrarse en distintas enfermedades. Algunos de estos síntomas fueron descritos ya en tiempos de Hipócrates, pero en su mayoría fueron estudiados por los psiquiatras a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX. Sin embargo, permanecía aún sin esclarecer la cuestión de qué es lo que ocurre en el cerebro del enfermo al producirse dichos síntomas. A esto trató de hallar una respuesta el talentoso psiquiatra V. Kandinski.

Víctor Jristofórovich Kandinski nació el 6 de abril de 1849 en la aldea de Biánkino, de la antigua provincia de la Transbaikalia. Hijo de una familia siberiana acomodada,

en 1867 terminó sus estudios de liceo en Moscú e ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Moscú. La ruina de su padre le obligó a pasar sus años de estudiante en medio de grandes dificultades y privaciones.Después de licenciarse en 1872, trabajó primero en hospitales generales y luego entró a servir en la marina, tomando parte en la guerra ruso-turca. En 1880 pasó a trabajar en el Hospital Psiquiátrico Nikolái-Chudotvorets de Petersburgo, donde prestó sus servicios hasta el mismo día de su prematura muerte, en 1889. Su actividad científica transcurrió en condiciones bien difíciles, pues como médico interno de hospital hubo de realizar una gran labor práctica. Además, sus investigaciones se veían interrumpidas por los graves accesos de su dolencia psíquica, de la que dio en sus obras una viva descripción basada en las observaciones efectuadas sobre sí mismo. Pero el espíritu creador y el talento de que estaba dotado eran tan grandes que el breve período de su actividad investigadora le bastó para dejar un inestimable legado científico.



V. Kandinski

Hombre de conocimientos enciclopédicos, Kandinski no se limitó a las investigaciones psiquiátricas, sino que realizó vastos estudios en el campo de la filosofía. En los años 1881 y 1882 publicó dos monografías dedicadas a temas fi-

losóficos: *Estudios psicológicos al alcance de todos* y *El monismo moderno*, en las que expone en forma popular la historia de las doctrinas filosóficas hasta sus días. Al igual que los otros psiquiatras avanzados rusos de que ya hemos hablado, Kandinski aparece en estas obras como un brillante defensor de las tendencias materialistas en la Psiquiatría. "La actividad psíquica —escribe— está ligada, como lo demuestran los datos proporcionados por la Fisiología y la Psicología, a determinados órganos del cuerpo y no puede concebirse fuera de ellos. . ., toda la actividad psíquica puede reducirse a mecanismos, es decir, puede ser explicada del mismo modo que el resto del mundo"*. Y añade en otro lugar: "El pensamiento no es más que una función del cerebro. . ."**

Desde este mismo punto de vista materialista estudiaba Kandinski las manifestaciones de las enfermedades psíquicas. Todo su afán era esclarecer del modo más completo posible lo que ocurre en el cerebro del enfermo. Particularmente valiosas son sus investigaciones sobre las sensaciones engañosas o alucinaciones, tan frecuentes en los enfermos mentales. Entre los trabajos dedicados a este tema conviene destacar en primer término su obra capital *Las pseudoalucinaciones*, publicada en 1890.

Los enfermos que padecen este trastorno psíquico pueden ver, oir, sentir olores, gustos, etc., cuando en el medio circundante no existen objetos o fenómenos que puedan dar origen a tales percepciones. Las alucinaciones son supuestas percepciones de objetos o fenómenos inexistentes. Kandinski consideraba que las alucinaciones obedecen a una excitación que se produce en la corteza de los hemisferios cerebrales, en uno u otro centro de los órganos de los sentidos, siempre y cuando exista al mismo tiempo un agotamiento general de las células de la corteza cerebral. Más adelante examinaremos en detalle esta cuestión y veremos

---

* V. Kandinski, *Estudios psicológicos al alcance de todos*, 1881, pág. 122.

** V. Kandinski, *El monismo moderno*, 1882, pág. 17.

lo cerca que estaba Kandinski de la moderna interpretación de las alucinaciones.

Uno de los grandes méritos de Kórsakov, Merzheievski, Béjterev y Kandinski fue el haber apartado a la Psiquiatría del campo de las estériles disquisiciones abstractas y de las ideas religioso-místicas, sentando sólidos cimientos para el estudio científico-natural de las enfermedades mentales. Los cuatro comprendieron acertadamente la esencia material de los trastornos psíquicos y su estrecha vinculación con el estado del cerebro y de todo el organismo. Sin embargo, el desarrollo adquirido por la ciencia en aquel entonces no les permitió aclarar por completo por qué y cómo se producen las enfermedades psíquicas ni los mecanismos fisiológicos que les sirven de base. Se había trazado un camino certero para la investigación, pero por ese camino sólo se habían dado los primeros pasos. Quedaba por delante un recorrido largo y difícil. Había que desentrañar hasta el fondo el misterio del origen de los distintos trastornos psíquicos, y una vez conocidos con exactitud las causas y los mecanismos que dan lugar a las diferentes enfermedades mentales, lograr mejores éxitos en su tratamiento.

Después de la Revolución de Octubre comenzó en Rusia un rápido avance hacia la solución de este problema. Sólo en este período pudo la Psiquiatría rusa poner en práctica las ideas de sus fundadores, hombres que en muchos aspectos se habían adelantado a su época. En esta nueva y crucial etapa del desarrollo de la Psiquiatría, los trabajos de I. Pávlov desempeñaron un papel enorme en la transformación de la teoría y la práctica psiquiátricas.

Capítulo II

I. PAVLOV Y LOS TRASTORNOS PSIQUICOS

En la historia del desarrollo científico, épocas enteras aparecen ligadas a los nombres de determinados sabios que abren nuevos caminos a la ciencia y vastas perspectivas para su ulterior desenvolvimiento. Pávlov es uno de ellos. Ya en vida su fama se extendió por el mundo entero y gozó del reconocimiento universal. Señalaremos como hecho significativo que los asistentes al XV Congreso Internacional de Fisiología, celebrado en 1935 en la U.R.S.S., le concedieron por unanimidad el título honorífico de "Decano de los fisiólogos del mundo entero".

No podemos, naturalmente, hacer aquí una exposición de toda la actividad científica de este gran fisiólogo. Pero antes de hablar de la significación que para la Psiquiatría tienen sus trabajos, debemos detenernos, aunque sea muy brevemente, a examinar la aportación hecha por este eminente sabio ruso en la ciencia, a la que consagró más de 60 años de su excelsa vida.

Iván Petróvich Pávlov nació el 27 de septiembre de 1849 en Riazán, adormecida ciudad provinciana de la Rusia de entonces. El padre, que era sacerdote, quería que su hijo fuese también un servidor del culto, por lo que le envió a estudiar a un seminario. Pero las cosas sucedieron muy de otro modo. La época de la juventud de Pávlov —los años del 60 del siglo pasado— coincidió, como ya hemos señalado, con un período de ascenso revolucionario en el país.

Los jóvenes de aquel entonces leían con verdadera pasión las obras de los demócratas revolucionarios Chernishevski, Dobroliúbov y Písarev. Este último, ferviente propagandista de las Ciencias Naturales y del darvinismo, ejerció sobre Pávlov, según cuenta él mismo en su autobiografía, una influencia extraordinaria. Enorme impresión produjeron también en el joven Pávlov los ya citados *Reflejos del cerebro*, de Séchenov.

En 1913, al cumplirse el cincuentenario de la publicación de los *Reflejos del cerebro*, Pávlov escribió lo siguiente acerca de la significación de esta obra para el desarrollo de la Fisiología rusa y para su propia actividad científica:

"Hace exactamente medio siglo... fue escrito... el artículo científico ruso *Reflejos del cerebro*, que en forma clara, precisa y cautivante contiene la idea fundamental de lo que estamos investigando en la actualidad. ¡Qué vigoroso pensamiento creador había que tener entonces para engendrar esa idea con los conocimientos que sobre la fisiología de la actividad nerviosa se poseían en aquella época! Mas, una vez creada, la idea se fue desarrollando y madurando, hasta convertirse en una palanca que dirige el enorme trabajo científico actual de estudio del cerebro"*.

Las obras de Písarev, el mencionado trabajo de Séchenov y el rápido desarrollo alcanzado entonces por las Ciencias Naturales en Rusia fueron las causas determinantes de la inclinación de Pávlov por esta rama del saber. En 1870 abandonó el seminario e ingresó en la sección de Ciencias Naturales de la Facultad de Física y Matemáticas de la Universidad de Petersburgo.

La actividad científica de Pávlov se distinguió por su consecuencia y su tesonera dedicación al fin propuesto.

Ya en los años de estudiante empezó a ocuparse de la labor investigadora. Sus primeros trabajos estuvieron dedicados al estudio de los nervios que regulan la actividad del páncreas y fueron recompensados con una medalla de oro.

---

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III., vol. I, pág. 249. Moscú-Leningrado, 1951.

Al terminar sus estudios universitarios (en 1875) ingresó en la Academia Médico-Quirúrgica impulsado por el deseo de vincular el estudio de los problemas teóricos de la Fisiología con las tareas prácticas de la Medicina.

Cuando aún era alumno de la Academia fue invitado a trabajar en la clínica del eminente médico ruso profesor S. Botkin, quien, como ya hemos señalado, mantenía una estrecha amistad con Séchenov. Pávlov siguió este fecundo camino de la alianza entre la Medicina y la Fisiología, dos ramas del saber humano que, según sus propias palabras, "...van erigiendo ante nuestros ojos el edificio de la ciencia del organismo humano y prometen asegurar al hombre en el futuro su dicha más preciada: la salud y la vida."

Bajo la influencia directa de Botkin, Pávlov concibió la teoría del "n e r v i s m o", su fundamental idea científica que como un hilo de engarce pasa por toda su ulterior labor investigadora. La esencia de esta idea reside en el reconocimiento del papel rector y omnímodo que el sistema nervioso central desempeña en la actividad vital del organismo.

Pávlov llevó a cabo una auténtica revolución en los métodos de estudio experimental aplicados a la Fisiología. Antes de Pávlov, la vivisección era el método utilizado por los investigadores para el estudio de los órganos internos. Como éstos se encuentran dentro del cuerpo y son inaccesibles a la observación directa, se abría al animal bajo anestesia y esta operación servía para estudiar las funciones fisiológicas de los distintos órganos. Tal situación y semejante método de investigación experimental —operaciones cruentas, anestesia prolongada, estudio de las funciones de los distintos órganos extraídos o extirpados en forma aislada y desconectados del resto del organismo— no podían acercar al investigador al descubrimiento de las leyes fisiológicas que regulan la actividad de dichos órganos.

Con el fin de obviar estos inconvenientes, Pávlov elaboró un nuevo método de investigación fisiológica experimental basado en los llamados "experimentos crónicos" en animales y cuya esencia consiste en practicar ciertas operaciones que permiten estudiar la actividad de los órganos del animal en las condiciones normales de su existencia, es decir, en un organismo íntegro y sano. Por esta razón, las operaciones necesarias para los "experimentos crónicos" deben efectuarse con tal arte que, después de ellas, el animal se reponga rápidamente y recupere la salud por completo.

Los trabajos de Pávlov durante la época en que dirigió el laboratorio de la clínica de Botkin estuvieron dedicados a la fisiología de los órganos de la circulación y culminaron en su tesis doctoral *Los nervios centrífugos del corazón*, en la que fundamenta su descubrimiento en la víscera cardíaca de unos órganos especiales que regulan la intensidad de sus contracciones. Pávlov logró descubrir también la llamada influencia trófica de los nervios en el músculo cardíaco, es decir, la capacidad de los nervios de regular los procesos de nutrición celular. Este importante descubrimiento desempeñó posteriormente un gran papel en el desarrollo de la Medicina, dando una explicación totalmente nueva al origen de ciertas enfermedades y permitiendo encontrar métodos más eficaces para su tratamiento.

En la etapa siguiente de su actividad científica, Pávlov se dedicó a estudiar la fisiología de los órganos de la digestión. Las investigaciones efectuadas en este campo dieron al sabio renombre universal. Sus deducciones científicas están recogidas en la obra *Lecciones sobre el funcionamiento de las principales glándulas digestivas*, aparecida en 1897. Estos trabajos le valieron a Pávlov el premio Nobel.

Sus investigaciones sobre la fisiología de la digestión constituyen la piedra angular de los actuales conocimientos acerca de la alimentación del hombre.

Al estudiar la fisiología de los órganos de la digestión, Pávlov mostró especial interés por la regulación nerviosa de los mismos, como ya había hecho al estudiar la actividad de los órganos de la circulación. En el esclarecimiento de este problema desempeñó un importante papel el brillan-

te experimento propuesto por Pávlov y que es conocido en la literatura científica con el nombre de "alimentación ficticia". Mediante una operación especial practicada en el esófago, Pávlov logró que el alimento ingerido por el animal saliese al exterior sin llegar al estómago. Pese a ello, las glándulas gástricas segregaban jugo como si el alimento hubiese llegado al estómago. La secreción de jugo gástrico sólo cesaba cuando se seccionaban los nervios del estómago. Era una prueba evidente de la existencia de un mecanismo nervioso que excita la actividad de las glándulas digestivas. Otro paso de análoga importancia para el estudio de la fisiología de los órganos de la digestión lo constituyó la operación conocida por el nombre de "pequeño estómago". Esta operación consiste en recortar una parte de la pared gástrica y formar con ella otro estómago más pequeño, que comunica con el exterior a través de una fístula permanente. Cuando el animal se alimenta, la comida no penetra en el estómago pequeño, cuyos nervios, vasos y glándulas son respetados por el experimentador. Gracias a esto, el estómago pequeño refleja como un espejo la actividad de las glándulas digestivas del estómago.

Los datos, establecidos por Pávlov, de la regulación nerviosa de los órganos de la circulación y de la digestión impulsaron a estudiar la fisiología de los hemisferios cerebrales. Hasta entonces, este capítulo de la fisiología no había sido investigado en absoluto. "No cabe ninguna duda —escribía V. Belinski— de que las acciones, es decir, la actividad del intelecto, es un resultado de la actividad de los órganos cerebrales, pero ¿quién ha podido ver el funcionamiento de esos órganos durante la actividad de nuestro intelecto? ¿Se logrará verlo algún día?"*

Pávlov resuelve la grandiosa tarea de "ver" la actividad del cerebro, descubriendo las leyes más complejas que rigen el funcionamiento del sistema nervioso superior, o sea, la actividad psíquica.

---

* V. Belinski, *Obras escogidas*, pág. 654, Moscú, 1948.



I. Pávlov

Al estudiar el funcionamiento de las glándulas digestivas de los perros, Pávlov se encontró con que la sola vista o el solo olor de la comida pueden provocar en el animal la secreción de los jugos digestivos. Antes, y para explicar esta clase de fenómenos, los investigadores solían recurrir en vasta escala a las analogías con las emociones y los sentimientos del hombre. La secreción de los jugos digestivos se explicaba diciendo que el perro había "adivinado", "comprendido" o "intuído", que "se había hecho la idea" de la comida. Pero semejantes explicaciones eran erróneas y no permitían avanzar ni un paso en la labor de investigación. Pávlov renunció por eso a tal interpretación subjetivo-psicológica de la conducta de los animales, basada únicamente en fantasías y conjeturas.

La complicada conducta de los animales había que entenderla, a juicio de Pávlov, como una manifestación de la actividad de su cerebro. Y este gran sabio se planteó la tarea de realizar un estudio objetivo de la conducta de los animales, recurriendo para ello a los habituales métodos científico-naturales de investigación.

La tarea ofrecía ingentes dificultades, pues los hemisferios cerebrales constan de 14 a 15.000 millones de células nerviosas de formas y dimensiones distintas, con los más diversos vínculos y relaciones entre ellas y que están ligadas unas con otras y con los numerosos órganos de nuestro cuerpo a través de sus prolongaciones.

"Tenemos derecho a afirmar —escribía Pávlov en 1909— que la marcha incontenible de las Ciencias Naturales, desde tiempos de Galileo, se detiene ostensiblemente por primera vez ante el segmento superior del cerebro, o en términos más generales, ante el órgano de las complejísimas relaciones de los animales con el mundo exterior. Y parecía que no era sin razón, que se había llegado efectivamente al punto crítico de las Ciencias Naturales, puesto que el cerebro, que en su forma superior —el cerebro humano— había sido y sigue siendo el creador de las Ciencias

Naturales, se convierte él mismo en objeto de estudio de esas Ciencias Naturales"*.

Con su teoría de la actividad nerviosa superior, Pávlov superó ese "punto crítico de las Ciencias Naturales" y sacó a la Fisiología del callejón sin salida en que la habían metido los investigadores, al someterse "inconscientemente, sin ellos mismos darse cuenta", a la "manera en boga de concebir la compleja actividad de los animales comparándola con la nuestra y aplicando a sus actos las mismas causas internas que sentimos y reconocemos en nosotros"**.

La teoría de la actividad nerviosa superior permitió un nuevo enfoque, no sólo en el estudio de la psique del hombre sano, sino también en el de diversos trastornos mentales.

Antes de referirnos a esto, recordaremos algunas de las leyes fundamentales de la actividad de los segmentos superiores del sistema nervioso central establecidas por Pávlov.

LA TEORIA DE LA ACTIVIDAD NERVIOSA SUPERIOR

Al elaborar la teoría de la actividad nerviosa superior, Pávlov partió del reflejo como forma fundamental de conexión entre el organismo y el medio ambiente. El reflejo es la respuesta regular del organismo a las excitaciones procedentes del exterior y que se realiza con la participación del sistema nervioso. Aclararemos este concepto con un ejemplo. Supongamos que a la boca de un perro llega un alimento o un ácido. La reacción del animal es inmediata: si se trata de un alimento, lo empieza a comer, si de un ácido, lo escupe. En uno y otro caso se produce una secreción salivar, pero la cantidad y la calidad de la saliva segregada es distinta y depende de la substancia que haya llegado a la boca del perro. ¿A qué se debe esa secreción salivar?

En la mucosa de la boca y de la lengua se encuentran

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. I, pág. 113.
** I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. I, pág. 114.

numerosas terminaciones de los nervios gústativos. El alimento o el ácido irritan esas terminaciones, produciéndose en ellas una excitación, que se transmite a través de los nervios centrípetos al centro de la secreción salivar, situado en el bulbo. De aquí, y a través de los nervios centrífugos, la excitación se extiende a las glándulas salivares, obteniéndose como resultado una secreción de saliva.

El reflejo alimenticio que acabamos de describir, lo mismo que otros muchos (el defensivo, etc.), ya se observa en los animales inmediatamente después de su nacimiento. Tales reflejos se encuentran en todos los individuos de una especie animal dada y se distinguen por su constancia, es decir, por mantenerse en todas las condiciones de vida del animal. Por eso se les denomina reflejos i n c o n d i c i o n a d o s.

El sistema de los reflejos congénitos o incondicionados relaciona el organismo del animal con el medio ambiente y en numerosos casos le permite reaccionar adecuadamente a las modificaciones de este último y adaptarse a ellas (como se ha visto en el ejemplo citado). Sin embargo, en los animales superiores, los reflejos incondicionados no pueden, ellos solos, asegurar las complejas, múltiples y siempre cambiantes relaciones entre el organismo y el medio ambiente.

A lo largo del proceso evolutivo, en estos organismos se fue forjando la capacidad de formar también reflejos a ciertos estímulos que para el animal son tan sólo s e ñ a l e s precursoras de los estímulos habituales que dan lugar a los reflejos incondicionados. Pávlov dio a estos nuevos reflejos por él descubiertos, que requieren para su formación determinadas condiciones, el nombre de reflejos c o n d i c i o n a d o s.

Los reflejos condicionados se distinguen de los incondicionados por varias particularidades. En primer lugar, no existen en los animales recién nacidos, que sólo los adquieren posteriormente, sobre la base de su experiencia vivida. Para la formación del reflejo condicionado es preciso que el

estímulo externo, cuyo efecto era hasta entonces indiferente para el animal, actué sobre el organismo simultáneamente con el estímulo incondicionado o precediéndole un poco. Dicho en otros términos: el reflejo condicionado se forma sobre la base del incondicionado. Así, por ejemplo, la ingestión de alimentos provoca en el perro un reflejo salivar incondicionado. Supongamos ahora que, antes de ingerir los alimentos, el perro es sometido a la acción de un estímulo cualquiera, como puede ser la luz de una bombilla eléctrica. Al cabo de cierto tiempo de repetir esta asociación, el estímulo luminoso, que hasta entonces no ejercía ninguna influencia sobre la secreción salivar, se convierte en una señal de la comida y empieza a bastarse solo para hacer fluir la saliva, es decir, ejerce una acción reflejo-condicionada. Ahora bien, esta acción no es permanente, sino temporal. Si el reflejo condicionado no se refuerza de vez en cuando con la ingestión de alimentos, o sea, si encendemos repetidas veces la bombilla sin darle de comer al perro, la luz dejará de ser una señal anunciadora de que el animal va a recibir alimento, y entonces el reflejo condicionado se irá debilitando hasta desaparecer completamente por un tiempo más o menos largo.

¿Cómo se forman, pues, los reflejos condicionados y qué es lo que pasa en el cerebro durante su formación?

Como ya hemos dicho, durante el reflejo alimenticio incondicionado se excita el centro de la secreción salivar situado en el bulbo. Pero todas las partes del sistema nervioso están representadas en la corteza de los hemisferios cerebrales, donde tienen su llamada "representación cortical". Por esta razón, al excitar el centro bulbar de la secreción salivar se produce también una excitación en el correspondiente grupo de células nerviosas de la corteza cerebral. Si al mismo tiempo actúa algún estímulo condicionado, como un sonido o una luz, aparece una excitación del correspondiente centro cortical (auditivo o visual). De este modo, en la corteza del cerebro surgen simultáneamente dos centros de excitación y entre ellos se establece una conexión

temporal (regla del circuito nervioso o de la asociación).

La ley fundamental de la actividad nerviosa superior de los hemisferios cerebrales es la ley de la formación de las conexiones temporales. Tal es la idea, a la vez genial y sencilla, en la que se basa la teoría de los reflejos condicionados.

Al estudiar la actividad nerviosa superior de los animales y de los hombres, Pávlov llegó a la conclusión de que tal actividad descansa en dos procesos nerviosos, que están indisolublemente ligados entre sí y se complementan mutuamente. Tales procesos son la excitación y la inhibición. La excitación es un proceso activo, que constituye la base de la formación y la realización del reflejo condicionado. La inhibición es también un proceso activo, pero de carácter opuesto, que debilita y frena la excitación.

Una vez originado en determinado punto de la corteza por la acción de tal o cual estímulo, cada uno de estos procesos se irradia a una distancia mayor o menor por la corteza cerebral y hacia las profundidades del cerebro, para luego concentrarse de nuevo en ese mismo punto (regla de la irradiación y la concentración).

En determinadas condiciones, cada uno de estos procesos provoca la aparición del proceso opuesto, por lo que la excitación es remplazada por la inhibición y al revés (regla de la inducción recíproca).

El proceso de la inhibición siempre se produce en sectores aislados de la corteza cerebral, pero si se extiende por toda la corteza y penetra en los sectores cerebrales subyacentes, entonces sobreviene el sueño. Existen también estados de transición, intermedios entre la vigilia y el sueño. Figura entre ellos la hipnosis, que es un sueño con vigilia parcial.

Los reflejos condicionados tienen una extraordinaria importancia biológica. El animal capaz de establecer tales reflejos está mejor adaptado a las condiciones siempre cambiantes del medio ambiente. Un ejemplo bien elocuente de

este papel de los reflejos condicionados nos lo ofrece el propio Pávlov al describir cómo un animalito débil se defiende de una fiera. Aquél sucumbiría irremisiblemente si empezase a defenderse tan sólo al ser alcanzado por su enemigo, cuando éste ya le ha hincado los dientes. Merced a los reflejos condicionados, el animalito puede huir y esconderse en un lugar seguro en cuanto ve al enemigo, cuando la fiera todavía se encuentra lejos.

Puede verse muy claramente la significación de los reflejos condicionados cuando se observa la conducta de un perro al que se han extirpado los hemisferios cerebrales. Después de esta operación, el perro conserva su acervo de reflejos incondicionados congénitos, pero desaparecen todos los reflejos condicionados; el animal ya no puede formarlos de nuevo, convirtiéndose en un ser completamente inútil, que ni siquiera es capaz de encontrar por sí solo sus alimentos. Come y bebe únicamente cuando se le ponen los alimentos en contacto con la boca, y no huye a la vista del vergajo o del palo, sino sólo cuando se le golpea.

Aun señalando lo que tienen de común la actividad nerviosa superior de los hombres y la de los animales, Pávlov siempre tuvo presentes las particularidades cualitativas que distinguen al ser humano de los animales y creó la teoría de una forma especial de actividad nerviosa superior, exclusiva del hombre. Tal es la teoría del segundo sistema de señales.

Ya hemos visto que la actividad reflejo-condicionada de los animales es una actividad basada en señales. La formación de los reflejos condicionados permite al animal recibir como señales ciertos estímulos del medio ambiente para los cuales antes era indiferente. Estas señales anuncian al animal la presencia, en el mundo que le rodea, de fenómenos que tienen gran importancia para su vida, como son la proximidad de un enemigo, de una presa, etc.

Es importante destacar que los estímulos exteriores que sirven de señales sólo pueden partir de distintos objetos y fenómenos reales del mundo exterior, que actúan directa-

mente sobre los órganos de los sentidos del animal (el oído, el ojo, etc.) y los demás aparatos sensibles (receptores) del sistema nervioso. Otra cosa ocurre en el hombre. Durante el proceso evolutivo social-laboral y el trato recíproco apareció en los hombres, merced a l l e n g u a j e, la facultad nueva, exclusivamente suya, de captar la p a l a b r a como una señal, como un estímulo condicionado que reemplaza a los objetos o fenómenos del mundo exterior representados por ella. He aquí cómo explica Pávlov las particularidades de la actividad nerviosa superior del hombre:

"En el mundo animal en evolución, al llegar a la fase del hombre, tuvo lugar una adición extraordinaria a los mecanismos de la actividad nerviosa. Para el animal, la realidad se signaliza casi exclusivamente por medio de los estímulos y sus huellas en los hemisferios cerebrales, que llegan directamente a células especiales de los receptores ópticos, auditivos, etc., del organismo. Esto es lo que nosotros tenemos como impresiones, sensaciones y representaciones del medio ambiente, tanto de la naturaleza en general como de nuestro medio social, con exclusión de la palabra, oída o vista. Este es el primer sistema de signalización de la realidad, común al hombre y a los animales. Pero la palabra, como señal de las primeras señales, vino a constituir un segundo sistema de signalización de la realidad, un sistema especialmente nuestro"*.

El segundo sistema de señales aparece sobre la base del primero y ambos actúan conjuntamente y en indisoluble unidad. Con la actividad del primer sistema de señales se halla ligada la percepción directa de la realidad del medio ambiente a través de los órganos de los sentidos. Gracias al segundo sistema de señales, el hombre puede comunicarse con los otros hombres mediante la palabra y es capaz de dar forma verbal a su pensamiento, que tiene un carácter general y abstracto.

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, págs. 335-336.

¿Pero acaso se puede concebir que en el hombre existan separados, independientes uno de otro, la percepción y el pensamiento? ¿Acaso puede haber percepción sin toma de conciencia de lo percibido o un pensamiento desvinculado de las percepciones que son su fuente y que suministran los elementos de juicio? Es preciso tener en cuenta también que tanto el pensamiento del hombre como sus percepciones se hallan indisolublemente ligados a las condiciones sociales en que vive, estando condicionados por la experiencia adquirida durante la educación y el trato con los demás hombres.

Tampoco cabe olvidar la siguiente indicación de Pávlov: "Los numerosos estímulos transmitidos por vía verbal... nos han alejado de la realidad, cosa que siempre debemos tener presente, a fin de no falsear nuestra actitud ante ella"*.

Las conclusiones a que nos lleva el pensamiento abstracto concretizado en palabras deben comprobarse por la observación directa y la experiencia; pues en caso contrario pueden no corresponder a la realidad. La práctica es el criterio de la verdad del conocimiento. A través de su actividad práctica, el hombre comprueba si su conocimiento del mundo que le rodea es exacto.

Con el concurso de métodos de investigación fisiológica rigurosamente objetivos, Pávlov demostró el condicionamiento material de los fenómenos psíquicos, asestando con ello un fuerte golpe al idealismo, no sólo en Filosofía y Psicología, sino también en Psiquiatría.

El interés de Pávlov por los problemas psiquiátricos se manifestó desde el comienzo mismo de su estudio de la actividad nerviosa superior.

En 1903, presentó en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid un informe sobre *Psicología y Psicopatología experimental en los animales*. Ya entonces había atraído su atención el estudio de los fundamentos fisiológicos de la actividad psíquica, no sólo normal, sino

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, pág. 336.

también en sus modificaciones patológicas. Pero sólo bastante más tarde se dedicó de un modo especial a esta cuestión.

En el verano de 1918, en la difícil situación de la guerra civil y la ruina económica, Pávlov comenzó a visitar el hospital psiquiátrico de Udélnaya, cerca de Petrogrado. Según relata L. Orbeli, Pávlov se sintió impresionado y expresó su admiración "por el abnegado trabajo de los psiquiatras, que dedicaban todas sus energías y todo su saber a la difícil y en ocasiones peligrosa labor de cuidar a los enfermos mentales".

En 1919, Pávlov presentó a la Sociedad de Neuropatólogos y Psiquiatras de Petrogrado un informe titulado *La Psiquiatría como auxiliar de la fisiología de los hemisferios cerebrales*, en el que expuso sus observaciones sobre los enfermos psíquicos, con un intento de interpretación basada en la fisiología del sistema nervioso. A partir de entonces ya no dejó de relacionar sus investigaciones de laboratorio con las observaciones clínicas, y en 1931 creó una clínica de enfermedades nerviosas y otra psiquiátrica anejas a su laboratorio.

Los estudios psiquiátricos de Pávlov se refieren a las bases fisiológicas de los distintos síntomas psicopatológicos, es decir, de aquellas manifestaciones fundamentales de los trastornos psíquicos que, combinadas entre sí, constituyen el cuadro de las diferentes enfermedades mentales. Pávlov estudió también los fundamentos fisiológicos de distintas enfermedades psíquicas. Comenzaremos por exponer la explicación fisiológica dada por Pávlov a los síntomas psicopatológicos más importantes.

EL DELIRIO

Pávlov dio una explicación fisiológica a este trastorno psíquico, tan frecuente en los enfermos mentales. El delirio se expresa en juicios falsos, erróneos, surgidos en un terreno patológico y que al enfermo le parecen absolutamente exactos. Por muy evidente que sea lo absurdo de tales ideas, que desnaturalizan la realidad, no hay argumento lógico capaz de demostrar al enfermo su falsedad.

Citaremos un ejemplo. Un enfermo que padece delirio persecutorio manifiesta, sin ningún fundamento, que su hermana y su madre le quieren matar. Y está firmemente convencido de esta falsa idea, pese a que, en realidad, sus familiares le quieren entrañablemente, le tratan con especial cariño, se preocupan de él y sufren por su cambio de actitud hacia ellos y sus injustas acusaciones. ¿Cómo se puede explicar la aparición de semejante desvarío?

Para contestar a esta pregunta es preciso recordar las particularidades fundamentales de la actividad normal y patológica del cerebro.

Las células nerviosas sanas, no debilitadas por una enfermedad, se distinguen por lo siguiente: los dos procesos nerviosos cardinales, la excitación y la inhibición, son de suficiente intensidad, están equilibrados y alternan con relativa facilidad. Sólo en tales condiciones podrán las células nerviosas ser resistentes y cumplir con todo lo que se les exige, que es mucho. Sólo en tales condiciones podrán reaccionar adecuadamente a los estímulos de gran intensidad que les llegan del medio exterior. Sólo en tales condiciones estarán adaptadas a la gran variabilidad de esos estímulos y a sus bruscas oscilaciones.

La situación cambia cuando las células nerviosas están debilitadas a consecuencia de una enfermedad. En condiciones difíciles, superiores a las fuerzas de dichas células, se produce en ellas una inhibición protectora, por lo que en la corteza cerebral se observan distintos estados de transición, intermedios entre el sueño y la vigilia, entre los que figuran las f a s e s h i p n ó t i c a s, en las que el cerebro comienza a reaccionar a los estímulos procedentes del medio exterior e interior en forma distinta a como lo haría un cerebro sano en estado de vigilia.

En la actividad del cerebro sano y en estado de vigilia rige la siguiente ley: al crecer la intensidad de los estímu-

los que provocan tales o cuales reflejos, aumenta en forma correspondiente la intensidad de las reacciones reflejas de respuesta, lo cual se manifiesta en los animales de laboratorio por una secreción más abundante de saliva, unas reacciones motoras defensivas más violentas, etc. En las fases hipnóticas, estas reacciones reflejas de respuesta se hallan alteradas cuantitativa o cualitativamente. Existen distintas fases hipnóticas, y en cada una de ellas el cerebro ofrece reacciones modificadas de un modo determinado.

Así, por ejemplo, en la fase hipnótica n i v e l a d o r a, el cerebro responde a los estímulos fuertes y débiles con una actividad refleja de igual intensidad. En la fase hipnótica p a r a d ó j i c a, los estímulos débiles provocan intensas reacciones de respuesta y, por el contrario, el cerebro responde con reacciones muy débiles a los estímulos intensos. Finalmente, en la fase u l t r a p a r a d ó j i c a, las alteraciones experimentadas por los reflejos ya no son cuantitativas, sino cualitativas. En esta fase, los estímulos que habitualmente excitan la actividad refleja del cerebro provocan, por el contrario, una profunda inhibición, y los que corrientemente ejercen una acción inhibidora dan origen a una marcada excitación.

En las enfermedades psíquicas no siempre se modifica la actividad de todo el cerebro. A veces existen en el cerebro p u n t o s e n f e r m o s a i s l a d o s, en los que puede producirse una fuerte excitación extraordinariamente persistente, a la que se denomina excitación estancada o inerte.

Según Pávlov, el delirio descansa "en dos fenómenos fisiológicos: la inercia patológica y la fase ultraparadójica, que pueden existir separadamente, actuar a la par, o sucederse una a otra"*. Para comprenderlo mejor, volvamos al ya citado caso de delirio persecutorio.

Como es sabido, al formar un juicio siempre hacemos una afirmación positiva a base de compararla con una idea

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, pág. 265.

opuesta, que excluímos. Este mismo proceso debería producirse en el enfermo a que nos hemos referido. Al juzgar de la actitud de sus allegados hacia él, debía haber contrapuesto, por ejemplo, las siguientes ideas: se le quiere o no se le quiere, se le trata bien o se le persigue, se le cuida o se pretende asesinarle, etc. ¿Por qué razón surgió en él la idea, completamente infundada y en contradicción con la realidad, de que sus familiares le querían matar, cuando la realidad mostraba, por el contrario, que éstos le trataban muy bien?

La única respuesta que se puede dar a esta pregunta es la siguiente: la facultad de formar juicios depende de la actividad nerviosa superior, que en el enfermo se hallaba modificada patológicamente, encontrándose en la fase ultraparadójica. Los estímulos reales intensos —los hechos de la realidad (la buena actitud de los familiares)— no se reflejaron en forma debida en el cerebro del enfermo. No se produjo la excitación de aquella actividad cerebral que debería despertar los correspondientes pensamientos acertados: "me quieren y me cuidan". Tampoco se produjo la inhibición de los estímulos cerebrales más débiles en que se basaban las falsas ideas opuestas: "me odian y me quieren matar", sino que, por el contrario, tales estímulos llegaron a adquirir gran intensidad. En consecuencia, surgió una idea delirante errónea y persistente: "me persiguen y me quieren matar".

¿Por qué no se logra convencer al enfermo de que esa idea no corresponde a la realidad, pese a que en las demás cuestiones puede formar juicios acertados y conserva en términos generales la facultad de pensar?

La fuerza y la persistencia de las ideas delirantes reside en una inercia anormalmente acentuada de la excitación en un punto aislado del cerebro. Con ese punto enfermo están ligadas las ideas producidas por el delirio. En torno al núcleo de intensa excitación se produce una inhibición difusa bastante fuerte. Por este motivo queda frenada la actividad cerebral con la que podrían estar ligadas las acertadas

ideas opuestas, mientras que el punto de inercia exacerbada resulta aislado de la parte sana del cerebro. Esta es la clave que nos explica la obstinación del enfermo en sus falsos juicios, la ausencia en él de un sentido crítico frente a los mismos, la absoluta imposibilidad de convencerle de lo contrario.

LOS ESTADOS OBSESIVOS

Entre los otros trastornos psíquicos a los que Pávlov dio una explicación fisiológica concluyente merecen nuestra atención los llamados estados obsesivos. Se trata de enfermos en los que aparecen ideas absurdas, sentimientos angustiosos e impulsos incontenibles que son ajenos a todo su psiquismo y parecen haberles sido impuestos desde fuera.

Fenómenos análogos pueden observarse también, aunque raramente, en personas sanas. A veces ocurre que "se le pega" a uno una melodía, de la que no hay posibilidad de librarse, o "se le mete" a uno en la cabeza, sin causa ni motivo, una idea que continuamente retorna a la conciencia, por mucho que se trate de ahuyentarla. Pero las ideas fijas y los impulsos obsesivos no ocupan en la vida psíquica del hombre sano un lugar apreciable. Por lo general son superados totalmente, sin repercutir en la conducta ni en las relaciones con la sociedad. En los enfermos las cosas ocurren de muy distinto modo. Las ideas fijas y los impulsos obsesivos tienen en ellos un carácter particularmente tenaz y angustioso, absorben por completo su atención y, al alterar la salud mental, repercuten en la conducta. Si se trata de ideas fijas, éstas son totalmente absurdas o se hallan en patente contradicción con los sentimientos del enfermo. Tal es el caso, por ejemplo, de las ideas blasfemas que atormentan a los creyentes o los pensamientos cínicos que surgen en personas muy decentes.

Particularmente angustiosos suelen ser los temores obsesivos: el miedo a la muerte, el horror a las grandes plazas o espacios, a los locales cerrados, a los objetos afilados, etc. Constituyen también un verdadero martirio para el enfermo los impulsos obsesivos, que pueden hallarse en franca pugna con sus intenciones conscientes y que en ocasiones adquieren un carácter antisocial, como ocurre, por ejemplo, con el impulso a robar, a incendiar, etc.

Por regla general, sin una ayuda y un tratamiento adecuados, los enfermos no logran verse libres de las ideas, sentimientos e impulsos obsesivos, pese a que en su gran mayoría comprenden perfectamente la anormalidad de tales fenómenos, que consideran como "espinas" clavadas en su mente, sufren terriblemente y realizan ingentes esfuerzos para liberarse de ellos. Esto establece una gran diferencia entre tales enfermos y los que padecen delirios, los cuales, como ya hemos dicho, no sólo no tienen conciencia del origen patológico de sus falsas ideas, sino que incluso luchan por ponerlas en práctica.

¿Cómo explica Pávlov los estados obsesivos? Según su definición, se trata de "representaciones, sentimientos y, después, acciones excesiva e ilegítimamente tenaces", añadiendo que tales representaciones, sentimientos y acciones no corresponden a "una actitud correcta del hombre ante la naturaleza en general y en especial ante la sociedad", por lo que llevan al enfermo a "conflictos difíciles, graves y dañinos con la naturaleza, con los demás hombres y, ante todo, consigo mismo"*.

La base fisiológica de esa estabilidad anormal de las ideas, sentimientos e impulsos obsesivos, de la imposibilidad de eliminarlos, reside en la presencia de focos de excitación estancada en el cerebro del enfermo, en la inercia patológica del proceso de excitación en algunos puntos enfermos de los hemisferios cerebrales. Esa es la causa del divorcio existente entre las ideas, sentimientos y acciones del enfermo por un lado y las condiciones reales de su

---

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, pág. 257.

vida por otro. Aclararemos estos conceptos en forma algo más detallada.

Al hablar del papel de los reflejos condicionados en la sutil adaptación del organismo animal a las condiciones siempre cambiantes del medio ambiente, indicamos la significación signalizadora de los estímulos condicionales y el carácter temporal de las conexiones por ellos establecidas. Si el estímulo pierde su condición signalizadora, convirtiéndose en una falsa señal, la reacción de respuesta a él, establecida antes, puede resultar no sólo superflua, sino en determinadas circunstancias hasta perjudicial. En tales casos aparece en primer plano la inhibición, que frena al reflejo condicionado, que ya ha perdido un sentido signalizador.

De este modo, la excitación y la inhibición, completándose mutuamente y en constante interacción, condicionan las complejas formas electivas de la conducta, ayudan a establecer el equilibrio con el medio ambiente, es decir, a la adaptación de las distintas actividades del organismo a las condiciones de la vida en continuo cambio. Tal "equilibrio" se ve entorpecido en los estados obsesivos, ya que la inercia patológica del proceso de excitación obstaculiza la inhibición de los reflejos que han perdido su carácter signalizador. En consecuencia se produce un trastorno en las relaciones entre el enfermo y el medio circundante.

Ahora bien, ¿por qué surge la inercia patológica del proceso de excitación en algunos puntos enfermos del cerebro? ¿Cuál es el origen de los distintos estados obsesivos? Para contestar a estos interrogantes utilizaremos como ejemplo la historia clínica citada por el psiquiatra soviético E. Popov en uno de sus trabajos. Se trataba de un enfermo con accesos de miedo, durante los cuales palidecía y experimentaba una sensación de debilidad general, acompañada de náuseas. Tal estado se producía cuando el enfermo se encontraba en medio de una gran aglomeración de gente. Por esta razón se vio obligado a dejar de frecuentar las reuniones, de ir al teatro y de salir a la calle los días de

fiesta. Un interrogatorio minucioso del enfermo reveló que el padecimiento se había iniciado después de una operación practicada bajo anestesia general y en presencia de numerosos estudiantes. "Lo último que recuerdo antes de la angustia que se apoderó de mí durante la anestesia —cuenta el enfermo—, es la multitud de estudiantes que me rodeaban".

El relato del enfermo permitió descubrir la causa de su padecimiento. Por lo visto, la coincidencia en el tiempo de dos fenómenos —la presencia de un gran número de personas que rodeaban al enfermo y el malestar sentido durante la anestesia (como reflejo incondicionado)— condujo a la formación de un reflejo condicionado: la aparición de las náuseas en los lugares de aglomeración de gente.

En una persona completamente sana, semejante reflejo hubiese sido inhibido inmediatamente, pero en el enfermo dicha inhibición no tuvo lugar. Al contrario, el proceso excitativo, base del reflejo condicionado, adquirió una persistencia anormal, una inercia patológica. Apareció en el cerebro un punto enfermo, aislado de las influencias inhibitorias procedentes de los sectores sanos del cerebro. De ahí el carácter obsesivo, la constante reaparición del miedo y de las náuseas en cuanto el enfermo se encontraba en medio de una gran aglomeración de gente.

Como ya hemos dicho, la exacerbada inercia de la excitación en un punto aislado del cerebro desempeña un gran papel lo mismo en los estados obsesivos que en el delirio. Mas, pese a sus rasgos comunes, estos dos trastornos psíquicos presentan a la vez diferencias muy sustanciales. Durante el delirio, el enfermo no tiene conciencia de su trastorno psíquico, no adopta ante él una actitud crítica, mientras que en los estados obsesivos se mantiene total o parcialmente esa actitud crítica y el enfermo trata de luchar contra sus ideas fijas y sus impulsos obsesivos.

¿Cuál es, pues, la base fisiológica de esas diferencias entre el delirio y los estados obsesivos?

Pávlov consideraba que esa base reside en la distinta intensidad y el distinto grado de concentración de la excitación patológicamente inerte.

En el delirio, la intensidad y la concentración de la excitación inerte son particularmente elevadas, en virtud de lo cual en torno al punto enfermo del cerebro se produce una fuerte inhibición, que frena la actividad cerebral con la que podrían estar ligadas las ideas justas opuestas a las producidas por el delirio.

En los estados obsesivos, la intensidad y la concentración de la excitación inerte en el punto enfermo del cerebro son menores. En consecuencia, no puede frenar por completo la actividad cerebral con la que están ligadas las representaciones opuestas a las ideas fijas. Gracias a ello, los enfermos conservan la facultad de enjuiciar su dolencia con sentido crítico. En estos casos, la intensidad del proceso excitativo fuera del punto enfermo del cerebro es suficiente para dar lugar a representaciones opuestas a las ideas fijas. Mas tal proceso no posee la intensidad necesaria para frenar las ideas fijas y los sentimientos e impulsos ligados a ellas, no basta para superar su carácter obsesivo.

Los trabajos de Pávlov no sólo ayudaron a comprender mejor los mecanismos fisiológicos de los estados obsesivos, sino también a tratar con más acierto estos trastornos de la actividad psíquica.

LAS ALUCINACIONES

Ya nos hemos referido a las alucinaciones al hablar del psiquiatra V. Kandinski, que en la segunda mitad del siglo pasado intentó dar una explicación a este trastorno no poco frecuente de la actividad psíquica.

¿Cómo se producen las alucinaciones? ¿Por qué los enfermos ven y oyen lo que en la realidad no existe? ¿Qué ocurre en estos casos en el cerebro?

Antes de contestar a estas preguntas tendremos que hacer una pequeña digresión y detenernos brevemente a exa-

minar algunas particularidades de la percepción normal en el hombre sano.

Cuando, por ejemplo, vemos una casa, una manzana u otro objeto cualquiera, cuando oímos hablar a otra persona, el ruido de un tren en marcha, etc., el objeto percibido aparece clara y netamente en nuestra conciencia, con todos sus rasgos concretos. Vemos una manzana, roja o blanca, grande o pequeña; una casa de un piso o de varios, de ladrillo rojo o blanqueada con cal. Oímos una voz que habla, conocida o desconocida, alta o baja, etc. En estos casos, todo lo percibido por nosotros lo situamos necesariamente en un determinado lugar del espacio, es decir, lo localizamos en el mundo exterior, donde realmente existe, y no dudamos ni un momento de la realidad de su existencia. No podemos cambiar de un modo arbitrario, a nuestro antojo, el contenido de nuestra percepción, determinado por los objetos y fenómenos del mundo exterior, que, actuando sobre los órganos de los sentidos, y a través de ellos sobre nuestro cerebro, hallan en él su reflejo.

El hombre percibe el mundo exterior que le rodea y se orienta en él con ayuda de los analizadores, que son los mecanismos receptores del sistema nervioso en su conjunto, entre los que figuran los aparatos terminales de un nervio sensitivo (las terminaciones nerviosas en la retina, en el oído, en la piel), el propio nervio sensitivo y la terminación cerebral del analizador, es decir, las correspondientes células nerviosas de la corteza de los hemisferios cerebrales a las que llega la excitación. La excitación de los analizadores por los distintos objetos y fenómenos del mundo exterior determina las percepciones.

Debemos distinguir de las percepciones sus imágenes mentales en el recuerdo, es decir, las llamadas representaciones. No es lo mismo cuando veo una casa que cuando únicamente la recuerdo, en cuyo caso surge en mí la idea de la casa vista antes. Las representaciones no suelen ser tan claras y netas como las percepciones y siempre son menos concretas. En las representaciones no faltan

nunca en mayor o menor grado las generalizaciones. Por ejemplo, al recordar las imágenes de las manzanas vistas muchas veces, reproducimos la imagen generalizada de este fruto. Las representaciones no las situamos fuera de nosotros, sino dentro. El hombre sano comprende perfectamente la realidad convencional de las representaciones y sabe muy bien que el recuerdo de la manzana no significa en absoluto la posibilidad de comerla. Por último, podemos despertar en nosotros a nuestro antojo tal o cual representación o bien alejarla de nuestra mente, como, por ejemplo, recordar el pasado o, por el contrario, relegarlo al olvido.

Las percepciones se basan en la excitación directa de los analizadores por distintos estímulos que proceden del mundo exterior, mientras que las representaciones tienen por base tan sólo tenues vestigios de esas excitaciones que se mantienen en las terminaciones cerebrales de los analizadores, o sea, en las células nerviosas de la corteza del cerebro. Ahora bien, ¿qué ocurre si, por cualquier causa patológica, en uno u otro sector del cerebro se intensifican de un modo anormal esas débiles huellas de antiguas excitaciones? Pávlov opina que en tales casos es justamente cuando surgen las alucinaciones. A juicio suyo, en los casos de excitación estancada, el proceso irritativo en las células nerviosas puede alcanzar distintos grados de intensidad "...unas veces hasta el nivel de las representaciones, otras hasta un nivel equivalente a las sensaciones reales (alucinaciones)"*. Por eso, en unos casos se producen representaciones y en otros, alucinaciones. Vemos pues que la aparición de las alucinaciones está ligada a una excitación estancada en la corteza de los hemisferios cerebrales.

Los psiquiatras soviéticos han dedicado mucha atención al estudio de las alucinaciones. Las investigaciones de E. Popov han demostrado que en la aparición de las aluci-

---

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, pág. 260.

naciones pueden desempeñar también un importante papel los fenómenos de inhibición (en las fases hipnóticas).

Este autor mostró asimismo la estrecha relación existente entre las alucinaciones y el sueño, que no es más que una inhibición difusa de los segmentos superiores del cerebro.

Ya Kandinski había señalado la afinidad entre las alucinaciones y los sueños. Según expresión suya, las alucinaciones son sueños en vela y los sueños, alucinaciones de los que duermen. En efecto, recordemos lo que nos ocurre cuando soñamos. Durante los sueños percibimos todo en imágenes claras, vivas y con un tinte emocional. Por muy absurdos e inverosímiles que sean a veces los acontecimientos que suceden en los sueños, mientras dormimos no los juzgamos con sentido crítico ni dudamos de su veracidad. Todos estos síntomas de los sueños son también característicos de las alucinaciones, pues tanto aquéllos como éstas son seudopercepciones, percepciones de lo que no existe en la realidad. Pero en el caso de los sueños el hombre duerme, no se mueve ni percibe nada más que sus sueños, toda su actividad se halla inhibida. Por el contrario, en el caso de las alucinaciones, el hombre se halla despierto, sus seudopercepciones se combinan con las percepciones normales, por lo que reacciona con distintos actos a esta mezcla compleja de percepciones de la realidad y engaños de los sentidos.

Hay otro hecho demostrativo de la relación existente entre las alucinaciones y la inhibición, y es que algunos medicamentos y otros medios que provocan y acentúan la inhibición pueden contribuir al surgimiento y a la exacerbación de las alucinaciones.

¿Cómo puede la inhibición dar lugar a las alucinaciones? Es sabido que las percepciones normales se producen a consecuencia de una excitación en las terminaciones cerebrales de los analizadores, en las células nerviosas de la corteza de los hemisferios, mientras que las alucinaciones, pese a ser seudopercepciones, dan imágenes claras, vivas,

llenas de colorido. Por eso, en el caso de las alucinaciones más bien cabría pensar en una excitación de las células nerviosas que no en su inhibición. Sin embargo, la contradicción aquí es sólo aparente y puede explicarse con facilidad si recordamos la fase hipnótica paradójica, de la que hablamos al describir los delirios. En esta fase, las células nerviosas dan intensas reacciones de respuesta a los estímulos débiles. Por eso, los tenues estímulos residuales que habitualmente constituyen la base de las representaciones, pueden dar lugar a alucinaciones cuando existe una reacción paradójica de las células nerviosas.

Como vemos, la base fisiológica de las alucinaciones puede ser en unos casos la excitación estancada y, en otros, una de las fases de la inhibición.

LAS NEUROSIS

La misión de los psiquiatras no consiste sólo en tratar los trastornos psíquicos graves, que se presentan acompañados de profundas alteraciones de la conciencia, irresponsabilidad y una conducta de carácter antisocial. También se presta gran atención al tratamiento de los llamados estados limítrofes, a los que ya nos hemos referido, y entre los que figuran las psicopatías, en las que desde temprana edad se observan desviaciones de la actividad psíquica normal. Se trata de personas con un carácter disarmónico, desequilibradas, que se adaptan mal al medio social que les rodea, con el que frecuentemente entran en conflicto, sin que para ello existan motivos suficientes. Aquí se incluyen también las neurosis, que son trastornos nerviosos de curación relativamente fácil, en los que se conserva una interpretación acertada del medio, no se desvirtúa la actitud ante la sociedad y no se producen cambios bruscos en la conducta. Los neuróticos se sienten mal, sufren a consecuencia de sus trastornos nerviosos y su capacidad de trabajo se halla disminuída, mas, pese a ello, en la mayoría de

los casos sobrellevan las ligeras alteraciones del funcionamiento de su sistema nervioso, no dejan de trabajar ni cambian de un modo substancial su acostumbrado género de vida. Las neurosis se presentan con una frecuencia mucho mayor que las psicosis, son trastornos nerviosos más leves, no conducen a la pérdida de la capacidad de trabajo y ceden mejor al tratamiento.

¿Cuál es la base fisiológica sobre la que surgen los estados limítrofes?

Al esclarecimiento de esta cuestión han contribuído en gran medida los trabajos de Pávlov sobre los tipos de sistema nervioso y sobre las neurosis experimentales provocadas por él en los perros. Después de la inundación ocurrida en Leningrado en 1924 se intensificó considerablemente el estudio de este problema. Pávlov describe en los siguientes términos lo ocurrido entonces con los perros de su laboratorio:

"El agua empezó a inundar el local donde se encontraban los animales, que era un edificio de planta baja situado a unos 250 metros del laboratorio. La tormenta era espantosa. Las agitadas olas de la avenida golpeaban con ímpetu la casa. Los árboles se quebraban y caían en medio de un gran estrépito. En aquel ambiente hubo que salvar a nuestros animales a toda prisa, por partidas y a nado, transportándolos al segundo piso del laboratorio, donde se les dejó en compañía de otros animales a los que no estaban acostumbrados. Todo esto ejerció un extraordinario efecto inhibidor sobre todos los animales sin excepción, pues dejaron de producirse entre ellos las peleas habituales. Algunos perros, al ser trasladados al antiguo local, una vez pasados los acontecimientos, siguieron siendo los mismos. Otros, precisamente los de tipo inhibible, se convirtieron en enfermos nerviosos durante mucho tiempo, como nos lo demostraron los experimentos con sus reflejos condicionados"*.

---

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. IV, pág. 329.

Por este relato vemos que la atencion del investigador fue atraída por dos hechos fundamentales.

En primer lugar, las excitaciones demasiado intensas procedentes del medio exterior y el planteamiento de tareas muy difíciles a los animales pueden conducir a un estado patológico crónico del sistema nervioso, a la "frustración" de la actividad nerviosa superior.

En segundo lugar, el sistema nervioso de los distintos animales ofrece distinto grado de resistencia a las excitaciones intensas y a las tareas difíciles que se les plantean. En estos casos, la frustración de la actividad nerviosa superior (la neurosis) se manifiesta bajo diferentes formas. Sobre esta base se establecieron los diversos tipos de sistema nervioso y las diferentes formas de neurosis en los animales.

El establecimiento de los distintos tipos de sistema nervioso de los perros se hizo atendiendo a los siguientes rasgos: la intensidad de los procesos nerviosos fundamentales de excitación e inhibición, su equilibrio y su fluidez. Los dos primeros signos se comprenden sin necesidad de más explicaciones. La fluidez de los procesos nerviosos se determina por la facilidad con que las células nerviosas pasan del estado de excitación al de inhibición y viceversa. La fluidez de los procesos nerviosos condiciona la mayor o menor capacidad de los animales de formar nuevos reflejos condicionados e inhibir los viejos.

Entre los numerosos tipos de sistemas nerviosos que podrían establecerse con los rasgos arriba mencionados, la experiencia ha permitido seleccionar cuatro tipos fundamentales.

Según la intensidad de los procesos de excitación e inhibición, los tipos se dividen en fuertes y débiles. El tipo débil se distingue por su falta de resistencia y por la poca intensidad de los dos procesos nerviosos de excitación e inhibición. Los perros de este tipo son animales miedosos, con una frustración relativamente fácil de su actividad ner-



Los cuatro temperamentos (Cuadro del pintor Stiller).

viosa superior. El tipo débil es el principal "proveedor" de neurosis.

Se distinguen tres tipos fuertes, uno desequilibrado y dos equilibrados. El tipo fuerte desequilibrado se caracteriza por un predominio de la excitación y una relativa debilidad de los procesos inhibitorios. Por esta razón, Pávlov le dio el gráfico nombre de "irrefrenable", y consideraba que los perros de este tipo también están predispuestos a las neurosis.

Los tipos fuertes equilibrados resultaron ser muy resistentes a las neurosis. Los distintos tipos de este grupo se diferencian por el grado de fluidez de los procesos nerviosos. Uno de ellos estaba representado por los perros "graves", "tranquilos", en los que era relativamente difícil provocar el tránsito del proceso de excitación al de inhibición y viceversa. Por el contrario, en los perros del segundo tipo, el tránsito de la excitación a la inhibición se operaba con

relativa facilidad y rapidez y los animales se adaptaban bien a los cambios rápidos de las condiciones externas. Eran perros muy vivaces.

Pávlov concedía enorme importancia a los factores del medio ambiente, a la influencia de las condiciones de vida sobre la formación del tipo de sistema nervioso. A este respecto ofrecen gran interés los trabajos de sus discípulos S. Vyrzhikovski y F. Maiórov. Ambos estudiaron las peculiaridades de la actividad nerviosa superior en perros mantenidos sin interrupción en jaulas durante dos años, desde el momento de su nacimiento. A diferencia de los perros "libres" de la misma edad, utilizados como controles, los perros "encarcelados" parecían por su conducta unos tímidos cachorros, con reflejos defensivos pasivos muy marcados.

Pávlov estimulaba a sus discípulos a realizar trabajos encaminados a modificar, a remodelar el tipo de sistema nervioso de los animales de laboratorio por distintos procedimientos (castración, aplicación de diversos medicamentos, etc.).

Los cuatro tipos fundamentales de sistema nervioso descritos por Pávlov no sólo se encuentran entre los animales, sino también entre los hombres, y corresponden a la división en cuatro grupos temperamentales hecha ya por Hipócrates.

Al tipo débil corresponden los melancólicos. Si tratásemos de hacer su descripción psicológica, diríamos que son hombres que no confían en sus fuerzas, con poco espíritu de iniciativa, pusilánimes y aprensivos. Por lo general predomina en ellos un estado de depresión. Difícilmente se adaptan a nuevas condiciones de vida, se desconciertan en los momentos peligrosos o difíciles y se distinguen por su temor a todo lo nuevo. Se cansan rápidamente.

Al tipo fuerte, excitable e irrefrenable corresponden los coléricos, hombres enérgicos, audaces, seguros de sí mismos, resueltos, con espíritu de iniciativa y sociables. Pero son excitables, impulsivos, impacientes y no saben dominarse. En el trabajo, como en todo lo demás, no tienen noción de la medida ni saben calcular sus fuerzas.

Al tipo fuerte equilibrado corresponden los flemáticos, que son individuos serenos, tenaces, pacientes y trabajadores tesoneros. Se distinguen por su tranquilidad e imperturbabilidad; difícilmente se les saca de sus casillas. Son resistentes y pueden realizar trabajos duros y prolongados, pero al mismo tiempo son lentos y les cuesta pasar de una empresa a otra.

Finalmente, el tipo fuerte, equilibrado y flúido está representado en los hombres por los sanguíneos, individuos enérgicos, que se adaptan rápidamente y con facilidad a un nuevo ambiente y responden a las impresiones inmediatamente, con viveza y emoción.

Hemos hecho una breve exposición de los tipos fundamentales de actividad nerviosa superior comunes a los animales y a los hombres. Una descripción detallada, clara y muy gráfica de estos mismos tipos puede hallarse en uno de los trabajos de V. Fiódorov, discípulo de Pávlov, que realizó amplios estudios sobre los tipos de actividad nerviosa superior. He aquí, por ejemplo, la descripción que hace de un melancólico que se adaptaba difícilmente a la vida:

"Siempre deprimido, contemplando con mirada sombría lo que ocurría a su alrededor, estaba penetrado de un sentimiento de desconfianza, repulsión y temor ante la vida ruidosa y compleja. Confirmaba en todos los aspectos la observación de I. Pávlov de que el tipo débil, tan fácilmente traumatizado por cualquier cosa, difícilmente puede ser alegre y optimista. Al recordar su infancia, este hombre decía que ya entonces se destacaba entre sus compañeros por su aspecto poco envidiable: era tímido, parado, torpe; estaba aterrado en aquel mundo de algazara y travesuras en que vivía. Educado en una familia culta, no tropezó con grandes dificultades en sus estudios y era un buen alumno, aunque no se distinguía por su aplicación y tenacidad. Rehuía a sus compañeros y le disgustaban sobre todo los jue-

gos de fuerza que solían terminar en peleas. Su ocupación predilecta a los 13 ó 14 años era la lectura, a la que dedicaba todo su tiempo. El despertar del instinto sexual, con sus nuevas exigencias ante la vida, elevó inmediatamente el bajo nivel de la capacidad límite de trabajo de sus células corticales.

Nunca se reunía con sus compañeros de trabajo. Como mejor le gustaba pasar el tiempo era descansando en el campo, donde no rehuía tanto los encuentros y las conversaciones con la gente sencilla. Pero lo que prefería sobre todo era la compañía de los niños, con los que siempre era cariñoso y atento"*.

No es menos gráfica la descripción que hace Fiódorov de un colérico, como representante del tipo irrefrenable, capaz de desarrollar una incansable y enérgica actividad, vencedor de todos los obstáculos, pero incapaz de dominarse, de refrenar a tiempo su actividad, cuando así lo exigen las circunstancias exteriores:

". . .A muy temprana edad ya era un niño lleno de viveza y con un espíritu independiente. A los ocho años ingresó en la escuela municipal. Siempre tomó parte en los juegos, peleas y travesuras de sus compañeros. Estudiaba bien, pues era un chico capaz. Al terminar el cuarto grado empezó a trabajar. Fue empleado de oficina, trabajó en un depósito de productos farmacéuticos, así como de telefonista, recaudador de contribuciones y, últimamente, de contable. Siempre se distinguió por su gran capacidad de trabajo. Sin escatimar fuerzas, se pasaba días y noches en la oficina. Las cuestiones prácticas las resolvía con gran decisión y, casi siempre, con acierto. Nada le detenía en la consecución del fin propuesto. Era sociable, alegre y tenía muchos amigos y conocidos. Se confiaba en la gente y ensalzaba con entusiasmo a sus nuevos conocidos basándose únicamente en la primera impresión, aunque no pocas veces hubo de pagar cara su credulidad. Irritable e impulsivo, no

* V. Fiódorov, *La teoría de I. Pávlov sobre los tipos de actividad nerviosa superior*. En la revista *Voprosy Filosofii*, 1956, núm. 5.

sabía dominarse entre sus amigos ni en el trabajo. Discutía con acaloramiento, era intransigente y seguía manteniendo su punto de vista aun cuando era evidente que no tenía razón. Le gustaba soñar y fantasear, haciendo caso omiso de la realidad de los hechos. Al propio tiempo, era honrado, veraz y franco. No transigía con lo que consideraba injusto, pero sus reclamaciones no siempre eran fundadas. Los conflictos que surgían con este motivo le obligaban a mudar con frecuencia de trabajo"*.

Hemos citado con toda intención estos ejemplos característicos de tipos melancólico y colérico. De manera análoga a lo que ocurre en el mundo animal, los principales proveedores de neurosis entre los hombres son precisamente las personas pertenecientes a los tipos de sistema nervioso débil y desequilibrado, o sea, los melancólicos y los coléricos.

¿Cuál es, pues, la causa de las neurosis y cuáles son las formas principales en que éstas se manifiestan?

En opinión de Pávlov, las exigencias que el medio ambiente presenta al sistema nervioso del hombre pueden en ciertos casos ser superiores a sus fuerzas y a su resistencia, poniendo en tal tensión los procesos de excitación e inhibición y su fluidez que se produce una frustración de la actividad nerviosa superior. Y eso es justamente la neurosis.

La tensión excesiva de los procesos de excitación es ocasionada frecuentemente en los hombres por los grandes sufrimientos morales, las preocupaciones, los temores, la permanencia prolongada en lugares que representan un peligro para la vida o el trabajo agotador en malas condiciones. La tensión excesiva de los procesos de inhibición puede observarse en los casos en que la persona, movida por el sentimiento del deber o por las circunstancias de la vida, se ve obligada a refrenar durante largo tiempo sus grandes deseos o anhelos. Así ocurre, por ejemplo, cuando la gente trabaja a disgusto, contrariando sus inclinaciones y su voca-

* Lugar citado.

ción, en los casos de vida conyugal con una persona a la que no se quiere y con la que se sigue conviviendo cuando por razones de orden moral no se desea destruir la familia, etc. La tensión excesiva de la fluidez de los procesos nerviosos se observa con especial frecuencia en las personas cuyo trabajo requiere que la atención se traslade continua y urgentemente de unos problemas a otros, que las orientaciones cambien rápidamente, así como cuando las personas de sistema nervioso inerte se ven obligadas por las circunstancias de la vida a cambiar frecuentemente de ambiente.

Sería erróneo suponer que el sistema nervioso de cada hombre tiene un límite fijo de resistencia y capacidad de trabajo. Al contrario; como ya hemos dicho, Pávlov destacó la especial importancia que para la estabilidad del sistema nervioso tienen las condiciones de vida, la educación y el entrenamiento. En la vida del hombre no sólo deben tenerse en cuenta los factores que debilitan su sistema nervioso, como son el *surmenage,* las enfermedades, los traumatismos físicos, los choques psíquicos, etc., sino también los que templan y entrenan el sistema nervioso, haciéndolo más resistente. Por lo que respecta a esto último tienen particular importancia la ayuda fraternal y amistosa de los compañeros de trabajo y la exaltación de todas las facultades motivada por la existencia de amplios ideales sociales y elevados sentimientos. Nos referimos a sentimientos como el amor a la patria, la fidelidad en la amistad, la conciencia del deber ante la familia, un gran cariño, etc.

Entre las diferentes formas de neurosis que se presentan en los individuos de tipo débil y desequilibrado, la más frecuente es la n e u r a s t e n i a. Los que padecen esta enfermedad son personas muy irritables, que dominan mal sus sentimientos. Se cansan fácilmente y se quejan de su poca capacidad de trabajo y de trastornos del sueño, que pueden manifestarse por una somnolencia excesiva o, al revés, por el insomnio. En la mayoría de los casos están de mal humor, son huraños y se sienten deprimidos. Padecen dolores

de cabeza, vértigos y un estado general de agotamiento. Los neurasténicos se distinguen también por su gran sensibilidad a todos los estímulos externos, su intolerancia para los ruidos y la luz intensa y su excesiva atención para los más mínimos trastornos en el funcionamiento de sus órganos internos.

Conviene distinguir de la neurastenia el *surmenage,* en el que pueden observarse manifestaciones análogas a las de los neurasténicos. Pero el *surmenage* no es una enfermedad, no exige un tratamiento especial, y para suprimirlo basta con una acertada organización del trabajo y un reposo adecuado.

La neurastenia es relativamente fácil de tratar. Un régimen de trabajo bien establecido, un reposo adicional, un sueño normal, una hidroterapia tibia sedante y la prescripción de diversos medicamentos suelen bastar para fortalecer rápidamente el sistema nervioso y conseguir un restablecimiento total.

La clasificación de los tipos de sistema nervioso de que hemos hablado más arriba se basa en rasgos comunes a los animales y al hombre. Ahora bien, teniendo en cuenta las particularidades de la actividad nerviosa superior del hombre, Pávlov estableció otros tres tipos especiales de sistema nervioso, exclusivos de los seres humanos. Como base de esta clasificación, Pávlov tomó la correlación entre los dos sistemas de signalización. En los hombres del tipo "medio" se conjugan en forma equilibrada y armónica el primero y el segundo sistema de signalización. Los llamados artistas presentan un primer sistema de signalización relativamente fuerte y un segundo sistema relativamente débil. Los llamados pensadores muestran, por el contrario, un segundo sistema relativamente fuerte y un primer sistema de signalización relativamente débil.

¿Por qué a las personas con predominio del primer sistema se les ha dado el gráfico nombre de artistas y a las que ofrecen un predominio del segundo sistema el de pensadores?

Porque, como ya hemos señalado, con el primer sistema aparece ligada fundamentalmente la facultad de pensar en imágenes concretas, de tintes emocionales, que reflejan directamente y con vivos colores la realidad y los objetos del mundo exterior, como lo hacen los artistas en sus cuadros. Con el segundo sistema de signalización está ligado sobre todo el pensamiento abstracto, generalizador, verbal. Y puesto que la palabra actúa como señal de señales, ella sintetiza la realidad concreta, que se refleja en la conciencia del hombre, no en sus detalles particulares y en imágenes concretas, sino en conceptos abstractos generalizadores, lo cual es más propio de los hombres de ciencia y los pensadores.

Uno de estos dos tipos extremos puede estar acentuado de un modo anormal, y entonces el desequilibrio entre el segundo y el primer sistema de signalización resulta particularmente grande. En tales casos existe una predisposición a la histeria y a la psicastenia, que son dos neurosis específicamente humanas.

Los histéricos son individuos que presentan una debilidad de las células nerviosas de la corteza cerebral y, sobre todo, una debilidad del segundo sistema de signalización.

Para comprender mejor las manifestaciones características de esta neurosis es preciso recordar brevemente lo que decía Pávlov acerca de las bases fisiológicas de su aparición. Las personas de sistema nervioso equilibrado y fuerte pueden dominar sus sentimientos, someterlos a los dictados de la razón y acomodar su conducta a las exigencias de la vida y a las normas sociales establecidas. Antes de realizar un acto cualquiera, sopesan sus consecuencias y toman en consideración la concordancia entre su acción y los objetivos que persiguen en la vida. Semejante actividad volitiva racional del hombre está condicionada socialmente y es la expresión de un pensamiento verbal y conceptual, abstracto y generalizador, exclusivo del hombre y que los animales no poseen.

Pero puede ocurrir que distintos agentes externos nocivos ocasionen un debilitamiento de la corteza cerebral, con la que está relacionada la actividad racional orientada a un fin, específicamente humana, en cuyo caso el hombre puede perder el control de sus móviles, impulsos, instintos y sentimientos. Estos últimos se hallan ligados a los segmentos del cerebro situados debajo de la corteza, es decir, a la zona subcortical. Los histéricos son precisamente personas con una corteza cerebral relativamente débil y una zona subcortical relativamente fuerte, que se distinguen por su acentuada emotividad y cuya conducta se guía predominantemente por los dictados de su afectividad. Los histéricos no saben dominar sus volubles sentimientos y pasan con gran facilidad de la alegría inmoderada a ruidosas manifestaciones de dolor, de la risa al llanto. Estas personas se sienten inclinadas a fantasear exageradamente. Por tratarse de individuos fácilmente sugestionables y autosugestionables, sus representaciones de las distintas enfermedades pueden reflejarse muchas veces de tal modo que en ellos mismos aparecen los síntomas externos de esas enfermedades. Si un histérico se imagina que ha dejado de funcionarle una pierna o un brazo, inmediatamente se le produce una parálisis de la extremidad correspondiente. Las emociones pueden hacerles perder el habla. Después de alguna emoción también se observan en ellos ataques, durante los cuales el cuerpo se dobla en arco, se producen convulsiones y las carcajadas se truecan en llanto, mientras que sus palabras expresan los sentimientos que les atormentan. Uno de los rasgos característicos de los histéricos es que su tendencia a la exageración les hace considerarse gravemente enfermos, concediendo gran atención al tratamiento y exigiendo de sus allegados cuidados especiales. Conviene hacer constar aquí que el desequilibrio señalado entre la corteza y la zona subcortical de los histéricos requiere para su supresión no sólo la administración de distintos medicamentos que fortalecen el sistema nervioso, sino también una firme labor de sugestión por parte de los

allegados y los médicos, labor que debe tender a disciplinar la razón de los enfermos y convencerles de que su enfermedad no es tan grave ni tan terrible como ellos se lo imaginan. Y no cabe duda que los propios enfermos, si en ellos existe un propósito firme y están bien orientados, pueden aprender a dominar mejor sus sentimientos y a superar su histerismo.

Y ahora unas palabras acerca de la psicastenia, que es una neurosis menos frecuente.

En los psicasténicos se observa, por el contrario, un predominio del segundo sistema de signalización, con una debilidad relativa del primero y de aquellos segmentos del cerebro con cuya actividad está ligada primordialmente la manifestación de los instintos, impulsos y sentimientos. Lo que distingue a estos enfermos es la ausencia del sentido de la realidad, la constante sensación de que no sirven para nada, de que la vida no les llena, así como un continuo y estéril cavilar que hace nacer en ellos distintos temores e ideas fijas. Estos enfermos son muy indecisos, temerosos y aprensivos. Continuamente son presa de dudas torturantes, especialmente cuando se ven en la necesidad de actuar en condiciones desacostumbradas. En ellos se observa una pobreza del pensamiento figurativo y muestran una tendencia a interminables y estériles disquisiciones, a una "rumia mental imaginativo-verbal".

Los psicasténicos presentan un terreno abonado para los distintos estados obsesivos. Unas veces se les meten en la cabeza las ideas más absurdas, otras surgen en ellos temores inmotivados, como el miedo a la oscuridad, a las alturas, a las plazas, a los objetos afilados o al contagio. En ocasiones aparece el deseo incontenible de realizar distintos actos totalmente innecesarios.

Para comprender el mecanismo fisiológico de la neurosis y de otras alteraciones psíquicas poco marcadas tienen también gran importancia las ideas de Pávlov acerca de las relaciones recíprocas entre la corteza de los hemisferios cerebrales y los órganos internos.

LA CORTEZA DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES Y LOS ORGANOS INTERNOS

Refiriéndose a los hemisferios cerebrales, Pávlov decía que este segmento superior del sistema nervioso "mantiene bajo su control todos los fenómenos corporales"*. Esta tesis fue desarrollada posteriormente por K. Bykov y otros investigadores, cuyos trabajos demostraron la existencia de vías nerviosas sensitivas que llegan al cerebro procedentes de los órganos internos. La existencia de "órganos internos de los sentidos", de mecanismos nerviosos receptores viscerales fue demostrada también por los sabios soviéticos mediante el estudio microscópico de la estructura fina de los tejidos.

Así quedó confirmada la exactitud de la hipótesis, emitida ya por Séchenov, de que las sensaciones procedentes de los órganos internos y las que nos proporcionan los órganos de los sentidos al recibir los estímulos del medio ambiente tienen la misma naturaleza fisiológica.

Las investigaciones realizadas permitieron descubrir una doble conexión nerviosa entre la corteza cerebral y los órganos internos. Por una parte, la corteza cerebral regula el funcionamiento de los órganos internos y, por otra, recibe una "información" acerca del estado y la actividad de los mismos. Al propio tiempo, la corteza del cerebro constituye la base material de la actividad psíquica.

Conociendo todo esto resulta fácil explicar el mecanismo de los influjos ejercidos sobre el funcionamiento de los órganos internos a través de la psique. También se comprende cómo el funcionamiento de los órganos internos y los impulsos nerviosos procedentes de ellos pueden influir sobre nuestro estado psíquico y general.

Al hablar de las concepciones de Kórsakov nos referimos a la hipocondría, o sea, a las alteraciones patológicas del psiquismo que se expresan en una valoración errónea

---

* I. Pávlov, *Obras completas*, 1951, t. III, vol. 2, pág. 410.

del estado de salud propio, en una excesiva atención a los síntomas de la enfermedad o a veces en la imaginación de dichos síntomas, así como en la existencia de temores infundados. Kórsakov consideraba que la hipocondría tiene por base una "hiperestesia de la sensación general", o como diríamos ahora, una elevada sensibilidad de los mecanismos nerviosos receptores situados en los órganos internos. Séchenov decía que las sensaciones "oscuras" que llegan al cerebro procedentes de los órganos internos contribuyen a determinar el "tono" del estado general, el humor y el nivel de la actividad psíquica del hombre.

En nuestros tiempos, V. Guiliarovski, E. Krasnushkin y otros muchos psiquiatras han señalado el papel que tales sensaciones desempeñan en diversos trastornos psíquicos. El neuropatólogo M. Astvatsatúrov subraya, confirmando la observación popular, los rasgos característicos del psiquismo de ciertos enfermos en dependencia de las alteraciones patológicas de sus órganos internos. Así, por ejemplo, los trastornos bruscos de la actividad cardíaca se caracterizan por una sensación de temor, las enfermedades del hígado, por la irritabilidad, etc.

La influencia del psiquismo sobre el curso de las enfermedades internas resalta con particular evidencia en el caso de las enfermedades cardiovasculares. Con frecuencia hablamos de un corazón que "trepida de emoción" o "paralizado por el temor". En efecto, en las emociones fuertes suele acelerarse el pulso y a veces se sienten palpitaciones. El corazón y los vasos sanguíneos, tan ricos en conexiones nerviosas que los ligan a otros órganos y a los centros nerviosos del cerebro, reflejan en forma extremadamente sutil nuestros sentimientos y emociones, modificando su actividad. En numerosos casos, los trastornos del funcionamiento normal de los distintos órganos son debidos fundamentalmente a que se encuentra alterada la regulación de su actividad por la corteza cerebral.

La importancia de estas alteraciones de la actividad normal de la corteza del cerebro ha sido puesta claramente

de manifiesto en las investigaciones de M. Petrova, quien ha logrado por vía experimental provocar estados neuróticos en los perros. Sus experimentos mostraron que la frustración prolongada de la actividad nerviosa va acompañada en muchos casos de diversas enfermedades cutáneas, articulares, renales, digestivas y de otros órganos y que en algunos perros se producen incluso tumores de la piel y de los órganos internos. Si a estos animales se les proporciona un reposo prolongado, sumiéndolos durante largo tiempo en un sueño hipnótico y suministrándoles bromo y otros medicamentos, se consigue restablecer la actividad normal de la corteza del cerebro. Después de esto desaparecen por regla general las enfermedades de la piel y de los órganos internos.

En el mismo sentido han estado orientadas las investigaciones de M. Usiévich, quien provocaba en los perros distintas neurosis, observando al mismo tiempo diferentes enfermedades de los riñones, del estómago y de otros órganos internos. En varios casos aparecieron alteraciones en la excreción de la bilis, con estancamiento en las vías biliares y en la vesícula, a consecuencia de lo cual se producían cólicos biliares. En otros casos, la neurosis experimental conducía a prolongadas elevaciones de la tensión sanguínea, etc. Al curar la neurosis de los animales de laboratorio, Usiévich conseguía restablecer también el funcionamiento normal de los órganos internos.

Al referirnos, al comienzo de este capítulo, a la primera etapa de la actividad científica de Pávlov, consagrada al estudio de la fisiología de los órganos de la circulación, consignamos la gran importancia del descubrimiento hecho por él de unos nervios especiales del corazón, encargados de regular la fuerza de las contracciones cardíacas.

Recordaremos aquí que Pávlov consideraba que estos nervios eran nervios tróficos, que regulan la nutrición del músculo cardíaco.

Como es sabido, en todo organismo animal se produce continuamente un recambio de substancias. Se desintegran

las substancias de compleja constitución química que forman los tejidos y los órganos del cuerpo, y durante este proceso se libera la energía necesaria para la actividad vital del organismo. Estos tejidos y órganos se reconstituyen merced a las substancias nutritivas que el torrente sanguíneo les aporta. Todos estos complejos procesos metabólicos, con los que están ligadas la desintegración y reconstitución de las diversas partes del organismo animal y humano, son diferentes para los distintos órganos, dependiendo de las particularidades de su estructura y función así como de su estado de reposo o actividad. Las ideas de Pávlov acerca de la inervación trófica, o dicho en otros términos, de la regulación nerviosa de la nutrición de los tejidos, fueron profundizadas por los trabajos de L. Orbeli.

Este investigador demostró con numerosos experimentos realizados en animales, que la parte especial del sistema nervioso central y periférico a la que se da el nombre de sistema nervioso s i m p á t i c o influye de un modo inmediato sobre el metabolismo de los órganos y tejidos, regulando los procesos de su nutrición en dependencia directa de las condiciones de su actividad.

Orbeli dio a esta función del sistema nervioso simpático el nombre de función adaptadora-trófica.

A. Speranski, también discípulo de Pávlov, estudió los trastornos de la regulación nerviosa del metabolismo en los órganos y tejidos, es decir, los fenómenos de la llamada d i s t r o f i a n e r v i o s a, creando una teoría acabada acerca del papel que desempeña el sistema nervioso en la aparición y el desarrollo de diversos procesos patológicos del organismo.

Speranski demostró con sus investigaciones la importancia de las reacciones defensivas neuro-reflejas del organismo para la prevención y superación de las enfermedades. Estableció que muchas enfermedades, consideradas antes de carácter local e independientes del sistema nervioso, obedecen a alteraciones de la actividad de distintos centros nerviosos. Asimismo demostró que diversas enfer-

medades pueden ser curadas actuando sobre el sistema nervioso.

Extraordinariamente importante es también el papel de la corteza cerebral en el restablecimiento de la actividad normal de los órganos alterados por alguna lesión. Así lo han demostrado los experimentos de E. Asratián amputando las extremidades de distintos animales, seccionándoles los nervios o produciéndoles otras lesiones. A algunos animales se les lesionó también la corteza de los hemisferios cerebrales. Resultó que los animales que tenían intacta la corteza cerebral se restablecían mejor después de las lesiones. Aquellos, por ejemplo, a los que se había seccionado algún nervio, recuperaban los movimientos con más rapidez y en forma más completa. El tratamiento mediante el sueño prolongado ejercía una influencia benéfica sobre la recuperación de los movimientos perdidos y contribuía a la compensación de los distintos defectos del animal. Esto se explica por el fortalecimiento de la corteza cerebral después de un descanso completo durante el sueño.

Las investigaciones de Bykov, Orbeli, Speranski, Usiévich, Petrova y Asratián muestran el gran papel que desempeña el estado de la corteza cerebral en la génesis de distintas enfermedades y, por otra parte, en el restablecimiento de la actividad normal del organismo alterada por una enfermedad o una lesión y en la compensación de los distintos defectos. Estas investigaciones demuestran científicamente el papel y la importancia del estado psíquico del enfermo y de su actitud ante su dolencia para el curso de las distintas enfermedades internas. También proporcionan una explicación fisiológica a los mecanismos de la acción terapéutica de la psicoterapia y ponen de manifiesto las vastas posibilidades que ofrece el tratamiento de toda una serie de enfermedades nerviosas e internas mediante recursos que contribuyan a fortalecer las células nerviosas de la corteza cerebral, y en particular mediante la hipnosis o el sueño prolongado.

La teoría de Pávlov de la actividad nerviosa superior,

además de dar una explicación fisiológica a los distintos síntomas psicopatológicos, a las neurosis y al papel del factor psíquico en la clínica de las enfermedades internas, ha resultado ser extremadamente útil para la comprensión de los mecanismos nerviosos de la aparición y desarrollo de distintas enfermedades psíquicas. De éstas nos detendremos tan sólo a examinar las dos más importantes y más difundidas: la esquizofrenia y la epilepsia.

LA ESQUIZOFRENIA

Los esquizofrénicos constituyen aproximadamente el 40% de los enfermos internados en las clínicas psiquiátricas. Encerrados en sí mismos, inabordables, desvinculados del medio circundante, estos enfermos están sumergidos en el mundo fantástico de su vida interna, percibiendo el mundo real de un modo particular, desnaturalizado.

En ellos se halla gravemente alterada la concordancia entre las percepciones, los sentimientos, las ideas y las acciones. Han perdido lo que se llama la unicidad de la personalidad. El enfermo puede experimentar un desdoblamiento de su "yo" y aparecer con doble personalidad, contradictoria en sus pensamientos y acciones. Algunos sentimientos, ideas y deseos del enfermo parecen adquirir existencia propia, en completa independencia del conjunto de su personalidad. Tal pérdida de la unicidad de la personalidad hace que muchas veces resulte incomprensible la conducta de los enfermos, pues éstos realizan acciones inesperadas y peregrinas.

Algunos enfermos presentan un lenguaje incoherente, o como dicen los psiquiatras, con rasgos de "disgregación". Sus frases, gramaticalmente correctas, carecen al propio tiempo de todo sentido. Parece como si el comienzo de una frase estuviese unido al azar con el final de la anterior.

En la forma de la esquizofrenia llamada catatónica se observa siempre una fuerte tensión muscular. Los enfermos ofrecen gran resistencia a cualquier intento de modificar

la posición de su cuerpo; a veces quedan largo tiempo petrificados en extrañas posturas, permaneciendo inmóviles, como estatuas durante horas enteras. En algunos casos se observa una "plasticidad cérea", y entonces se puede poner al enfermo en cualquier postura, que es conservada por ellos durante mucho tiempo. Frecuentemente, los esquizofrénicos se niegan a comer, no responden a las preguntas que se les hacen y permanecen sumidos en el mutismo más completo.

En la forma paranoica (delirante) de la esquizofrenia aparecen en primer plano las alucinaciones auditivas y diversas ideas delirantes. Los enfermos oyen "voces" acusatorias y, a veces, imperativas. Les parece que la actitud de la gente hacia ellos ha cambiado, que se burlan y se ríen de ellos, que les miran de un modo especial, que les quieren envenenar, matar, etc.

Con el desarrollo de la dolencia aparecen persistentes alteraciones de la personalidad, que se expresan fundamentalmente en una profunda indiferencia del enfermo ante lo que le rodea. El esquizofrénico se encierra en su mundo interior, ya muy pobre, y deja de reaccionar ante acontecimientos que antes siempre le interesaban. La apatía se va haciendo cada vez más profunda y desaparece todo afecto hacia los allegados.

Tal es el multiforme y complejo cuadro de los trastornos psíquicos padecidos por los esquizofrénicos.

En su estudio de la esquizofrenia, Pávlov concedió preferente atención a la forma catatónica. Entre los enfermos observados por él figuraba un sexagenario, que había pasado 22 años en cama como una momia, sin moverse ni pronunciar una palabra. Había que alimentarlo artificialmente, a través de una sonda. Al cabo de todo ese tiempo sobrevino una mejoría y el enfermo comenzó a hablar y a moverse. Pronto fue dado de alta, sin presentar síntomas de trastorno mental*.

* Pávlov explicaba esta mejoría por el hecho de que a una edad avanzada se debilitan los procesos de inhibición.

¿Qué explicación fisiológica tienen las manifestaciones patológicas observadas en este enfermo y en los demás casos de esquizofrenia catatónica?

El estado catatónico de los esquizofrénicos tiene por base un sueño parcial, es decir, una inhibición prolongada de aquellos sectores de la corteza cerebral que gobiernan los movimientos del hombre. En estos casos se encuentran inhibidos los centros nerviosos que tienen relación con los movimientos voluntarios e involuntarios, así como los vinculados con el lenguaje oral y escrito. Así se explica que el enfermo observado por Pávlov hubiese permanecido durante muchos años inmóvil en cama, sin hablar ni relacionarse con las personas que le rodeaban.

¿A qué se debe el estado de inhibición crónica de las células nerviosas de la corteza cerebral? La causa de tal inhibición en los esquizofrénicos es la debilidad de esas células. Más adelante (pág. 101) explicaremos el origen de dicha debilidad. Ahora indicaremos que en las células nerviosas debilitadas se produce un estado de agotamiento, ya que para ellas hasta las excitaciones normales resultan extremadamente fuertes. El agotamiento conduce a su vez a la inhibición, que tiene un carácter defensivo y protector, evitando el peligro de la destrucción de las células nerviosas corticales.

De la explicación fisiológica dada por Pávlov a los trastornos del psiquismo en la esquizofrenia se desprenden varias conclusiones importantes. Ante todo queda refutada de plano la falsa concepción de algunos psiquiatras, para quienes la esquizofrenia tiene por base, desde su mismo comienzo, una destrucción del sistema nervioso, que conduce fatalmente a la desintegración del psiquismo y a una profunda debilidad mental. Semejante afirmación no corresponde a la realidad. Hasta cierto momento, la esquizofrenia no se encuentra asociada a una alteración estructural y a la muerte de las células nerviosas del cerebro, por lo que en esta fase el enfermo puede ser curado. Únicamente más tarde, y en determinadas condiciones, cuando se vulneran los mecanismos defensivos y protectores de la inhibición, la enfermedad pasa en muchos casos a la fase siguiente, la cual ya va acompañada de la muerte de células nerviosas. Un tratamiento oportuno y acertado es capaz de impedir que una enfermedad que puede ser curada se convierta en incurable.

LA EPILEPSIA

La epilepsia es una enfermedad grave y extendida. Traducida literalmente, la palabra griega "epilepsia" significa "ser agarrado de pronto". Según el célebre médico númida Celio Aureliano (siglo V de n.e.), durante el ataque epiléptico "se pierde la vista y el oído, así como todo raciocinio y gobierno de sí mismo". Los ataques tan característicos de los epilépticos, que se producen en cualquier circunstancia o condición, con pérdida repentina del conocimiento y caída súbita, acompañada de convulsiones, así como también la posibilidad de que la perturbación de la conciencia haga cometer actos involuntarios, peligrosos desde el punto de vista social, todo ello convierte a los que padecen este grave mal en seres muy desgraciados que viven siempre bajo la amenaza de una lesión y en continuo peligro para su vida.

Según datos recogidos por L. Prózorov, quien se ha dedicado ampliamente a estudiar la estadística de la epilepsia, en los países capitalistas hay de 3 a 4 epilépticos por cada 1.000 habitantes. En la U.R.S.S., y dadas las cifras más bajas de morbilidad, el número de epilépticos es mucho menor, aunque también es muy elevado: 1-2 por 1.000 habitantes. Los datos recopilatorios de los informes proporcionados por las clínicas de Neurología y Psiquiatría de la U.R.S.S. muestran que, de 1950 a 1955, el número de epilépticos representó por término medio el 10% de los enfermos atendidos, ocupando el segundo lugar después de la esquizofrenia.

La epilepsia ya era conocida en tiempos muy remotos con nombres diversos, como "enfermedad de Hércules",

"mal caduco", "mal sagrado", "morbo comicial", etc. En los Vedas, antiguos libros de la India, ya se habla de ella. En el antiguo Egipto se relacionaba la aparición de los ataques epilépticos con la luna llena, y de ahí el nombre de "morbus lunaticus" que posteriormente se dio a esta enfermedad.

El nombre de "epilepsia" fue propuesto por Avicena, el famoso médico de la Edad Media. La primera descripción científico-natural de la epilepsia la dio Hipócrates en su libro *Del mal sagrado*, obra cuyo interés no se ha perdido hasta hoy día y que asombra por la exactitud y profundidad de las observaciones.

Que las manifestaciones clínicas de la epilepsia eran bien conocidas en la antigüedad lo atestigua la maravillosa descripción que del ataque convulsivo nos ofrece el eminente poeta y filósofo materialista romano Lucrecio Caro:

"La víctima del repentino acceso
Cae ante nosotros como fulminada por el rayo. Gime,
Echa espuma por la boca, sus miembros se agitan convulsos;
Ha perdido el conocimiento, sus músculos están contraídos,
Su respiración es anhelante y, destrozado, yace impotente.
. . . . . .
Después, parece retroceder la fuente del mal,
Y el acre humor que ha envenenado el cuerpo
Vuelve a sumergirse en las entrañas.
Como ebrio, el doliente poco a poco se levanta,
Los sentidos retornan a él y su alma revive".

Además de los ataques convulsivos descritos, en la epilepsia se observan también otras manifestaciones patológicas, que se presentan en forma de accesos, como son, por ejemplo, los más variados trastornos de la actividad psíquica, que se inician súbitamente y desaparecen con rapidez. A veces, durante estas manifestaciones, los enfermos realizan diversos actos habituales, se desnudan, se lavan, van a algún lugar, etc. Pero todo esto lo ejecutan inconscientemente, y cuando vuelven en sí no recuerdan nada de lo que han hecho durante el acceso. En algunos casos, poco frecuentes, tal conducta inconsciente, pero aparentemente ordenada, puede tener un carácter muy complejo y ser de larga duración. El psiquiatra francés Legrand du Saule cita el caso de un comerciante epiléptico que en cierta ocasión, durante un acceso, realizó un viaje a la India. Al volver en sí en Bombay se extrañó sobremanera de verse en la India y no recordaba absolutamente nada del viaje realizado. Toda su conducta, que en apariencia parecía consciente, en realidad había sido automática, fuera del control de su razón.

Estos viajes inconscientes de epilépticos, que de pronto abandonan su hogar, se trasladan sin objetivo alguno a lejanos lugares y llevan un género de vida impropio de su manera de ser, han servido de tema para divertidas obras literarias. Tal es el caso, por ejemplo, de la novela de William Locke *El vagabundo*, en la que se describe a un aristócrata inglés que abandonó su casa y anduvo vagando por el mundo. Al recuperar la razón vio con sorpresa que se encontraba lejos de su hogar, en un estado realmente deplorable y vestido con ropas ajenas; sus bolsillos hallábanse repletos de cosas completamente innecesarias, cuyo origen desconocía.

Pese a que la epilepsia viene siendo estudiada desde muy antiguo, aún no se ha hecho plena luz en muchos problemas relacionados con su origen. Uno de los grandes méritos de Pávlov consiste en haber descifrado el mecanismo nervioso de los accesos epilépticos. Según él, la epilepsia tiene por base una alteración morbosa de la actividad nerviosa superior, que se expresa en la tendencia a formar en algún punto del cerebro una fuerte excitación con una inercia extraordinaria. Este punto enfermo del cerebro del epiléptico se distingue por la acumulación patológica de una excitación sumamente fuerte, de carácter inerte y con descargas periódicas de tipo explosivo.

Pávlov estimaba que la intensidad, el carácter explosivo y la periodicidad son los rasgos característicos de la actividad nerviosa superior de los epilépticos. Durante el ataque, la descarga, la intensa excitación inerte acumulada en un foco se produce con una sucesión dinámica de los procesos nerviosos fundamentales, tanto en la corteza, como en los segmentos subyacentes del cerebro, en la zona subcortical y en el tronco, que son los que participan predominantemente en las diversas fases del ataque.

La explosión excitativa en el analizador de la motilidad, que se observa en el ataque epiléptico y constituye su fase convulsiva, se desenvuelve teniendo por fondo una inhibición, de rápido desarrollo, de toda la parte restante de la corteza (como fenómeno de inducción negativa). Prueba de ello es la pérdida del conocimiento y la falta de reacción a los estímulos exteriores durante el ataque. La onda excitativa que desciende por el analizador de la motilidad va acompañada también de una inducción negativa en los segmentos subyacentes del cerebro; así lo evidencia la falta de reacción pupilar a la luz durante el ataque y la caída súbita del enfermo en virtud de un debilitamiento del tono muscular. Aquí cabe destacar el carácter reflejo del origen de los ataques epilépticos. En ocasiones, este carácter reflejo se manifiesta con toda nitidez. Nos referimos a los casos conocidos en la literatura psiconeurológica con el nombre de epilepsia r e f l e j a. Los accesos en este tipo de enfermos se producen al ser excitado alguno de los analizadores por un ruido, una música, una irritación del oído, un dolor de muelas, etc. El origen reflejo-condicionado de los accesos aparece en ocasiones con toda evidencia, como lo ha logrado reproducir experimentalmente en perros A. Dolin, discípulo de Pávlov. Como ejemplo de epilepsia reflejo-condicionada puede servir también el enfermo presentado en la Sociedad de Neuropatología y Psiquiatría de Leningrado por M. Nikitin. Se trataba de un caso en el que los accesos epilépticos sólo se presentaban cuando se ponía en el gramófono un disco con el aria de Berendéi, de la

ópera de Rimski-Kórsakov *Snegúrochka*. Conviene tener en cuenta, sin embargo, que los mecanismos reflejos y reflejo-condicionados del desencadenamiento de los ataques epilépticos no se limitan únicamente a los casos en que dicho mecanismo aparece con toda evidencia. Hay fundadas razones para suponer que el mecanismo reflejo existe en todos los accesos, aunque los excitantes reflejos que los producen se encuentran velados y no saltan a la vista.

El curso prolongado de la enfermedad, con ataques frecuentes, produce en los epilépticos alteraciones estables del psiquismo. La mente de los enfermos adquiere un carácter viscoso, pegajoso. Su modo de pensar se distingue por la prolijidad, por una tendencia al detallismo, por el especial hincapié en las particularidades. Esta lentitud, esta dificultad para pasar de una cosa a otra, esta inercia evidente del pensamiento se manifiestan en el lenguaje del epiléptico por una repetición constante del mismo tema con extraordinaria profusión de detalles. La vida afectiva de los epilépticos se distingue también por una serie de rasgos particulares. Estos enfermos son temibles cuando están irritados; crueles, sumamente rencorosos e irascibles, se tranquilizan con gran dificultad. Según la gráfica expresión del sabio soviético Y. Frumkin, quien ha realizado profundos estudios sobre la epilepsia, los enfermos comiciales se distinguen por una fogosa irritabilidad, por una explosividad afectiva muy intensa y por una reacción emocional de "corto circuito". Los epilépticos son sumamente egocéntricos y muestran una tenacidad extraordinaria en conseguir que se les prescriba y aplique un tratamiento, dando muestras al propio tiempo de una minuciosidad rayana en la pedantería.

Estas particularidades de la psique de los epilépticos cuya enfermedad sigue un curso grave y prolongado, son tan típicas que han dado lugar a brillantes descripciones en obras literarias. El escritor Fiódor Dostoievski, que padecía él mismo ataques epilépticos, nos ofrece en varias de sus obras una imagen de extraordinaria expresividad artística

del psiquismo de los enfermos de epilepsia. Tales son Nelly de *Humillados y ofendidos*, el príncipe Myshkin de *El Idiota* y Smerdiakov de *Los hermanos Karamázov*.

Según Pávlov, la base de las alteraciones del psiquismo de los epilépticos —su lentitud, pegajosidad y viscosidad— reside en un predominio de la inercia en los procesos de su actividad nerviosa superior.

"La inercia —decía— es un rasgo de los epilépticos, que con gran dificultad renuncian a sus viejos hábitos y a sus viejas ideas... En sus acciones y pensamiento se aferran con fuerza extraordinaria a una cosa y muy difícilmente se separan de ella y pasan a otra nueva"*.

La apreciación que acabamos de hacer de los epilépticos, lo mismo de sus ataques que de las alteraciones específicas de su psiquismo, no debe implicar un pronóstico sombrío y sin perspectivas de esta enfermedad. Muy al contrario. Como veremos más adelante, en el capítulo dedicado al tratamiento de las enfermedades mentales, la ciencia médica dispone hoy día de recursos sumamente eficaces para tratar la epilepsia.

* * *

Hemos presentado al lector algo —muy poco— de la rica herencia dejada por Pávlov en sus magníficos estudios de los mecanismos fisiológicos que constituyen la base de los distintos trastornos psíquicos. Pero lo expuesto basta para mostrarnos la enorme importancia de estos trabajos para el desarrollo de la ciencia que estudia las enfermedades psíquicas. La Psiquiatría soviética, al basarse en la teoría de la actividad nerviosa superior, ha obtenido condiciones excepcionalmente favorables para un cabal y profundo esclarecimiento de las causas que originan las enfermedades mentales y para la búsqueda de los medios más eficaces de combatirlas.

---

* *Los Miércoles de Pávlov*, actas taquigráficas de las charlas fisiológicas, t. 2, pág. 243, Moscú-Leningrado, 1949.

Capítulo III

LAS CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Lo dicho en el capítulo anterior muestra claramente que las perturbaciones psíquicas tienen por base una alteración patológica de la actividad de los hemisferios cerebrales. Ahora bien, ¿por qué se producen esas alteraciones? ¿Dónde hay que buscar las causas de los distintos trastornos psíquicos?

Antes de contestar a estas preguntas será preciso recordar que en Psiquiatría, lo mismo que en otras ciencias, existen dos campos en pugna. Uno de ellos está integrado por los investigadores progresistas de todo el mundo, incluídos los soviéticos, que mantienen posiciones materialistas. En el otro figuran los místicos, que actúan bajo la bandera del idealismo. En Psiquiatría, la lucha entre estos dos bandos gira ante todo en torno al problema del papel de la herencia en el origen de las enfermedades mentales.

Los partidarios de las teorías biológicas reaccionarias afirman la fatal predeterminación de la herencia, que no puede ser influída ni modificada por las condiciones de vida ni por agentes externos de ninguna clase. Según ellos, las cualidades y los caracteres adquiridos por los organismos vegetales y animales en el curso de su vida no pueden ser heredados. Contra tales concepciones se alzó I. Michurin. Este investigador y sus seguidores consideran que el organismo, bajo la influencia de las cambiantes condicio-

nes de vida, adquiere nuevas cualidades, que más adelante, y en determinadas condiciones, pueden transmitirse por herencia de generación en generación.

Este punto de vista viene a destruir la leyenda de la herencia eterna e inmutable. Sus partidarios admiten la posibilidad de influir sobre la herencia, de modificarla actuando sobre las condiciones de vida de los organismos, mejorándolos y perfeccionándolos con un fin concreto. Pávlov compartía íntegramente estas ideas desarrolladas por Michurin. El gran fisiólogo sostenía que algunos reflejos condicionados, al repetirse en varias generaciones, pueden luego ser transmitidos por herencia y convertirse así en reflejos congénitos o incondicionados.

En el capítulo precedente señalamos ya que, según Pávlov, los factores del medio circundante y las condiciones de vida tienen enorme importancia para la formación y modificación de los tipos de sistema nervioso. Estos factores pueden muy bien rehacer y transformar un tipo innato de sistema nervioso.

Pávlov criticó severamente en varias ocasiones las ideas del psiquiatra alemán Kretschmer, quien afirmaba que el carácter del hombre viene determinado únicamente por sus cualidades innatas. Pávlov decía que el carácter es una mezcla de tendencias e inclinaciones congénitas con tendencias adquiridas durante la vida bajo la influencia de las impresiones y de la educación.

La mayoría de los psiquiatras rusos consideraba que las condiciones de vida desempeñan un papel rector en el origen de las enfermedades mentales. Así, por ejemplo, P. Malinovski, en una enérgica requisitoria contra el régimen social imperante en la Rusia de la primera mitad del siglo XIX, decía: "Se humilla el amor propio de los pobres, se desprecia el talento, se ofende el pudor, se ridiculiza la santidad de los sentimientos, no se cree en la honradez, no se respetan los derechos... En el aspecto físico, para los pobres, falta de alimentos, alimentos malos, alojamientos

insalubres, escasez de ropa y calzado, enfermedades descuidadas hasta lo increíble. Todo esto contribuye a la propagación de la demencia..."*

Las condiciones en que vive el hombre, su educación, el medio social en que se forma su personalidad y su conciencia; todo esto ayuda en unos casos a la prevención de las enfermedades mentales y en otros, por el contrario, lo obstaculiza.

DE QUE PROVIENEN LAS ENFERMEDADES MENTALES

A veces, después de una lesión traumática del cerebro (una herida, un golpe o una grave conmoción cerebral, una contusión por onda explosiva), se producen accesos convulsivos y sobreviene una debilidad general y un ligero agotamiento del sistema nervioso; en ocasiones aparecen distintos trastornos del psiquismo. En la mayoría de los casos, tales trastornos tienen un carácter inestable y con el tiempo desaparecen sin dejar ninguna huella.

En algunas enfermedades infecciosas, como en el tifus abdominal y en el exantemático, se observa obnubilación de la conciencia, confusión mental, numerosos engaños de los sentidos (principalmente visuales) y emociones como las que se experimentan en sueños, con la sola diferencia de que los enfermos, en contraposición a los que duermen, se encuentran en un estado de agitación e intranquilidad motriz. En las infecciones que afectan al cerebro, o sea, en las llamadas encefalitis, los trastornos psíquicos no ofrecen por regla general las manifestaciones turbulentas que presentan en las infecciones agudas, sino que se expresan en perturbaciones de la personalidad del enfermo y en una serie de rasgos mórbidos de su carácter, en un empobrecimiento del intelecto.

---

* P. Malinovski, *La locura, descrita tal como se presenta al médico práctico*, 1847, pág. 90.

En los sifilíticos, las enfermedades psíquicas aparecen habitualmente algunos años después del contagio, si no se ha aplicado el tratamiento correspondiente. Una de las formas de afección tardía sifilítica del cerebro es la parálisis progresiva, de la que ya hemos hecho mención. Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1822 por el psiquiatra francés Bayle, discípulo de Esquirol. Al parecer, este último separaba ya del grupo general de enfermos mentales a los que padecían parálisis progresiva, cuando comprobaba que los trastornos del lenguaje, tan característicos en tales enfermos, eran sintomáticos de un curso maligno de la enfermedad psíquica. Sábler y Malinovski fueron los primeros que dieron en Rusia una descripción completa del cuadro clínico de la parálisis progresiva.

En el pasado, la parálisis progresiva era una enfermedad que conducía fatalmente a una profunda debilidad mental, a la parálisis general y a la muerte; pero en la actualidad, como veremos en el capítulo siguiente, esta dolencia puede ser tratada con gran éxito.

La intoxicación alcohólica crónica es capaz de producir los trastornos psíquicos más diversos. Ya hicimos mención de una forma de psicosis alcohólica descrita por Kórsakov y que lleva su nombre. Con más frecuencia se observa el llamado *delirium tremens*. En los que consumen habitualmente bebidas alcohólicas en grandes cantidades se produce una psicosis aguda acompañada de angustiosos engaños de los sentidos, principalmente visuales. El enfermo ve los cuadros más fantásticos, con animales espantosos, caras horripilantes, monstruos y demonios.

Las psicosis también son provocadas por el uso de la morfina, la cocaína, el opio y otros narcóticos, así como por las intoxicaciones alimenticias.

Las enfermedades de los órganos internos pueden conducir asimismo a perturbaciones psíquicas, aunque esto es relativamente poco frecuente. El trastorno de la actividad psíquica normal suele ser en estos

casos insignificante, pero, no obstante, a esta clase de enfermos debe prestárseles gran atención, pues en ellos se observa con frecuencia un estado depresivo, con angustias, temores, melancolías, todo lo cual repercute desfavorablemente en el curso de la enfermedad principal.

La influencia que ejercen las distintas enfermedades de los órganos internos sobre el estado de la salud psíquica resalta con particular evidencia en las cardiopatías. La estrecha relación existente entre el sistema nervioso y la psique por un lado y el corazón por otro es bien conocida. En la literatura y en las representaciones populares, los sentimientos y las emociones del hombre se relacionan con el corazón. En ellas se habla con frecuencia de un corazón "amante", "tembloroso de emoción", "paralizado por el miedo", "lleno de angustia", "misericordioso" o "de piedra". El corazón y los vasos sanguíneos, tan ricos en conexiones nerviosas que los ligan a los otros órganos y a los centros nerviosos del cerebro, reflejan de un modo muy sutil y completo en los cambios de su actividad todos nuestros sentimientos, cuyo órgano directo es, sin embargo, el cerebro.

En algunos casos, las enfermedades del corazón (sobre todo durante los accesos) van acompañadas de un sentimiento de temor y angustia. Lógicamente cabe preguntar: ¿cuál es la causa de ello? ¿No se deberá a que el corazón enfermo envía al cerebro, a través de los nervios, impulsos mórbidos?

En la angina de pecho, enfermedad cardíaca que va asociada a accesos de profundo temor a la muerte, éste se produce justamente por un mecanismo de dicho tipo. Los accesos de angina de pecho son tan conocidos, que su descripción puede encontrarse incluso en las obras literarias. En el relato de A. Kuprín *En el circo* se describe con extraordinaria fuerza expresiva el estado de temor que durante un ataque de corazón experimenta el atleta Arbúzov. He aquí el pasaje correspondiente del relato.

"Ya había anochecido por completo cuando, de pronto, Arbúzov se incorporó bruscamente en la cama, presa de un sentimiento de loco terror y de una insufrible angustia física, que partía del paralizado corazón, llenaba todo su pecho y ascendía hasta el cuello, atenazándolo. A los pulmones les faltaba aire, como si dentro algo impidiese su paso. El luchador abría ansiosamente la boca, tratando de respirar, pero no sabía, no podía hacerlo, y se ahogaba. Esta espantosa sensación duró apenas unos tres o cuatro segundos, pero a él le pareció que habían pasado años desde el comienzo del ataque y que en ese tiempo había envejecido. "Es la muerte", pasó por su mente, pero en el preciso instante una mano invisible tocó su paralizado corazón, como se toca un péndulo parado, y aquél, después de un golpe brutal, que parecía querer destrozarle el pecho, comenzó a latir con timidez, ansiosa y desordenadamente. Al mismo tiempo, unas cálidas oleadas de sangre afluyeron a su rostro, a sus manos y a sus pies, cubriéndole el cuerpo de una fina transpiración".

En esta descripción se señalan claramente "el loco terror y la insufrible angustia física que partía del corazón". El enfermo experimenta un sentimiento de terror verdaderamente corporal, que localiza en el corazón. Simultáneamente con ese sentimiento tiene diversas sensaciones desagradables originadas por la alterada actividad del corazón, como son su paralización total o su ritmo profundamente descompuesto: "Comenzó a latir con timidez, ansiosa y desordenadamente".

En otros casos, el sentimiento de temor y de angustia tiene un origen distinto, obedeciendo a las difundidas ideas acerca de la significación de la actividad cardíaca para el mantenimiento de la vida. Al experimentar tal temor (producto de ideas alarmantes), los enfermos empiezan de pronto a "sentir el corazón", sin que en él se hayan producido alteraciones patológicas de ningún género. Las modificaciones de la actividad cardíaca, naturales en las emociones fuertes, son interpretadas como una prueba de

que su corazón "está muy enfermo". Sin embargo, se trata de una supuesta enfermedad, pues en tales casos el corazón está sano.

A menudo nos encontramos con ideas erróneas acerca de los trastornos nerviosos y psíquicos que aparecen en la e d a d c r í t i c a. Muchas personas creen que la vejez lleva aparejado inevitablemente un debilitamiento de la salud neuro-psíquica y que a esa época de la vida corresponde siempre una decadencia nerviosa y mental. Estas falsas ideas se propagaban y se propagan con insistencia en la sociedad capitalista, donde efectivamente la vejez representa para un número considerable de personas algo bien triste.

Algunos autores tratan de ofrecer un cuadro sombrío de la vejez como una ley de la naturaleza, y la literatura del pasado no escatimó pinceladas para presentar imágenes de viejos desvalidos, enfermos y en muchos casos víctimas de la locura. Recordemos *El Rey Lear* de Shakespeare.

Pero hay otra imagen de la vejez, una vejez pletórica y armónica, sabia y enriquecida por la experiencia, que conserva plenamente las fuerzas creadoras del individuo. Cuando a una edad avanzada aparecen trastornos nerviosos y psíquicos, no se trata de casos de vejez normal o natural, sino de una vejez producida por enfermedades o por un género de vida incorrecto. El libro *Estudios de optimismo*, del célebre biólogo ruso I. Méchnikov, es un llamamiento apasionado a luchar por la longevidad y la vejez normal, cuya legitimidad se fundamenta con argumentos científicos.

El florecimiento de las fuerzas creadoras a una edad avanzada no es rara excepción. Recordemos que Miguel Angel dirigió la construcción de la catedral de San Pedro de Roma siendo ya octogenario; que Tiziano seguía pintando a los 99 años; que Pávlov conservaba plenamente a los 85 toda la frescura de su cerebro genial, y que pasados los 80 y los 90 años, León Tolstói y Bernard Shaw prosiguieron su inspirada obra creadora.

Las alteraciones psíquicas que aparecen a avanzada edad se expresan en la mayoría de los casos por los llamados fenómenos de "nervosismo". Los enfermos se fatigan rápidamente, se irritan con facilidad, dominan peor sus sentimientos y se tornan lacrimosos. Su memoria se debilita, sobre todo para los nombres y apellidos, los números de teléfono y las direcciones. No obstante, tal "nervosismo" no implica graves consecuencias, es fácil de tratar y no exige que el enfermo abandone su vida de trabajo.

Mucho menos frecuentes son las psicosis preseniles y seniles, que en un número considerable de casos tienen también un carácter pasajero y son relativamente fáciles de tratar.

Los trastornos neuro-psíquicos de la vejez obedecen muchas veces a enfermedades de los vasos sanguíneos, como la ateroesclerosis y la hipertensión. Por desgracia, también son muchos los que tienen ideas equivocadas acerca de estas enfermedades. En ocasiones se exagera la gravedad de la dolencia, mal considerada incurable. Como consecuencia aparecen la angustia y el temor a convertirse irremisiblemente en un inválido. Tales enfermos suelen fijarse excesivamente en las distintas sensaciones procedentes de sus órganos internos, interpretándolas como síntomas de un desarrollo amenazador de la enfermedad. La atención exageradamente concentrada en semejantes sensaciones, la prolongada angustia y los tristes pensamientos pueden, por sí solos, empeorar el estado de salud, elevar la presión arterial e influir desfavorablemente sobre la nutrición del cerebro y de todo el organismo. Por el contrario, el deseo de conservar la lozanía de espíritu y la actividad, el deseo de vencer la enfermedad tienen indudablemente un valor positivo y contribuyen a mejorar el estado de salud.

Los médicos avanzados rusos señalaron hace tiempo esa influencia del psiquismo sobre la salud, influencia que hoy se explica a la luz de la teoría de la actividad nerviosa superior. Como ya dijimos antes, Pávlov y sus discípulos

demostraron la gran importancia que para la aparición, el desarrollo y el desenlace de las más diversas enfermedades tiene el estado del sistema nervioso, y en primer término de la corteza cerebral, con la que está ligada sobre todo la actividad psíquica del hombre.

Al hablar de las causas de las enfermedades mentales es preciso detenerse también a examinar la significación de las grandes conmociones nerviosas o traumatismos psíquicos. Suele exagerarse mucho el papel que éstos desempeñan en la aparición de las psicosis. Basta saber que a la enfermedad precedió una gran conmoción psíquica para explicar la psicosis como una consecuencia de aquélla. En numerosos casos se confunde el impulso al desarrollo de la enfermedad con sus verdaderas causas.

Las personas que poseen un sistema nervioso sano y equilibrado presentan una gran estabilidad psíquica frente a las conmociones nerviosas, aún las muy intensas. La Gran Guerra Patria ofrece a este respecto muchos ejemplos asombrosos, aunque en este caso es preciso, naturalmente, tener en cuenta ciertos factores, de gran importancia, que han contribuído a elevar la estabilidad neuropsíquica, como son los altos sentimientos cívicos, la firmeza moral y el amor a la Patria.

En las personas cuyo sistema nervioso se encuentra debilitado por enfermedades, una mala alimentación, un gran *surmenage,* etc., los traumatismos psíquicos pueden, pese a todo, conducir a una frustración de la actividad nerviosa superior y determinar distintos trastornos nerviosos y mentales. En la mayoría de estos casos se producen neurosis, es decir, las perturbaciones relativamente leves de la actividad nerviosa que ya hemos descrito en el capítulo precedente. Pero incluso los trastornos mentales más graves provocados por un traumatismo psíquico, siguen, por regla general, un curso favorable y pasan con relativa rapidez, sin dejar huellas.

Es preciso tener presente que muchas veces resulta difícil distinguir entre las alteraciones psíquicas produci-

das por sufrimientos traumatizantes y las reacciones normales al trauma psíquico recibido. A menudo es imposible establecer una separación entre ambas. En la vida del hombre siempre hay penas y contrariedades, esperanzas frustradas y deseos no realizados, ofensas graves y amargas desilusiones, angustias y temores. Ni siquiera los grandes sufrimientos, dolorosos y torturantes, que gravitan sobre el hombre, dominando su conciencia, pueden ser considerados como una enfermedad. La intensidad del efecto traumatizante de los distintos factores del medio varía de un hombre a otro, como también varía la resistencia de las distintas personas a las circunstancias traumatizadoras.

Hay personas sumamente sensibles y de exagerada susceptibilidad, con una tendencia a sufrir en silencio y guardar mucho tiempo los disgustos y las ofensas, rumiando largamente sus penas. Hay, por el contrario, otras, que se desprenden rápidamente de sus penas y amarguras, con tendencia a reaccionar superficialmente y liberarse del peso de una grave cavilación o de un pesar.

Unos, al recibir un trauma psíquico, se encierran en sí mismos; otros tratan de compartir sus penas con las personas que les rodean, de descargar su dolor. Unos reaccionan de un modo primitivo, infantil, con lágrimas y decaimiento de espíritu. Otros ofrecen reacciones violentas de ira y rencor. Sólo cuando la intensidad y duración de las reacciones a las circunstancias traumatizantes de la vida llegan a ser excesivas y totalmente desacostumbradas para una persona, cuando su reacción adquiere formas patológicas y conduce a un trastorno manifiesto de la conducta, sólo entonces se puede hablar de un origen psicógeno de las enfermedades mentales, es decir, de su determinación por un trauma psíquico.

Cabe distinguir diferentes clases de traumas psíquicos, que obran de diverso modo sobre el hombre.

En primer lugar, los traumas psíquicos con efecto de s h o c k, que se distinguen por representar un peligro repentino para la vida y provocar un agudo sentimiento de

temor y una tensión excesiva del instinto de conservación. Pertenecen a esta categoría los incendios, los naufragios, los bombardeos, los terremotos, etc.

En segundo lugar, las intensas conmociones únicas de tipo emocional, que afectan a los intereses básicos de la vida de la persona y que implican un cambio radical en sus hábitos, ideas, orientaciones y modo de vida. Pertenecen a esta categoría la muerte de un ser querido, la infidelidad de la persona amada, las acusaciones morales injustas, etc.

En tercer lugar, el traumatismo psíquico prolongado en virtud de una situación desfavorable, que crea un grave conflicto interno. Pertenecen a esta categoría el divorcio entre los ideales y los deseos de una parte y la cruda realidad de otra, un trabajo sin perspectivas y contrario a la vocación, etc.

El primer tipo de traumas casi puede ser equiparado a los traumatismos físicos. Sus manifestaciones son una reacción de completa inmovilidad — "paralizado por el miedo"—, o una excitación motriz sin sentido "correr como alocado". En tales casos la conciencia queda desconectada y se producen profundas alteraciones de los sistemas nervioso y vascular. La base fisiológica de semejante reacción consiste en una inhibición protectora difusa y desbordante de la corteza cerebral provocada por un excitante superintenso, como es el trauma psíquico con efecto de shock.

Los otros dos tipos de traumas se distinguen por el hecho de que el individuo participa en su reelaboración y superación y por ir acompañados de un estado profundamente afectivo.

Pese a lo diversas que suelen ser en estos casos las formas de los trastornos patológicos del psiquismo, todas ellas tienen de común el llevar el sello de las emociones traumatizadoras. Unas veces se trata de alucinaciones de determinado contenido, como en el caso de la mujer que ha perdido a su amado esposo, el cual se le aparece por las noches y le habla. Otras es un delirio que refleja tam-

bién las circunstancias causantes de la psicosis, como son el delirio persecutorio, en que el enfermo se siente amenazado por las personas con las que ha tenido algún conflicto, el delirio de indulto de los condenados, etc.

En el capítulo precedente hemos descrito la epilepsia en forma detallada y explicado cómo entendía Pávlov el mecanismo desencadenante de los accesos de esta enfermedad. Pero, ¿cuál es la causa de la excitación estancada en un punto cualquiera del cerebro del epiléptico, con descargas periódicas en forma de accesos convulsivos? ¿Qué alteraciones patológicas se observan en estos casos en el cerebro y en el organismo del enfermo?

A veces, las causas de la epilepsia aparecen con toda claridad. Después de una herida del cerebro queda en ella una esquirla o una cicatriz, que constituyen una fuente de continua irritación de algún sector del cerebro y son origen de una acumulación patológica de excitaciones. También puede ser causa de una continua irritación del cerebro una infección (encefalitis) o un tumor.

Los ataques epilépticos pueden provenir, además, de un trastorno metabólico u otra enfermedad del organismo que repercute en la actividad del cerebro. Pero no son raros los casos en que no se logra establecer como causa de la epilepsia ninguna influencia nociva sobre el cerebro y sobre el organismo después del nacimiento del enfermo. En tales casos se habla de epilepsia congénita. Cabe suponer que a la aparición de la epilepsia congénita contribuyen diversas enfermedades del feto durante la vida intrauterina o una lesión del cerebro durante el parto. Justamente en estos casos de epilepsia congénita, cuando la enfermedad sigue un curso desfavorable y cuando el tratamiento no es afortunado, aparecen en el enfermo las alteraciones características de la personalidad (degradación) descritas en el capítulo anterior.

Como ya hemos señalado, para abordar con acierto el estudio de las enfermedades psíquicas es preciso pensar que las mismas tienen por base no sólo una afección

del cerebro, si no de todo el organismo. Debido a esta interpretación de las enfermedades mentales, los psiquiatras rusos se interesaron desde hace tiempo por saber qué alteraciones patológicas se observan en el metabolismo de los epilépticos.

Ya en el último decenio del siglo pasado, N. Krainski puso de relieve en su tesis doctoral la gran importancia que para la aparición de la epilepsia tiene la acumulación de cuerpos amónicos en la sangre y la intoxicación del cerebro por los mismos. En la época soviética, I. Sluchevski practicó análisis bioquímicos diarios en enfermos de epilepsia, comprobando en ellos un aumento del amoníaco en la sangre y su disminución en la orina inmediatamente antes del ataque. Estas ideas de Krainski y Sluchevski acerca de la relación existente entre el desencadenamiento de los ataques epilépticos y la acumulación de cuerpos amónicos en la sangre han sido confirmadas experimentalmente provocando ataques epilépticos en animales de laboratorio y con fines terapéuticos en enfermos de esquizofrenia, mediante la inyección intravenosa de carbonato o cloruro amónico.

Otro de los tipos de metabolismo más estudiado ha sido el hídrico. La frecuente aparición de la epilepsia en la infancia, que se distingue por un contenido más elevado de agua en los tejidos y particularmente en el cerebro, así como los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de esta enfermedad con regímenes pobres en sales, con una dieta "seca", con soluciones deshidratantes y con substancias diuréticas, confirman el punto de vista de que el exceso de agua en el cerebro y en otros tejidos del organismo predispone a los ataques epilépticos.

No es nuestro propósito exponer las numerosas causas y los múltiples mecanismos que originan la epilepsia. Tan sólo hemos querido dejar bien sentado que el único camino para descubrir el secreto de esta complicada enfermedad es el estudio simultáneo de los fenómenos patológicos que sobrevienen en el cerebro y de las alteraciones

producidas en los distintos metabolismos, así como de la actividad de los órganos internos del enfermo. Y éste es precisamente el camino que siguen los psiquiatras soviéticos.

Aún se desconocen las causas de algunas enfermedades psíquicas, entre las que figuran la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia.

La psicosis maníaco-depresiva se manifiesta por accesos de la enfermedad que se producen periódicamente y llegan a durar varios meses. Estas eclosiones pueden manifestarse por una intensificación anormal de los procesos de la actividad psíquica (estado maníaco) o por una profunda depresión de la misma (estado depresivo). En el estado maníaco, los enfermos llaman la atención por su actividad desbordante y desordenada. En todo se meten, todo lo emprenden, e inmediatamente, sin llevarlo hasta el fin, lo abandonan, para dedicarse a otra cosa, que también dejan inconclusa. En un estado de permanente exaltación, los enfermos están excesivamente alegres, improvisan, escriben versos, bailan, cantan y hablan por los codos, pasando con gran facilidad de un tema a otro. El rápido curso de sus ideas, con una atención que carece de la debida estabilidad y orientación, se convierte a veces en una verdadera "carrera de ideas", que llega a la incoherencia completa del pensamiento y del lenguaje.

Estos enfermos se distinguen por una exacerbación de los impulsos y una incontinencia de los apetitos sexuales. Su estado de exaltación provoca a menudo en ellos un considerable debilitamiento del sentido crítico, con ideas fatuas que les hacen valorar exageradamente su personalidad y sus posibilidades.

En los estados depresivos se observa, por el contrario, frenamiento, depresión, tristeza; el pensamiento es lento, los enfermos tienen dificultad para realizar cualquier actividad. Desconocen los sentimientos alegres, hasta los más fugaces. Continuamente experimentan una pena profunda, acompañada con frecuencia de un sentimiento de

opresión en el corazón: "angustia precordial". Su atención tiene un carácter unilateral. Parecen encadenados a sus ideas melancólicas, encarando con pesimismo su salud, su destino y la situación de sus allegados. A menudo expresan ideas delirantes de culpabilidad, esperan ser ejecutados, experimentan alucinaciones auditivas: oyen llantos infantiles, melodías fúnebres, etc. El aspecto de los depresivos es muy característico: encorvados, con la cabeza baja, los brazos colgando como dos zurriagos y una expresión dolorosa en la cara, que presenta arrugas de cavilación. El enfermo aparece todo él como frenado: sus movimientos son lentos, trabados; habla en voz baja. Con frecuencia manifiesta una tendencia pertinaz a la automutilación y a las tentativas de suicidio.

No obstante la gran diferencia aparente, y casi podríamos decir la contraposición, entre el cuadro de las alteraciones morbosas del psiquismo en los estados maníacos y depresivos, en realidad se trata de distintas manifestaciones de una misma enfermedad. Efectivamente, en los enfermos de psicosis maníaco-depresiva, los accesos de manía pueden alternar con crisis depresivas y viceversa.

El psiquiatra soviético V. Protopópov ha realizado valiosas investigaciones sobre las causas y la naturaleza de la psicosis maníaco-depresiva. Después de estudiar durante largos años a esta clase de enfermos, Protopópov logró comprobar que los maníaco-depresivos presentan en el acmé de sus crisis alteraciones somáticas características: aumento de la frecuencia del pulso, elevación de la presión sanguínea, estreñimiento, dilatación pupilar e hiperglucemia. Durante este período los enfermos adelgazan y duermen poco.

¿Cómo explica Protopópov tales modificaciones somáticas?

La contestación a esta pregunta exige previamente una breve aclaración.

En el capítulo anterior ya nos referimos al problema de la regulación nerviosa de los órganos internos, a la in-

fluencia del sistema nervioso sobre la nutrición y el metabolismo de los tejidos y órganos. La ligazón entre el cerebro y los órganos internos se verifica a través de un sector especial del sistema nervioso: el sistema vegetativo. Este, a su vez, consta de los partes: el sistema nervioso simpático y el parasimpático. Y pese a que en su actividad estos dos sistemas son opuestos en muchos aspectos, su trabajo conjunto asegura la sutil regulación por el cerebro de las funciones vitales del organismo.

La excitación del sistema nervioso simpático produce, por ejemplo, aceleración del pulso, aumento de la presión sanguínea, dilatación pupilar, elevación del contenido en azúcar de la sangre. Por el contrario, la excitación del parasimpático retarda el pulso, disminuye la presión sanguínea, estrecha las pupilas y reduce la concentración del azúcar sanguíneo.

Por lo expuesto vemos que Protopópov, al estudiar el estado somático de los enfermos de psicosis maníaco-depresiva durante los accesos, comprobó en ellos una constante simpaticotonía o excitación del sistema nervioso simpático. Fuera de los accesos, estos enfermos presentan una intensificación de la actividad del sistema parasimpático. Esta intensificación anormal y el predominio excesivo ora del sector simpático ora del parasimpático, su desequilibrio y la alteración de su juego armónico en la actividad del organismo, Protopópov los explica por un debilitamiento patológico de su regulación por parte de los centros nerviosos vegetativos superiores, situados en el tálamo óptico y en la región subtalámica del tronco cerebral.

Según este autor, en dichos centros se produce una excitación estancada, que se descarga directamente, a través de la corteza cerebral, ocasionando la acentuación de la actividad psíquica propia del estado maníaco, o bien, cuando la excitación es más intensa, produce una inducción negativa que frena y bloquea la corteza, dando

lugar al descenso de la actividad psíquica característico del estado depresivo.

Tal es la teoría propuesta por Protopópov para dar una explicación coherente a la psicosis maníaco-depresiva.

Detengámonos ahora brevemente a examinar las causas de la esquizofrenia.

En el capítulo precedente hemos descrito los trastornos psíquicos característicos de esta enfermedad. En el mismo lugar expusimos las ideas de Pávlov acerca de las bases fisiológicas de la esquizofrenia. Recordaremos aquí que Pávlov destacaba la particular debilidad, la fragilidad y el fácil agotamiento de las células nerviosas de la corteza cerebral en los esquizofrénicos, lo que explica la tendencia a sumirse en un estado inhibitorio, considerado por él como una inhibición defensiva o protectora.

Ahora bien, ¿a qué se debe el debilitamiento de las células nerviosas de los esquizofrénicos? ¿Cual es el factor nocivo contra el que tienen que defenderse? ¿Por qué aparece en ellas la necesidad de recurrir a la inhibición protectora? Para contestar a estas preguntas, Pávlov emitió la hipótesis de que en la esquizofrenia existe una autointoxicación del organismo.

Esta hipótesis fue confirmada por las investigaciones de los científicos rusos Protopópov, Sereiski y Snésarev y de sus colegas extranjeros Giessing, Buscaino y Reiter.

Examinemos brevemente los trabajos de Protopópov, que fue quien fundamentó en forma más completa el punto de vista que nos ocupa sobre el origen de la esquizofrenia.

Muchos datos confirman que en la esquizofrenia existen manifestaciones de una clara autointoxicación. Según se ha comprobado, la orina, el suero sanguíneo y el líquido cefalorraquídeo de los esquizofrénicos poseen propiedades tóxicas que no se observan en las personas sanas. El aspecto de los enfermos durante una crisis aguda de su dolencia también lo confirma: los ojos brillantes, la cara rube-

facta, los labios resecos, en una palabra, el aspecto general de un enfermo febricitante.

¿Qué es lo que intoxica al organismo del esquizofrénico? ¿De dónde proceden y cómo se producen esas substancias tóxicas?

Las investigaciones realizadas por Protopópov demuestran que los esquizofrénicos tienen alterado fundamentalmente el metabolismo proteínico. El proceso de asimilación de las proteínas sigue en estos enfermos un curso anormal. Substancias tóxicas, producto de la desintegración de las proteínas, son absorbidas en el aparato digestivo y luego no son neutralizadas por el organismo. Ellas son las que lo intoxican. La debilidad de los sistemas defensivos y neutralizadores en los esquizofrénicos permite que tales substancias tóxicas ejerzan un efecto nocivo sobre su cerebro. Resultan afectados ante todo los procesos oxidativos de las células nerviosas cerebrales, que empiezan a padecer hambre de oxígeno, lo cual sirve de impulso para que se produzca en ellas una inhibición protectora.

Tanto la psicosis maníaco-depresiva como la esquizofrenia suelen presentarse a veces en miembros de una misma familia. Este hecho y el desconocimiento de las causas de ambas enfermedades son aprovechados por algunos científicos para defender falsas y nocivas concepciones acerca de una fatal transmisión hereditaria de las enfermedades mentales. Puede admitirse que la herencia desempeña a veces cierto papel en el origen de algunas enfermedades mentales, pero, aun en estos casos, la enfermedad no depende exclusivamente de los factores hereditarios. La aparición de la enfermedad está ligada fundamentalmente a las condiciones del medio ambiente, que pueden contribuir a ella, pero que también pueden impedir que se manifieste la predisposición hereditaria, la cual, por consiguiente, no siempre determina la enfermedad.

A este respecto ofrecen interés los datos relativos a las

enfermedades psíquicas en familias con gemelos "univitelinos", es decir, con mellizos desarrollados a partir de una misma célula ovular. Si la aparición de la esquizofrenia y de la psicosis maníaco-depresiva dependiese exclusivamente de la herencia, tales mellizos tendrían que enfermar siempre los dos y al mismo tiempo, pero la experiencia demuestra que no es así. Casi en la mitad de los casos en que uno de los gemelos enferma de esquizofrenia el otro permanece sano. Cabe suponer que lo que se transmite por herencia no es la enfermedad, sino cierta predisposición, una especial vulnerabilidad del sistema nervioso, por lo que los agentes nocivos del exterior provocan en estos individuos alguna de las enfermedades neuro-psíquicas.

LAS CONDICIONES SOCIALES Y LA MORBILIDAD PSIQUICA

Hasta ahora nos hemos referido a las causas de algunas enfermedades psíquicas, explicando por qué éstas se producen en tal o cual persona. Pero también ofrece interés aclarar el problema de las condiciones sociales que incrementan la morbilidad neuro-psíquica de la población, el problema de cómo cambia el número y el carácter de las enfermedades mentales en las distintas épocas, según las particularidades de la estructura social y económica.

Como ya indicamos al comienzo del presente capítulo, los fundadores de la Psiquiatría rusa recalcaban acertadamente el papel de las condiciones sociales de vida en el origen de las enfermedades neuro-psíquicas. "Sabemos muy bien —dice Kórsakov, fustigando audazmente las lacras del régimen social imperante en la Rusia zarista— que la pobreza, que el pauperismo es uno de los principales factores de la multiplicación de las enfermedades mentales, influyendo también directa e indirectamente en el alcoholismo y en la difusión de las epidemias". "La lucha contra el p a u p e r i s m o —señala más adelante— es por

consiguiente una de las primeras tareas que incumben a la protección de la salud pública. Otra, coincidente con ella, es la lucha contra el alcoholismo, la solicitud por la salud de la mujer, por la buena educación de la juventud, la preocupación por un régimen social normal, por una satisfacción racional de las necesidades de las distintas capas de la población"*.

Son muy significativas a este respecto las declaraciones hechas por Béjterev en el III Congreso nacional de Psiquiatría celebrado en Petersburgo, en 1909. ". . .Las condiciones creadas por una desfavorable situación económica de las distintas clases de la población —dijo— tienen la más profunda repercusión en el desarrollo de las enfermedades nerviosas y mentales. . . El régimen capitalista es el mal principal de nuestros tiempos"**.

Las palabras que acabamos de citar de Kórsakov y de Béjterev se confirman plenamente si comparamos la morbilidad neuro-psíquica en la Rusia de antes de la Revolución y en la Unión Soviética.

En la vieja Rusia prerrevolucionaria, con su bajo nivel cultural y sanitario, la amplia difusión de las supersticiones y del curanderismo, el débil desarrollo de la asistencia médica y sus altas cifras de morbilidad general y epidémica, era natural que también fuese elevada la morbilidad neuro-psíquica. Las "epidemias" de histerismo, la "vesania", la imbecilidad mística", estaban muy difundidas en la Rusia zarista. Particularmente elevada era la cifra de las psicosis alcohólicas e infecciosas y de las secuelas tardías de la sífilis cerebral en forma de parálisis progresiva. Según datos tomados de los informes de los hospitales psiquiátricos, estas psicosis representaron en 1913 el 33,3% de los enfermos ingresados.

* S. Kórsakov, *Curso de Psiquiatría*, pág. 634, 2ª ed., Moscú, 1901.

** V. Béjterev, *Problemas del saneamiento neuro-psíquico de la población en Rusia*, págs. 24-25, San Petersburgo, 1911.

Los progresos de la cultura socialista y el saneamiento de las condiciones de vida de la población en la Unión Soviética condujeron a la completa desaparición de las "epidemias" de histerismo y otras manifestaciones análogas. Hoy día, las grandes masas de la población desconocen por completo estos trastornos neuro-psíquicos. Ha experimentado un considerable descenso el número de los demás enfermos nerviosos y mentales.

Como confirmación de lo dicho presentamos a continuación algunos datos*. Ofrecemos en primer lugar, las cifras que muestran la dinámica de las distintas enfermedades mentales durante varios años, expresadas en tantos por ciento con respecto al número total de enfermos ingresados en los hospitales psico-neurológicos de la Unión Soviética. En segundo lugar los datos relativos a los distintos grupos de enfermos que acudieron por primera vez a los dispensarios psiquiátricos de Moscú por cada 10.000 habitantes. Las últimas cifras reflejan de un modo más completo y exacto la dinámica de la morbilidad de la población.

El número de enfermos mentales que acudieron a los dispensarios de Moscú (por cada 10.000 habitantes) fue: en 1940 —52,3; en 1947 —45,1; en 1950 —37,6, y en 1956 —37,2.

Particularmente impresionantes son los datos relativos al descenso del número de enfermos con secuelas sifilíticas tardías, es decir, los enfermos de sífilis cerebral y de parálisis progresiva.

Antes de la revolución, estos enfermos representaban del 10 al 12% de los que ingresaban en los hospitales psiquiátricos. En 1924 su número se había reducido al 8%, en

* Los datos referentes a los enfermos neuro-psíquicos en la U.R.S.S. han sido tomados del artículo de A. Rapoport *Estado actual y dinámica de los enfermos en los centros psiquiátricos de la U.R.S.S.*, publicado en la revista *Neuropatología y Psiquiatría*, núm. 1 de 1957, pág. 101.

1935 al 4,5‰, en 1949 al 2,3%, en 1954 al 2,0‰ y en 1955 al 1,9%.

De 1940 a 1950, el número de los enfermos de sífilis cerebral y de parálisis progresiva atendidos en los dispensarios psiquiátricos de Moscú se redujo a la tercera parte.

Ofrecen especial interés los datos demostrativos del descenso del número de enfermos de psicosis maníaco-depresiva. En los hospitales de la Rusia prerrevolucionaria, este tipo de enfermos constituía el 6,7‰ de los ingresos, cifra que se redujo en la U.R.S.S. en 1935 al 3,4%, en 1945 al 2,5%, en 1950 al 2,9% y en 1954 y 1955 al 1,9‰.

Entre los atendidos por primera vez en los dispensarios psiquiátricos de Moscú, el número de estos enfermos por cada 10.000 habitantes fue: en 1940 —0,7; en 1950 —0,2; en 1953 —0,13, y en 1956 —0,11.

Tienen gran importancia los datos que muestran la dinámica de la morbilidad de una dolencia tan difundida como es la esquizofrenia.

Si tomamos los datos relativos a los ingresos con este diagnóstico en los hospitales psiquiátricos, puede incluso observarse cierto aumento. Así, del número total de ingresos hospitalarios correspondientes al año 1950, el porcentaje de los esquizofrénicos representó un 25,8‰. En 1953 esa cifra fue de un 27,9% y en 1954 de un 28,8‰. Pero el incremento del porcentaje de ingreso de enfermos diagnosticados de esquizofrenia en los hospitales psiquiátricos en modo alguno habla en favor de un aumento del número de esquizofrénicos. Es preciso tener en cuenta la imperiosa exigencia de hospitalización de estos enfermos, el alto porcentaje de ingresos repetidos y también la circunstancia de que el descenso relativamente más rápido del número de enfermos de psicosis sifilíticas, palúdicas y traumáticas eleva automáticamente la proporción de los esquizofrénicos entre los enfermos que ingresan para ser tratados.

Si tomamos en cambio el número de esquizofrénicos (por cada 10.000 habitantes) que acuden por vez primera

a los dispensarios psiquiátricos de Moscú, veremos que, según los datos de G. Tigánova, durante el decenio comprendido entre los años 1940 y 1950 se produjo un descenso del 27,7‰ y que de 1951 a 1955 este índice experimentó otra reducción de un 12%. En 1955 acudieron por vez primera a los dispensarios psiquiátricos de Moscú sólo 38 enfermos más que en 1950, pese a que durante ese período la población de la capital experimentó un considerable aumento.

En cuanto a los enfermos de epilepsia, cabe señalar que su porcentaje con respecto al número de enfermos ingresados en los hospitales psiquiátricos de la Unión Soviética ha experimentado pocos cambios en estos últimos años, siendo por término medio de un 10‰.

Los datos referentes al número de epilépticos atendidos por vez primera en los dispensarios psiquiátricos de Moscú (por cada 10.000 habitantes) revelan que, después de un aumento temporal durante los años de la guerra, se ha producido un marcado descenso: 3,5 en 1940, 5,5 en 1945, 2,3 en 1950, 1,5 en 1953 y 1,4 en 1956.

La disminución del número de epilépticos en la Unión Soviética tiene fácil explicación: no hay traumatismos de guerra, se ha reducido la frecuencia de las infecciones e intoxicaciones, sobre todo en la infancia, son menos los traumatismos del parto y han disminuído considerablemente los casos de sífilis congénita.

También tiene gran importancia la disminución del número de enfermos de neurosis durante estos últimos años.

El número de estos enfermos que acudieron por primera vez en 1950 a los dispensarios psiquiátricos de Moscú (por cada 10.000 habitantes) fue de 9,6, mientras que en 1956 se redujo a 6,0.

Estos breves datos muestran claramente la disminución de las enfermedades neuro-psíquicas en la U.R.S.S.

Al explicar esta reducción de la morbilidad neuro-psíquica es preciso tener en cuenta que en la Unión Soviética

han desaparecido las principales causas que contribuían antes a la difusión de las enfermedades, incluídas las psíquicas. En ello ha desempeñado un gran papel, ante todo, el mejoramiento de las condiciones de vida de los ciudadanos soviéticos. En la U.R.S.S. ya hace tiempo que no existe el paro forzoso. En los años de Poder soviético casi se ha quintuplicado el salario real de los obreros, y los ingresos efectivos de los koljosianos han aumentado en seis veces.

También han experimentado un cambio radical las condiciones de trabajo. El sistema económico socialista brinda ilimitadas posibilidades a la aplicación de la técnica más moderna, lo que no sólo contribuye al aumento de la productividad, sino que al propio tiempo alivia el esfuerzo.

Ha cambiado asimismo la actitud de los hombres ante el trabajo. La nueva actitud de los ciudadanos soviéticos les anima a realizar verdaderas hazañas laborales y es uno de los principales factores del robustecimiento de la salud psíquica.

Una clara demostración de los profundos cambios operados en la vida del pueblo soviético gracias a los éxitos de la construcción socialista, nos la ofrece la Constitución soviética, en la que se encuentran plasmados el derecho al trabajo, al descanso, a la instrucción, a la seguridad material en la vejez y durante las enfermedades, así como la protección a la maternidad y a la infancia. Todas estas conquistas de los trabajadores coadyuvan, al mismo tiempo, al robustecimiento de la salud del pueblo y al éxito de la lucha contra las enfermedades.

La elevación de la cultura socialista y la difusión de los conocimientos sanitarios e higiénicos entre las grandes masas han permitido obtener grandes éxitos en la lucha contra las enfermedades venéreas y el alcoholismo, compañeros inseparables del régimen capitalista. Esto también ha repercutido de un modo favorable en la salud psíquica de la población.

Finalmente, cabe destacar el gran papel de las medidas tomadas en gran escala por el Estado soviético para mejorar la asistencia médica a la población, prevenir las enfermedades y llevar a la práctica las realizaciones de la ciencia.

Todo esto ha dado ya resultados muy considerables. Así, por ejemplo, la mortalidad general en la Unión Soviética se ha reducido hoy a la cuarta parte en comparación con 1913 y en dos veces y media frente al nivel de 1940. El índice de mortalidad general (es decir, el número de personas fallecidas en un año por cada 1.000 habitantes) fue en 1958 de 7,2, o sea inferior al de la mayoría de los países capitalistas, incluídos los EE.UU., Inglaterra y Francia. Ha aumentado considerablemente la duración media de la vida, que en 1955-1956 fue dos veces mayor que en la Rusia de antes de la revolución.

Son asimismo halagüeñas en la U.R.S.S. las perspectivas para lo porvenir en cuanto a la reducción de la morbilidad general y de la morbilidad neuro-psíquica.

En 1957 fueron elevados los salarios y sueldos pequeños de los obreros y empleados. La ley de pensiones del Estado aprobada en 1956 por el Soviet Supremo de la U.R.S.S. ha mejorado considerablemente la situación material de los pensionistas. Se han prolongado las vacaciones que el Estado concede a las trabajadoras durante el embarazo y después del parto. En 1960 se culmina la implantación (iniciada en 1956) de la jornada de siete horas para los obreros y empleados. Los obreros de varias profesiones de cabecera de la industria minera que trabajan en el subsuelo pasan a trabajar seis horas al día.

A comienzos de 1959 fue aprobado el plan septenal de desarrollo de la economía de la U.R.S.S. en 1959-1965, que prevé el sucesivo aumento del bienestar del pueblo soviético. Así, los ingresos reales de los obreros y de los koljosianos aumentarán durante el septenio en un 40%. En este mismo período se construirán cerca de 15 millones de apartamentos. En 1961 empezará a implantarse la semana

de trabajo de 40 horas, y a partir de 1964, la de 35 y 30 horas.

El plan septenal estipula asimismo el sucesivo mejoramiento de la protección de la salud y de la asistencia médica a la población. Se ampliará la red de instituciones sanitarias, aumentará el número de camas de hospital y se seguirán aplicando en gran escala diversas medidas destinadas a proteger el trabajo, prevenir las enfermedades y mejorar el estado sanitario en la ciudad y en el campo.

Todo esto brindará vastas posibilidades para seguir reduciendo la morbilidad y robustecer aún más la salud de los ciudadanos soviéticos.

Capítulo IV

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

LAS ENFERMEDADES MENTALES PUEDEN SER CURADAS

Siempre ha existido una relación muy estrecha entre las ideas acerca de los trastornos psíquicos y la actitud adoptada ante su tratamiento. En el primer capítulo ya consignamos que las falsas concepciones acerca de las enfermedades mentales, consideradas como una manifestación de las "malas" pasiones del alma, conducían lógicamente a la renuncia a su tratamiento y a la adopción de un sistema de medidas punitivas para "corregir" y "reducir" a los enfermos.

También negaban la posibilidad de tratar las enfermedades mentales autores para quienes estas enfermedades dependían exclusivamente de la herencia. Algunos de ellos llegaban a proclamar abiertamente que el tratamiento de los enfermos psíquicos era inútil y perjudicial, pues contribuía a la multiplicación de "elementos con inferioridad racial".

Como ya señalamos antes, la Psiquiatría rusa rechazó las falsas concepciones de que las enfermedades mentales son fatalmente hereditarias. A la vez que interpretaban acertadamente el papel decisivo de las condiciones de vida y de los factores sociales en la aparición de las enfermedades psíquicas, los psiquiatras rusos mantenían también

una posición progresista en el problema del tratamiento de estas enfermedades.

He aquí lo que decía Kórsakov en una época en que la Psiquiatría carecía aún del poderoso arsenal terapéutico de que dispone hoy día: "Los últimos cien años han demostrado convincentemente que las enfermedades mentales, al igual que las demás enfermedades, deben y pueden ser tratadas. En este aspecto no hay diferencia entre unas y otras. Lo mismo que en todas las enfermedades somáticas, hay en las enfermedades mentales casos curables y casos incurables. Y los casos curables no son pocos ni mucho menos... Los psiquiatras han demostrado con pruebas convincentes que de los hospitales para dementes salen enfermos curados lo mismo que de los demás hospitales..."*.

La ciencia rusa ha hecho una aportación muy valiosa al tratamiento de las enfermedades mentales. Los psiquiatras rusos avanzados nunca fueron fríos espectadores de las dolencias psíquicas, de sus efectos destructores sobre la personalidad del enfermo. En toda la historia de la Psiquiatría sus mejores representantes siempre se mostraron audaces e intrépidos luchadores, que se esforzaban tesoneramente por vencer el mal y devolver al enfermo a la sociedad, en el pleno uso de sus facultades. Muchos métodos de tratamiento, hoy ampliamente utilizados en todo el mundo, fueron propuestos por ellos. El método actual de tratamiento de la parálisis progresiva, por ejemplo, está basado en los trabajos de los médicos rusos.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS PROGRESIVA

En el capítulo anterior indicamos que V. Sábler, médico-jefe del Hospital Preobrazhenski de Moscú, había dado la descripción más completa de la parálisis progresiva.

* S. Kórsakov, *Curso de Psiquiatría*, págs. 80-81 Moscú, 1901.

He aquí un extracto de esta descripción, por la que se ve que hace ya cien años Sábler conocía bien los principales síntomas de la parálisis progresiva.

"La enfermedad que estoy describiendo —decía Sábler— se distingue por accesos bastante violentos y constantes; en lo psíquico, la enfermedad se caracteriza por un decaimiento más o menos marcado de las facultades mentales, complicado las más de las veces con un delirio, que con gran frecuencia adquiere la forma de delirio de engreimiento; en lo corporal, debilidad, temblor, y semiparálisis de los músculos, sobre todo de los voluntarios y preferentemente de los de la lengua. La debilidad muscular se expresa por una pronunciación poco clara, inseguridad de la marcha, temblor de las manos, deyecciones involuntarias. Su curso también es maligno, siempre lento, aunque a veces no pasa de los tres años, con alternativas de mejoría y agravamiento, pero casi siempre con un desenlace fatal"*. Tiene gran interés señalar que ya en 1846, Sábler decía, basándose en sus observaciones sobre paralíticos generales, que las fiebres intermitentes (el paludismo) son a veces benéficas para el tratamiento de algunos enfermos psíquicos.

En 1875, el médico de Odesa A. Rosenblum expuso en su trabajo *Relación entre las enfermedades febriles y las psicosis* sus observaciones sobre los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de diferentes psicosis —entre ellas la parálisis progresiva— mediante la inoculación del tifus recurrente. Estas observaciones le llevaron a la conclusión de que "es un hecho probado a ciencia cierta que las enfermedades febriles ejercen un efecto curativo sobre las psicosis."

Doce años después de haber sido publicado este trabajo, el sabio austríaco Wagner von Jauregg, basándose en las observaciones hechas por Rosenblum, empezó a tratar la

* Citado en el libro de D. Fedótov *Ensayo de historia de la Psiquiatría rusa*, Moscú, 1957, págs, 242-243.

parálisis progresiva mediante la inoculación de enfermedades infecciosas.

Hoy día, este método de tratamiento está muy difundido y proporciona buenos resultados. Al enfermo se le inocula generalmente el paludismo. Después de 10 ó 12 accesos palúdicos se cura la malaria y a continuación se aplica un curso de tratamiento específico antisifilítico con inyecciones intravenosas de salvarsanes.

Esta práctica terapéutica suele dar muchas veces un resultado asombroso. Dementes, con un psiquismo en apariencia totalmente destruído, se recuperan en ocasiones a ojos vistas, curando con gran rapidez. Aproximadamente un 60% de los casos recupera total o parcialmente después del tratamiento la capacidad de trabajo. El resultado es particularmente bueno cuando el tratamiento se hace en las fases iniciales de la parálisis progresiva.

La malarioterapia o la inoculación de otras enfermedades infecciosas ha reducido considerablemente la mortalidad de la parálisis progresiva, antes considerada incurable. Así, por ejemplo, según los datos de las autopsias practicadas en los enfermos fallecidos en uno de los grandes hospitales psiquiátricos soviéticos en el año 1926 (época en que apenas comenzaba a aplicarse en gran escala la paludización para el tratamiento de la parálisis progresiva), esta enfermedad fue la causa de la muerte en el 42,4% de los casos. Diez años más tarde, en 1936, las necropsias practicadas en el mismo hospital permitieron descubrir la parálisis progresiva en el 13,7% de los casos, y en 1946 tan sólo en un 1,9%. Naturalmente, este descenso no sólo se debe a los éxitos alcanzados en el tratamiento de la parálisis progresiva, sino también a la disminución del número de enfermos de sífilis en la época soviética; no obstante, las cifras son bien elocuentes. En veinte años, el porcentaje de los casos de parálisis progresiva descubiertos en la autopsia se redujo ¡a menos de la vigésima parte!

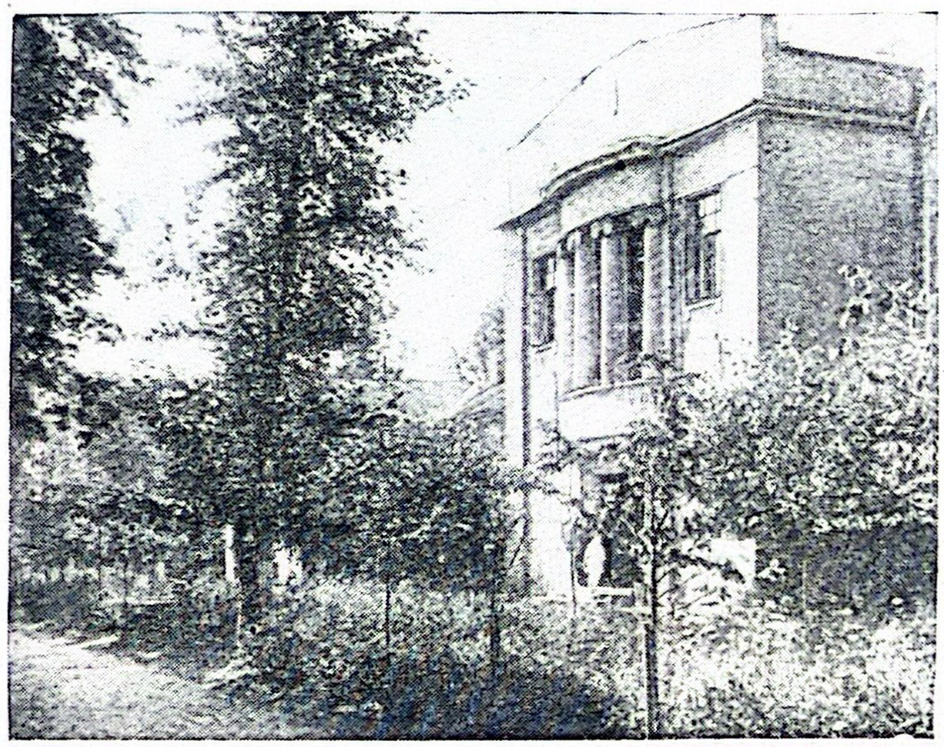
METODOS DE TRATAMIENTO ACTIVO DE LA ESQUIZOFRENIA

También han sido obtenidos considerables éxitos en el tratamiento de la esquizofrenia. Esta enfermedad tiene a veces consecuencias muy graves. Después de varios accesos puede producirse un trastorno estable y profundo del psiquismo; el enfermo se aparta de la vida real, sumiéndose en el mundo fantástico de su estado morboso y en la obnubilación mental. Partiendo del falso concepto de la determinación "fatalmente" hereditaria de las psicosis, Kraepelin consideraba que el mencionado desenlace de la esquizofrenia era inevitable. Uno de los grandes méritos de Pávlov ha sido el de haber refutado tal concepción, demostrando la existencia de la llamada f a s e f u n c i o n a l de la esquizofrenia, en la que todavía no se han producido procesos destructivos del cerebro, existiendo únicamente un trastorno pasajero de su actividad normal, que puede desaparecer sin dejar huellas.

Este período de la esquizofrenia es justamente el más favorable para el tratamiento, que en gran número de casos da buenos resultados. En la Unión Soviética ha adquirido particular difusión el tratamiento insulínico propuesto por el psiquiatra austríaco Sakel.

La dosis de insulina, suministrada diariamente en ayunas, se va elevando poco a poco, y durante varias horas no se da al enfermo ningún alimento. En tales condiciones, la insulina ejerce una acción muy violenta sobre el organismo, y los enfermos pierden el conocimiento. Esto es lo que se denomina shock insulínico. Al cabo de 30 ó 40 minutos se suministra al enfermo una gran cantidad de azúcar (de 180 a 200 gramos), con lo cual el shock pasa rápidamente.

Al cabo de una o dos horas de la inyección de insulina aparece un estado de somnolencia seguido de una abundante transpiración. Más tarde, e inmediatamente antes de



El Hospital Clínico *Gánnushkin* de Psiconeurología. Edificio central.

producirse el shock, puede sobrevenir una exacerbación de los síntomas de la enfermedad y un estado de violenta agitación. En cuanto los enfermos salen del estado de shock, dan por lo general muestras de viveza y ligera excitación, tornándose sociables y bondadosos. Su habitual retraimiento disminuye, resultan más abordables, lo que permite establecer contacto con ellos, si bien no por mucho tiempo.

El shock insulínico se repite de 25 a 30 veces. El tratamiento se interrumpe poco a poco, reduciendo gradualmente la dosis inyectada. Después del tratamiento insulínico, los enfermos agotados se reponen bien, recuperan el apetito perdido y disminuye su debilidad. El estado psíquico no suele mejorar de golpe. Al principio sólo se observan breves períodos durante los cuales el enfermo empieza a portarse normalmente y a enjuiciar con acierto todo

lo que le rodea, liberándose temporalmente de su estado morboso. Los médicos dan a estas mejorías temporales el nombre de "horas lúcidas insulínicas".

En la mayoría de los casos sólo más tarde sobreviene la curación total o parcial.

La breve historia clínica que a continuación ofrecemos puede servir de brillante ilustración a los resultados positivos del tratamiento insulínico.

Enfermo G., de 18 años, alumno de primer año de una escuela técnica. Diagnóstico: esquizofrenia. De pequeño, tranquilo y disciplinado, aunque poco sociable, encerrado en sí mismo y con poca iniciativa. Estudiaba bien y era aplicado y capaz.

Ingresó en la clínica psiquiátrica del Instituto de Medicina de Kúibishev el 3 de enero de 1955. Desde hacía aproximadamente un mes había llamado la atención por su conducta extraña. Por ejemplo, durante la lección y sin pedir permiso al profesor, se levantaba y salía de la clase. Se hizo huraño, rehuyendo la compañía de los demás. Decía poseer la propiedad de ejercer una influencia hipnótica sobre otras personas y que por eso los maestros no podían dar la clase en su presencia. En la calle oía voces que le llamaban por su nombre, aunque no veía a nadie conocido en las proximidades. En cierta ocasión, al ver a un militar con un perro, creyó que se le estaba vigilando. En vísperas de Año Nuevo apareció muy agitado, respondía groseramente a las preguntas que se le hacían y amenazaba a cuantos le rodeaban. En este estado ingresó en la clínica.

Después de su internación se mostraba suspicaz, inquieto, desconfiado. Trataba de mala gana con las demás personas, prefiriendo la soledad. A veces se portaba con extraordinaria desenvoltura y sonreía sin ningún motivo. Decía que trataban de "sonsacarle" algo, que todos se reían de él y que le hacían "preguntas con segunda intención". Según él, las enfermeras influían sobre los internados por medios "hipnóticos". Mostraba despego por la autora de

sus días, diciendo que "no era su madre". A pesar de no considerarse enfermo mental, mostraba indiferencia ante el hecho de que se le hubiese internado en una clínica psiquiátrica.

A mediados de enero se le comenzó a aplicar el tratamiento insulínico. Después de 8 ó 9 shocks se produjo una mejoría. El enfermo se hizo más activo y cordial. Era reacio a hablar de su estado morboso anterior, pero lo enjuiciaba correctamente como la consecuencia de un trastorno mental. Se sentía a disgusto en la clínica y hacía planes para el futuro, proponiéndose continuar sus estudios en la escuela técnica.

Fue dado de alta en buen estado, trasladándose a vivir con su madre a otra ciudad, donde empezó a trabajar. No volvió a sentirse mal, y al comenzar el nuevo año escolar reanudó sus estudios en la escuela técnica.

Los datos reunidos por T. Yudin* constituyen un testimonio de la eficacia del tratamiento insulínico. Según estos datos, ya en 1939, o sea al empezar a aplicarse dicho método de tratamiento, de 2.249 enfermos sometidos a la cura insulínica en distintos centros psiquiátricos del país, sanó el 36,4% y el 26,4% mostró una mejoría del estado psíquico. Los datos relativos a los enfermos con una historia de menos de seis meses son aún más favorables: de 923 enfermos sanó aproximadamente el 50% y mejoró el estado psíquico del 25,8%.

Ya hemos dicho que en los esquizofrénicos puede producirse una inhibición defensiva y protectora que previene la destrucción de las células nerviosas débiles y poco resistentes, poniéndolas a cubierto de las excitaciones procedentes del medio exterior. La tarea fundamental del tratamiento de la esquizofrenia consiste justamente en hacer más profunda la inhibición protectora para ayudar al organismo a luchar contra la enfermedad. Con este fin es preciso recurrir a distintos hipnóticos para hacer dormir al enfermo durante varios días seguidos. De aquí surgió la idea de tratar a los esquizofrénicos mediante el sueño artificial prolongado. Esta idea halló su fundamento teórico en los trabajos de Pávlov. En 1932, por primera vez en la Unión Soviética, V. Protopópov aplicó el tratamiento por el sueño en la clínica psiquiátrica.

Durante una reunión con sus colaboradores, en 1935, Pávlov leyó la historia clínica, que le había enviado M. Sereiski, de un enfermo que desde hacía dos años padecía esquizofrenia. Este enfermo quedaba petrificado en una misma postura durante muchas horas, tenía sensaciones engañosas y experimentaba diversas emociones de tipo onírico. Los médicos consideraban que no ofrecía ninguna esperanza de curación y se disponían a darle la invalidez total. Pero después de un tratamiento de sueño prolongado durante diez días sobrevino una rápida mejoría, y al cabo de una semana el enfermo estaba casi curado*.

Refiriéndose a este caso, Pávlov señalaba que, a pesar de los dos años de grave dolencia, "no se había producido en los hemisferios cerebrales un proceso destructivo". Y añadía: ". . .Es evidente que en el cerebro no había ninguna destrucción, por lo que este órgano pudo restablecerse. El hecho ofrece para los psiquiatras enorme importancia. Por otra parte, resulta indudable que el descanso salvó al enfermo. Desde ahora cometerá un pecado el psiquiatra que no intente aplicar a sus enfermos esta terapia por el sueño"**.

En 1936, a propuesta de Pávlov, en la clínica psiquiátrica aneja a su laboratorio, y bajo la dirección de Ivanov-Smo-

---

* Trabajos del Instituto Psiconeurológico Ucraniano, t. XI, *Tratamiento de la esquizofrenia*, Járkov, 1940.

* Este enfermo siguió sometido a la observación de M. Sereiski durante 14 años, y todo ese tiempo se mantuvo en buen estado de salud, trabajando en su profesión.

** *Los Miércoles de Pávlov*, t. III, pág. 123, Moscú-Leningrado, 1949.

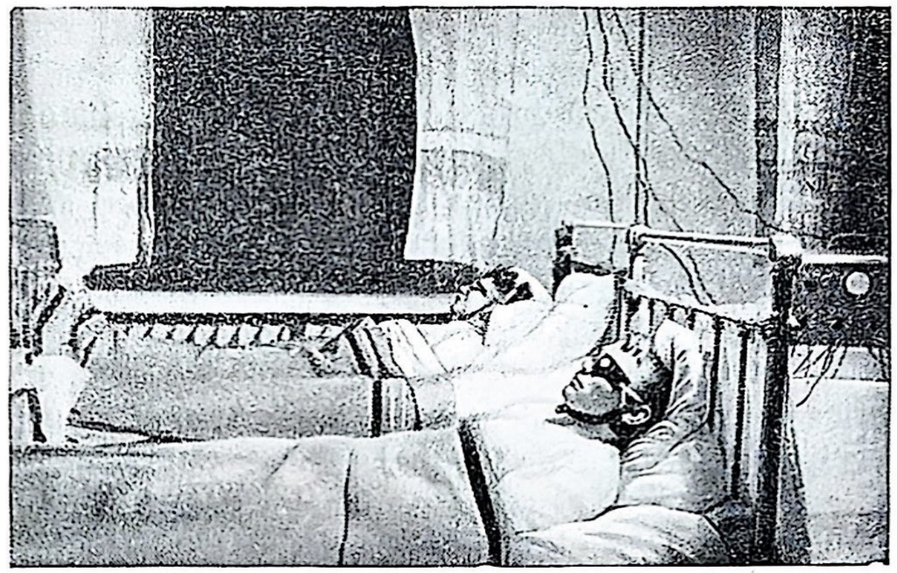
lenski, empezó a aplicarse a los esquizofrénicos el tratamiento por el sueño prolongado. Para ello se utilizaban medicamentos hipnóticos que en determinadas circunstancias favorables del medio circundante provocaban un sueño profundo, muy semejante al sueño normal o fisiológico, que duraba de 6 a 10 días. Casi en la mitad de los enfermos se produjo una franca mejoría, y cuando la enfermedad databa de menos de un año, la mejoría se observó en un número mucho mayor de casos.

Resultados muy similares obtuvieron M. Sereiski, V. Protopópov, V. Guiliarovski y otros psiquiatras soviéticos. Observaciones llevadas a cabo durante muchos años han demostrado que aproximadamente el 40% de los enfermos no presentaron recaídas durante 10-12 años.

El sueño prolongado se utiliza ahora también con gran éxito para el tratamiento de otras enfermedades psíquicas. E. Popov, por ejemplo, ha aplicado este método a los enfermos de *delirium tramens*. Por regla general, al despertar del sueño prolongado se encuentran restablecidos.

Durante los años de la Gran Guerra Patria, el método terapéutico del sueño prolongado fue extendido a otros campos de la medicina. E. Asratián lo propuso para el tratamiento de las consecuencias graves de los traumatismos de guerra. A estos enfermos se les suministraba a la noche una mezcla de hipnóticos especialmente seleccionada, que provoca un sueño de 10 a 12 horas; durante el día se mantenía a los enfermos en estado de vigilia. El tratamiento duraba de 30 a 35 días. Los resultados obtenidos fueron muy favorables. En 1943, F. Andréiev aplicó este método de cura a algunas formas de úlcera gástrica y de hipertensión.

El sueño prolongado se aplica actualmente con buen éxito en otras enfermedades, pero donde adquiere mayor importancia es en el tratamiento de la esquizofrenia. Gracias a él, muchos esquizofrénicos han retornado a su familia, reincorporándose al trabajo.



Tratamiento por el sueño eléctrico. Instituto de Psiquiatría del Ministerio de Sanidad de la U.R.S.S.

Para el tratamiento de algunas formas de la esquizofrenia, así como también de las neurosis y de otras enfermedades, en los últimos años se ha empezado a utilizar el "sueño eléctrico". Este método ha sido propuesto por un grupo de colaboradores del Instituto de Psiquiatría del Ministerio de Sanidad de la U.R.S.S., bajo la dirección de V. Guiliarovski, y consiste en lo siguiente. Mediante un aparato especial, proyectado por N. Líventsev, se hace actuar sobre el cerebro una corriente eléctrica débil y rítmica (la frecuencia de los impulsos es de 1 a 10 por segundo y la intensidad de la corriente varía de 6 a 10 miliamperios en la amplitud de los impulsos). Los excitantes rítmicos débiles coadyuvan al desarrollo de una inhibición protectora en la corteza de los hemisferios cerebrales, inhibición que puede extenderse a las zonas subcorticales. Este es uno de los mecanismos que pueden producir el "sueño eléctrico". En las primeras sesiones se hace actuar la corriente de 20 a 30 minutos, y posteriormente, de 1 a 2 horas. Durante la aplicación de este tratamiento, la mayoría de los enfermos

se quedan dormidos y muchos siguen durmiendo aún después de interrumpida la corriente.

En los últimos años ha adquirido gran difusión en la Unión Soviética el tratamiento de los esquizofrénicos con aminazina, nuevo medicamento utilizado por vez primera en Francia. La aminazina, que ejerce una acción sedante sobre el sistema nervioso, hace desaparecer en primer término la excitación y la agresividad de los enfermos, sumiendolos en un estado parecido al sueño invernal de algunos animales. Ofrece especial interés el que la aminazina haya sido eficaz para el tratamiento de casos antiguos, en los que debería haberse producido ya una profunda demencia esquizofrénica como consecuencia de las lesiones destructivas ocasionadas en el cerebro por la enfermedad. Resultó que en muchos casos la antigüedad de la dolencia no implicaba necesariamente su irreversibilidad. Se vio también la conveniencia de no menospreciar las enormes posibilidades que tienen los enfermos de compensar las lagunas que en su psiquismo ocasiona la dolencia. La siguiente historia de un enfermo de la Clínica Psiquiátrica del Instituto de Medicina de Kúibishev puede servir de brillante ilustración a la eficacia de este tratamiento en un caso al parecer desesperado.

Enfermo B., de 43 años, inválido total debido a su enfermedad psíquica. Diagnóstico: esquizofrenia paranoide. Lleva enfermo desde hace cinco años. Ampulosas ideas delirantes de grandeza. Se proclamaba "caudillo del universo". Decía hallarse en la finca Rockefeller. Experimentaba alucinaciones, hablaba con personas invisibles, aseguraba oir sobre su cabeza ruidos de máquinas y voces que gritaban "¡Viva B.!". Se ponía nombres de otras personas y decía ser "saturnícola" o "jupiterícola". Afirmaba que hacía viajes de un planeta a otro. Extravagante, amanerado, se paseaba de sala en sala sin objeto alguno; hablaba mucho y no se dedicaba a nada. Falta de afección hacia sus familiares. Sólo le interesaban las cosas que le traían. Se consideraba una persona sana. Mucho simbolismo en sus

pensamientos. Cuando el médico quiso explorarle el reflejo rotuliano y le pidió que montase una pierna sobre la otra, se negó a hacerlo, diciendo: "No puedo, pues eso significaría que nos quemamos". El simbolismo en las ideas iba acompañado a menudo de incoherencia en el lenguaje hablado y escrito, es decir, hablaba y escribía correctamente desde el punto de vista gramatical, pero sin ningún sentido en cuanto al contenido. He aquí unos ejemplos de esta incoherencia en sus manifestaciones verbales: "Usted va a lavarse, me siento orgulloso", "no marque la zanja con una oreja".

Al décimo día de haber comenzado el tratamiento con aminazina, el enfermo se tornó más tranquilo, empezó a cumplir mejor el régimen y se hizo más sociable. A los 23 días de tratamiento dijo por primera vez que estaba enfermo y que el tratamiento le era beneficioso. A los 28 días escribió la primera carta a su esposa desde el comienzo de la enfermedad. Se interesó por la familia. Empezó a leer la prensa.

La siguiente anotación hecha por el médico muestra el estado psíquico del enfermo en la época en que fue dado de alta: ausencia de alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas psíquicos; conducta correcta. Se le hace pesada la estancia en el hospital. Idea planes para el futuro. Echa de menos a la esposa y al hijo.

Después de haberle sido administrados 18 gramos de aminazina fue dado de alta. En casa, el estado de su salud siguió siendo bueno.

Hemos expuesto los métodos más habituales de tratamiento activo de la esquizofrenia, aunque con ellos no queda agotado el arsenal de los recursos terapéuticos aplicados actualmente en esta enfermedad. Entre los otros métodos de tratamiento eficaz de la esquizofrenia figuran, por ejemplo, la administración de compuestos de azufre y las transfusiones de sangre. Pero lo dicho es más que suficiente para llegar a la siguiente conclusión: es profundamente errónea la idea de que las enfermedades mentales, y

en particular la esquizofrenia, son incurables. El ejemplo que nos ofrece el tratamiento de la parálisis progresiva y de la esquizofrenia, las dos enfermedades mentales más graves, muestra los éxitos alcanzados por la Psiquiatría en la difícil tarea de luchar contra las enfermedades psíquicas.

LA PSICOTERAPIA

Ya Kórsakov había prestado gran atención a la acción psíquica sobre los enfermos. Según él, lo primero es tranquilizar al enfermo. Hay que tender a mejorar su estado de ánimo y a reprimir sus falsas representaciones.

La acción psíquica del médico sobre el enfermo tiene sus particularidades. No conducen a nada, por ejemplo, los intentos de discutir con el enfermo para disuadirle de sus ideas delirantes. Tales discusiones no logran más que irritar al enfermo y reafirmar aún más en él los falsos juicios surgidos sobre un terreno morboso. Para ilustrar lo infructuosa que es la lucha con las ideas delirantes mediante la persuasión, Kórsakov cita el siguiente caso curioso:

Una enferma acusaba la idea delirante de tener metida una culebra en el vientre. Para convencerla de que no era cierto, el cirujano le practicó una pequeña incisión abdominal, mostrándole después una culebra que previamente había puesto en una palangana. Al verla, la enferma exclamó: "¡Qué desgracia, es una hembra y me ha dejado las crías en el vientre!"

Kórsakov recalcaba que la lucha con el delirio sin tratar lo que constituye su fundamento no sirve para gran cosa. Como vemos, este gran psiquiatra mantenía un punto de vista materialista en la interpretación de los trastornos mentales. A la vez, Kórsakov, lo mismo que otras muchas figuras de la medicina rusa, consideraba lo psíquico y lo corporal en indisoluble unidad y atribuía un gran papel al factor psíquico en el tratamiento de las enfermedades en



Charla psicoterápica del médico con una enferma. Hospital Clínico *Gánnushkin* de Psiconeurología.

general y de las dolencias psíquicas en particular. Pero en aquel entonces no se podía dar aún a esto una explicación científica cabal y completa. Pávlov fue quien, basándose en su teoría de la actividad nerviosa superior, explicó desde un punto de vista materialista la influencia del factor psíquico sobre todos los procesos del organismo. La psicoterapia, o sea, el tratamiento por la acción psíquica, que también se aplicaba antes, adquirió una base fisiológica.

Existen diversos métodos de psicoterapia. Aquí hablaremos de uno de ellos, a saber: el empleo de la hipnosis para el tratamiento de los trastornos nerviosos y psíquicos.

Ya F. Engels se había burlado de la explicación idealista de la hipnosis, que en su tiempo era la que dominaba entre los hombres de ciencia. Basándose en los experimen-

tos practicados por él mismo, Engels señalaba que en la hipnosis no hay nada sobrenatural. Uno de los méritos de Pávlov consiste en haber dado una explicación científico-natural concluyente a la hipnosis, arrancando así definitivamente el velo de misterio y misticismo que la envolvía.

Recordemos aquí que Pávlov consideraba la hipnosis como un estado intermedio entre el sueño y la vigilia, como un sueño con vigilia parcial.

El sueño es una inhibición difusa extendida por toda la corteza de los hemisferios cerebrales y que desciende a las zonas subyacentes del cerebro. Ahora bien, en el estado hipnótico, la inhibición no tiene un carácter tan global. En el cerebro queda despierto un sector, a través del cual se establece la ligazón entre el hipnotizado y el hipnotizador. El sujeto sumido en la hipnosis duerme, pero al propio tiempo oye la voz de su hipnotizador, percibe y comprende lo que éste le dice. Es interesante el hecho de que la hipnosis puede ser obtenida por los mismos recursos capaces de provocar el sueño normal. La hipnosis puede convertirse en sueño corriente si, por ejemplo, el hipnotizador cesa de ejercer su influjo sobre el hipnotizado o si, por una u otra razón, pierde el contacto con él.

Al utilizar la hipnosis como tratamiento es preciso tener en cuenta dos factores fundamentales.

Primero: durante la hipnosis, lo mismo que durante el sueño, se produce una inhibición protectora. Por consiguiente, la hipnosis constituye un descanso (si bien incompleto) para el sistema nervioso. Así lo prueban entre otros los trabajos de K. Platónov. Este autor demostró con A. Matskiévich que un sueño hipnótico de 25 minutos aplicado a personas fatigadas después de una jornada de trabajo eleva considerablemente su capacidad intelectual. En estos casos mejoran la capacidad de concentrar la atención y la memoria de fijación y de evocación, facilitándose y acelerándose los procesos asociativos.

Segundo: los hipnotizados se encuentran en un estado

en que pueden ser fácilmente sugestionados por la persona que les hipnotiza.

La sugestión verbal puede despertar en los hipnotizados distintos pensamientos, distintas representaciones, que no encuentran ninguna resistencia y son aceptadas sin reflexión.

Pávlov consideraba que tal estado de exaltada sugestionabilidad tiene por base una intensa excitación concentrada en un punto de la corteza cerebral, con un predominio ilegítimo e invencible. Durante la hipnosis, el lugar de esa excitación es precisamente el sector despierto del cerebro del hipnotizado a través del cual se mantiene la ligazón con el hipnotizador. Fuera de este sector despierto, todo el resto del cerebro se halla inhibido, por lo que las ideas y los sentimientos sugeridos por el hipnotizador no encuentran resistencia, pues no se les contraponen otras ideas ni otros sentimientos.

La sugestión puede referirse a los más diversos aspectos de la conducta y estado subjetivo del hipnotizado, pero siempre dentro de determinados límites. Sólo es efectiva cuando no se halla en contradicción con toda la psicología del hipnotizado, con sus principios y normas éticas y morales de conducta. Por eso, el peligro de que la hipnosis sea utilizada con fines criminales es en realidad insignificante. No se puede sugerir mediante la hipnosis a una persona que realice un asesinato u otro delito cualquiera, como tampoco se puede utilizar la sugestión para cambiar unas convicciones firmemente arraigadas o la ideología del hipnotizado.

Tiene gran valor como recurso terapéutico la llamada sugestión p o s t h i p n ó t i c a, que a veces ejerce su acción mucho tiempo después de haber cesado la hipnosis.

La hipnosis permite mejorar durante largo tiempo el estado de ánimo y suprimir la agitación y la angustia de los enfermos que han sufrido algún trauma psíquico grave. A veces también resulta eficaz en los estados obsesivos, de los que ya hemos hablado en el segundo capítulo. La

hipnosis resulta particularmente útil en el tratamiento de los distintos trastornos histéricos.

Como ejemplo de la eficacia de este método puede servir la enferma P., de 27 años, sometida a tratamiento en el hospital clínico del Instituto de Medicina de Kúibishev. La enferma hubo de ser trasladada al hospital en camilla, pues no podía caminar a consecuencia de tener paralizadas las dos piernas. La parálisis había sobrevenido después de haber visto morir a una amiga a consecuencia de un grave ataque cardíaco. Al regresar del entierro, atemorizada y profundamente afligida, sintió de pronto que "se le paraba el corazón", que "le faltaba respiración" y que "se le doblaban las piernas", todo ello acompañado de un miedo pánico a la muerte y de la sensación de "muerte inminente". Acto seguido observó que se le habían paralizado las piernas.

La enferma siempre había sido muy emotiva y sugestionable, con un estado de ánimo inestable, y pasaba con facilidad del llanto a la risa. A veces tenía ataques histéricos. Durante el examen en la clínica se vio que no padecía ningún trastorno cardíaco; movimientos libres en todas las articulaciones; ningún signo de lesión del sistema nervioso que pudiese dar lugar a la parálisis.

Considerando el estado de la enferma como un caso de histerismo, se empezó a tratarla con la hipnosis. Después de la primera sesión, la enferma fue por su pie desde el consultorio hasta la sala, aunque caminaba sin doblar las rodillas, diciendo que los pies seguían "sin obedecerle". Durante la segunda sesión, a la que vino caminando por sus propios medios, se durmió rápida y profundamente. Tenía gran confianza en el médico, ya que después de cada sesión se sentía mejor. Durante el tiempo que estuvo internada se le aplicaron siete sesiones de hipnosis. Fue dada de alta completamente restablecida. Posteriormente se reincorporó al trabajo y su estado de salud siguió siendo bueno.

La sugestión durante la hipnosis puede influir también sobre el funcionamiento de los órganos internos. Así, por ejemplo, V. Povorinski realizó el siguiente experimento. A una persona hipnotizada se le sugirió que tomaba una bebida dulce y agradable, observándose que esto producía un aumento de la concentración de azúcar en la sangre. Numerosos experimentos realizados en el mismo laboratorio demostraron que la sugestión durante la hipnosis es capaz de provocar distintas reacciones del corazón, de los pulmones, del hígado y de los riñones. Todos estos fenómenos pueden explicarse fácilmente si se recuerda el papel de la corteza cerebral en la actividad del organismo, así como la importancia de la palabra como excitante de reflejos condicionados.

Merced a toda la vida anterior de la persona adulta —señalaba Pávlov—, la palabra aparece ligada con todas las excitaciones externas e internas que llegan a los hemisferios cerebrales. Por eso, la palabra puede dar lugar a las mismas reacciones del organismo que las excitaciones de las que es señal y a las cuales sustituye. Y esto es así sobre todo en la sugestión verbal durante la hipnosis. Por eso, la hipnosis puede ser utilizada como recurso auxiliar del tratamiento de las enfermedades internas. Cabe señalar, sin embargo, que la posibilidad de aplicar la hipnosis es sumamente restringida en las formas muy acentuadas de las enfermedades mentales. Muchos casos de enfermedades psíquicas no obedecen a la hipnosis. Para otros, este método terapéutico no es conveniente, pues los enfermos pueden interpretar erróneamente las representaciones que se les sugieren, relacionándolas con sus ideas delirantes de persecución, etc.

Los psiquiatras soviéticos no aceptan el psicoanálisis como método de tratamiento de las enfermedades mentales. Esta teoría idealista, conocida también con el nombre de freudismo, fue creada por el científico austríaco Freud, y en los últimos años ha adquirido gran difusión en algunos países de Europa Occidental y sobre todo en los Estados

Unidos. La esencia del psicoanálisis consiste en atribuir a los instintos, o mejor dicho a uno de ellos, al instinto sexual, un poder místico sobrenatural, que es la causa y el determinante de todo cuanto ocurre en la vida del hombre. El psicoanálisis relaciona con este impulso los trastornos psíquicos y otras muchas enfermedades, así como también los sueños y hasta la creación artística. Los psicoanalistas llegan al extremo de afirmar que la principal palanca del desarrollo social es el apetito sexual insatisfecho.

Al deificar el instinto sexual, al que incluso denomina con mayúscula "Id", Freud afirma que el mundo real no es más que un sueño del "Id".

Los psiquiatras soviéticos no aceptan el psicoanálisis por las siguientes razones. Es un error exagerar el papel del instinto sexual y reducirlo todo a él. Por muy importante que sea, no es el único que desempeña un papel determinante en la vida del hombre. Además, los instintos no pueden, en general, ocupar una situación dominante en la vida humana. Esta, lo mismo que los anhelos, deseos, actos y toda la conducta del hombre, vienen determinados por las condiciones sociales y económicas en que éste vive, y no por la fuerza ciega de los instintos. El hombre es un producto de la educación social, es un ser dotado de razón, y no un juguete de sus oscuros instintos, los cuales, por el contrario, están sometidos a las normas ético-sociales de conducta de cada persona.

Tampoco debe exagerarse la importancia de los traumas sexuales en el origen de las neurosis y de los trastornos psíquicos. En el capítulo precedente hemos mostrado —creemos que en forma bastante convincente— cuán diversas pueden ser las causas de las enfermedades mentales, por lo que nos parece sumamente ingenuo el intento de reducir toda esta diversidad al denominador común del instinto sexual insatisfecho. Incluso en el pequeño grupo de los trastornos mentales de origen psicógeno, las tragedias y los sufrimientos amorosos debidos a un trauma psíquico, pese a ocupar determinado lugar, no agotan ni mucho menos la diversidad de las emociones psíquicas del hombre que pueden tener por consecuencia la aparición de neurosis y psicosis. La muerte repentina o una grave enfermedad de una persona querida, el fracaso de todos los planes o anhelos de una vida, el peso de un oprobio inmerecido por error o calumnia, una vida desgraciada, llena de insatisfacciones, de privaciones materiales y de adversidades morales, ¿acaso todas estas circunstancias traumatizadoras de la psique contienen algún elemento de trauma sexual, al que el psicoanálisis quiere reducirlo todo?

¿Acaso los conflictos de este género traumatizan menos la psique del hombre que los conflictos de base sexual? Es evidente que no.

Ofrece interés la apreciación que hizo Pávlov de la teoría freudiana: "Cuando pienso en Freud y en nosotros, los fisiólogos, me imagino dos grupos de mineros que empiezan a cavar una galería al pie de una gran montaña, para salir a la luz, para llegar a la comprensión de la psique humana. Pero Freud se dirige hacia abajo, hacia el dédalo del subconsciente, mientras que nosotros terminaremos algún día el túnel, saliendo al aire libre, a la luz. Y no cabe duda de que terminaremos el túnel, porque la dirección que hemos tomado es la justa... Estudiando las relaciones entre la corteza cerebral y la zona subcortical hemos llegado a una situación en que ya podemos determinar las vías del desarrollo del proceso nervioso, tanto del consciente como del subconsciente; hemos establecido los fenómenos de la inducción cortical, hemos aprendido a reproducir las neurosis, hemos conjugado la clínica con la fisiología. Freud, en cambio, sólo hace conjeturas acerca de los estados interiores del hombre"*.

Estos elementos fundamentales de la crítica al freudismo ponen de manifiesto su inconsistencia como teoría filosófica y psicológica y su inconveniencia como método de tratamiento de las enfermedades mentales.

---

* Citado en el libro de Y. Frolov, *Iván Petróvich Pávlov. Recuerdos*, págs. 211-212, Moscú, 1953.

Los psiquiatras soviéticos rechazamos además el psicoanálisis por otra razón muy importante. El freudismo afirma el predominio del instinto sobre la razón y crea una especie de culto a los instintos, todo lo cual es utilizado ampliamente por los imperialistas para luchar contra el deseo de los pueblos de vivir en paz, para justificar las guerras y fomentar la histeria bélica. Vemos, pues, que el psicoanálisis también resulta nocivo en el campo de las relaciones sociales y políticas.

Las limitaciones puestas a la hipnosis como método de tratamiento de los enfermos mentales y la actitud negativa ante el psicoanálisis no deben hacerse extensivas a las demás formas de la psicoterapia. Muy al contrario; el tratamiento de los enfermos mentales debe estar profundamente penetrado de un sentido psicoterápico. Es preciso que todo el ambiente hospitalario, que toda la organización interna de las clínicas contribuya a tranquilizar al enfermo, ejerza sobre él un efecto psicoterápico. Las charres regulares del médico con el enfermo, las palabras afables y cariñosas, la actitud de solícita simpatía, todo esto desempeña un gran papel en el sistema general de tratamiento de los trastornos mentales.

Muchos pacientes se dan cuenta de su estado y eso les causa hondo dolor. En tales casos, los sufrimientos de los enfermos son particularmente dolorosos y, al debilitar su cerebro, pueden empeorar el curso del mal. Los duros sufrimientos se ven agravados a veces por las falsas ideas acerca de la incurabilidad de las enfermedades mentales y por un temor infundado a los establecimientos psiquiátricos. La imaginación morbosa se representa un cuadro tenebroso de fatal condenación, lleno de desesperanza. La estancia en la clínica no se considera temporal, sino permanente. Los enfermos piensan desesperados que se han separado para siempre de su familia y que han abandonado definitivamente la vida de trabajo. Por eso, el médico, con el recurso de todos los medios de esclarecimiento y persuasión, debe conseguir que el enfermo adopte una actitud

correcta ante su dolencia, debe tranquilizarle y movilizar los elementos sanos de su psiquismo para luchar contra la enfermedad.

También debe adoptarse el correspondiente enfoque psicoterápico ante los que abandonan la clínica después de un tratamiento eficaz. El psiquismo de muchos enfermos que acaban de ser dados de alta puede ser fácilmente traumatizado. Con mucha frecuencia piensan angustiados en cuál será su destino después de haber permanecido en una clínica psiquiátrica, cómo les acogerán en casa y en el trabajo. Se requiere cierto lapso de tiempo para que los enfermos se acostumbren a estar fuera del hospital, para que se adapten al ritmo impetuoso de la vida después de haber sido tratados hasta cierto punto como "plantas de estufa". En algunos casos resulta tarea difícil "incorporar a la vida" a los que aún no se han vigorizado después de la enfermedad psíquica pasada. En estos casos pueden ser muy útiles los consejos del médico al enfermo y a sus allegados.

EL TRATAMIENTO POR EL TRABAJO

En su obra *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre,* F. Engels hace un profundo análisis de la acción que el trabajo ejerce sobre el hombre. El trabajo, dice Engels, "es la condición básica y fundamental de toda la vida humana. Y lo es en tal grado que, hasta cierto punto, podemos decir que el trabajo ha creado al propio hombre"*. En el curso del trabajo se fue formando la sociedad humana, se desarrolló y perfeccionó el lenguaje del hombre, se fueron modificando la estructura y las funciones del cuerpo humano y de su órgano superior, el cerebro. En una palabra, se fue creando el elemento específico que distingue al hombre de los animales. Y hoy día, el

* C. Marx y F. Engels, *Obras escogidas*, t. II. pág. 71, ed. en español, Moscú, 1952.



Tratamiento por el trabajo. Clínica Psiquiátrica *Kórsakov.*

trabajo, su carácter y sus particularidades, imprimen una huella indeleble en toda la personalidad del hombre, en sus cualidades físicas y psíquicas.

El importante papel que el trabajo desempeña en nuestra vida debe ser tenido en cuenta durante el tratamiento de los enfermos mentales. Muchos psiquiatras han señalado desde hace tiempo la benéfica influencia del trabajo sobre el estado de estos enfermos. En la Unión Soviética se aprecia como es debido la significación psicoterapéutica del trabajo, de un trabajo del que se tiene conciencia, tendiente a un fin y capaz de ser motivo de satisfacción.

En las clínicas psiquiátricas soviéticas sólo se utiliza el trabajo de los enfermos cuando éste resulta útil para el tratamiento. El médico escoge para cada enfermo el tipo de trabajo que mejor le conviene, sin cansarle ni perjudicar a su salud. El tratamiento por el trabajo o laborterapia se organiza de modo que el enfermo comprenda el sentido y

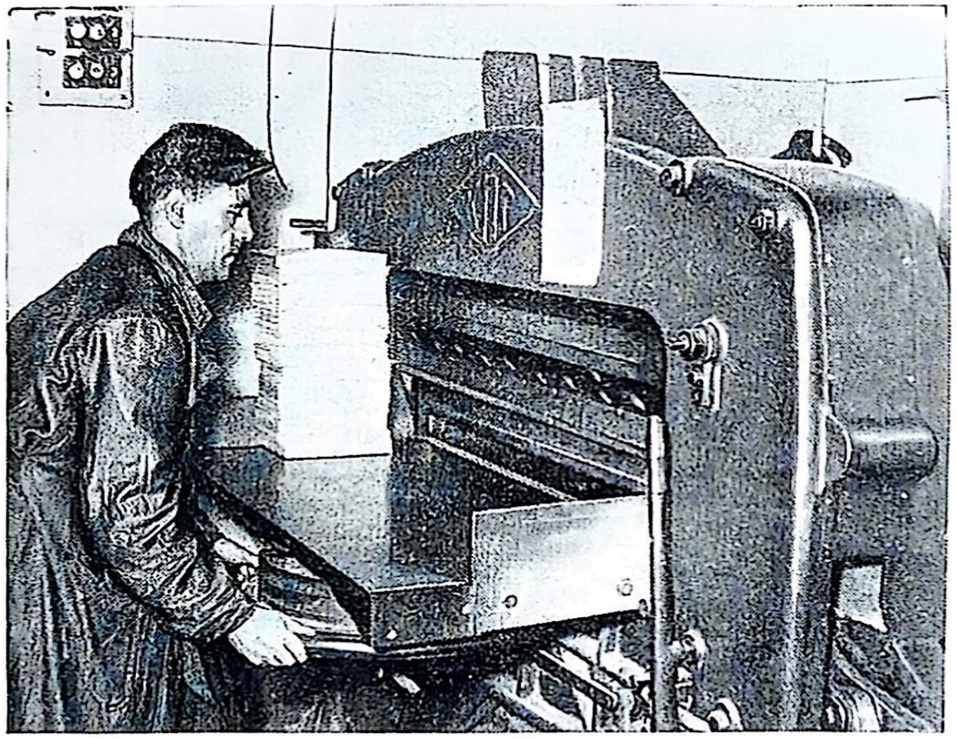
la finalidad del trabajo realizado, a fin de que no se sienta divorciado de la vida y de la sociedad. El trabajo contribuye a distraer al enfermo de su enfermedad. Al mismo tiempo, un trabajo ajustado a las fuerzas del paciente estimula la actividad de los elementos sanos del psiquismo y hace que el enfermo salga de su reclusión en el mundo interior creado por la enfermedad, contribuyendo a su incorporación a la vida real.

La laborterapia tiene particular importancia para los enfermos que han pasado ya la fase aguda. La siguiente observación hecha en el profilactorio laboral del Instituto Psiconeurológico de Ucrania ilustra muy bien los efectos benéficos de este tratamiento.

Enferma de 41 años, maestra; fue dada de alta en una clínica psiquiátrica, después de un segundo y prolongado internamiento. Sin embargo, después de haber salido del hospital, seguía apática, indolente, lloraba con frecuencia y



Trabajos al aire libre. Hospital Clínico *Gánnushkin* de Psiconeurología.



Un enfermo colocado en una fábrica trabajando en una máquina de cartonaje.

se quejaba de sentir debilidad y fatigarse rápidamente. Taciturna, reconcentrada y siempre deprimida, decía que su situación no tenía remedio. Cuando empezó a asistir al profilactorio laboral se la dio un trabajo que resultó ser demasiado difícil para ella. Luego pasó al taller de carpintería, donde "se halló a sí misma", poniéndose a trabajar con gran interés, espíritu de iniciativa y tesón. Pronto dejó de hacer piezas sueltas para dedicarse a fabricar cosas acabadas. Este trabajo con un fin concreto, en el que intervenían distintos procesos, ejerció una influencia favorable sobre el estado psíquico de la enferma. Refiriéndose a esto, ella misma decía: "Si hubiese estado en casa me habría pasado los días tumbada en la cama, llorando. La desesperación me hubiera llevado a cometer una barbaridad. En cambio aquí tengo esperanzas de curarme. El trabajo en la carpintería, además de hacerme pasar el tiempo y distraerme de las ideas lúgubres, me indica por los progresos que hago que no todo está perdido, que aún sirvo para algo. La asistencia misma al profilactorio tiene para mí un gran valor".

La terapia laboral ayuda también a la ulterior colocación de los enfermos dados de alta, y este hecho tiene extraordinaria importancia. Los enfermos total o parcialmente restablecidos encuentran su lugar en la vida y se sitúan en unas condiciones que permiten consolidar los buenos resultados del tratamiento.

* * *

Hemos hecho una exposición de los distintos métodos de tratamiento empleados en las clínicas psiquiátricas de la Unión Soviética. Gracias a ellos, cada año es mayor el número de los enfermos mentales que son dados de alta de los hospitales con su capacidad de trabajo total o parcialmente recuperada. Hoy día, merced al tratamiento, de cada cinco enfermos ingresados en las clínicas psiquiátricas, cuatro por término medio retornan a una de las formas de trabajo útil a la sociedad.

Capítulo V

ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

Los principios de organización de la asistencia psiquiátrica se diferencian profundamente en los distintos períodos históricos, pues cambian al cambiar la formación económica de la sociedad. Esta idea ha sido brillantemente expresada por el psiquiatra ruso P. Yakobi al decir: "Los psiquiatras son hijos de su tiempo y las clínicas psiquiátricas un producto de su época".

La asistencia psiquiátrica en un Estado socialista presenta, como es natural, una serie de particularidades esenciales. Para comprender los profundos cambios operados en la organización de la asistencia psiquiátrica durante los años del Poder soviético es preciso recordar la herencia legada en este campo por la Rusia zarista.

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LA RUSIA DE ANTES DE LA REVOLUCION

Ya dijimos que la Psiquiatría rusa, representada por sus fundadores P. Malinovski, I. Balinski, I. Merzheievski, S. Kórsakov y V. Béjterev, se fue desarrollando sobre acertadas bases materialistas y alcanzó grandes triunfos científicos. Nuestros mejores psiquiatras nunca fueron unos sabios de gabinete, desligados de la vida y encaramados en

las nubes de la ciencia abstracta. Fueron unos humanistas auténticos, animados por un ferviente sentimiento de amor y simpatía hacia los enfermos mentales. Sus reformas de carácter progresista en el campo de la Psiquiatría tropezaban con la obstinada resistencia de los círculos gobernantes de la Rusia zarista. Los ideales a que tendían en su actividad práctica los psiquiatras rusos avanzados se hallaban en profunda contradicción con la tenebrosa realidad circundante. Es sorprendente lo mucho que lograron hacer estos médicos que vivían y trabajaban en condiciones tan desfavorables. ¡De qué entusiasmo sin límites, de qué indomable espíritu de lucha debían estar animados estos hombres, si, pese a la ignorancia, la oposición o la torpe indiferencia de los "poderosos del mundo" de aquella época, lograron poner en práctica, aunque sólo fuese parcialmente, sus ideas progresistas.

A este respecto es muy significativa la actividad de N. Riul. Gracias a su intervención, en los tiempos más duros del reinado de Nicolás I fue construído en Petersburgo un hospital psiquiátrico modelo, llamado *De todos los dolientes*, en el que tanto la labor curativa como toda la organización interna se hallaban a un alto nivel. El hospital contaba con un jardín, por el que podían pasear los enfermos, y varios talleres. La actitud atenta y cariñosa de todo el personal creaba un ambiente favorable para el tratamiento. Los enfermos disponían de distracciones adecuadas, podían leer y dedicarse a la música.

La acertada distribución de los enfermos por el tipo de su dolencia, la atenta vigilancia médica y la bien meditada terapéutica eran los rasgos distintivos de la asistencia a los enfermos en su hospital. Situado en las afueras de la ciudad, en medio de una finca magnífica, el hospital *De todos los dolientes* constituía un brillante testimonio de la actividad progresista desarrollada por los psiquiatras rusos en la primera mitad del siglo XIX.

Como ya dijimos, Balinski, el organizador de la primera cátedra y clínica psiquiátrica en Rusia, no sólo realizó

29—1

una brillante labor docente, sino que se dedicó continuamente a los problemas relacionados con la organización de la asistencia psiquiátrica. Con su participación personal fueron elaborados los proyectos de varios hospitales psiquiátricos. También se le entregó, para que organizase una clínica psiquiátrica, una sección del Hospital militar N° 2, a la que el destacado jurista A. Koni había calificado gráficamente de "sucursal del infierno de Dante", por el trato que allí se daba antes a los enfermos. Balinski convirtió esta anticuada institución psiquiátrica en una clínica modelo, con departamentos separados para los distintos grupos de enfermos y la dotó de una sala de gimnasia. En la clínica reinaban una limpieza y un orden verdaderamente ejemplares.

Asimismo estaba penetrada de profundo humanismo la labor de otro psiquiatra ruso, S. Kórsakov, al que ya nos hemos referido en repetidas ocasiones. Su aportación a la obra de disipar la desconfianza de la población hacia los hospitales psiquiátricos y de difundir las concepciones científicas acerca de la organización del cuidado y tratamiento de los enfermos mentales ha sido extraordinaria.

"Es un error considerar —escribía Kórsakov— que el internamiento de una persona en un centro psiquiátrico es un oprobio o constituye para ella una mancha. No tienen ningún fundamento los temores de los familiares del enfermo de que éste, al encontrarse en el hospital, quede sometido a la perniciosa influencia de los demás enfermos, y se equivocan al pensar que el enfermo, "que ahora todo lo entiende, se volverá loco perdido al encontrarse entre personas completamente desequilibradas"*.

Kórsakov insistía en que los centros psiquiátricos no deben ser considerados como una cárcel, como un medio de aislar a los enfermos de la sociedad, sino que su finalidad primordial es atender al tratamiento. "Es preciso. . . —decía— que el hospital sea considerado como el medicamento principal y más poderoso"*.

Mas para que el hospital psiquiátrico sea de verdad ese "medicamento poderoso", en él debe aplicarse un régimen que satisfaga las exigencias de la higiene y corresponda al carácter de la enfermedad. En el hospital psiquiátrico debe haber una alternancia adecuada del descanso y la ocupación, distracciones convenientes para los enfermos, paseos al aire libre, lecturas, correspondencia y entrevistas con los familiares. Es preciso tener naturalmente en cuenta que en el hospital ingresan enfermos de distinta índole, por lo que el régimen no puede ser igual para todos, sino que cada enfermo debe tener su régimen particular, a tenor con su individualidad. De aquí las inspiradas palabras de Kórsakov: "La sensibilidad de espíritu debe manifestarse en todo y principalmente en la individualización de cada enfermo. Este no debe ser un número, sino una individualidad bien conocida de todo el personal que trate con él"**.

Kórsakov era un defensor apasionado del sistema "no coercitivo" de asistencia a los enfermos mentales. Lo fundamental de este sistema consistía en considerar inadmisible el empleo de ligaduras, camisas de fuerza y otros recursos análogos para "tranquilizar" a los enfermos excitados e inquietos. El eminente psiquiatra ruso no sólo propuso este sistema, sino que lo aplicó de un modo cabal y completo en la clínica que dirigía. En 1887, desde la tribuna del Primer Congreso de los psiquiatras rusos, fue lanzado su audaz llamamiento a la introducción general de este sistema. El régimen no coercitivo exige la aplicación en los hospitales psiquiátricos de medidas higiénicas y terapéuticas bien meditadas, penetradas de una actitud profundamente humana, solícita y muy individual hacia el enfermo. Kórsakov exhortaba a los psiquiatras a buscar nuevos métodos de organización de la asistencia psiquiátrica, a fin de

* S. Kórsakov, *Curso de Psiquiatría*, pág. 563.

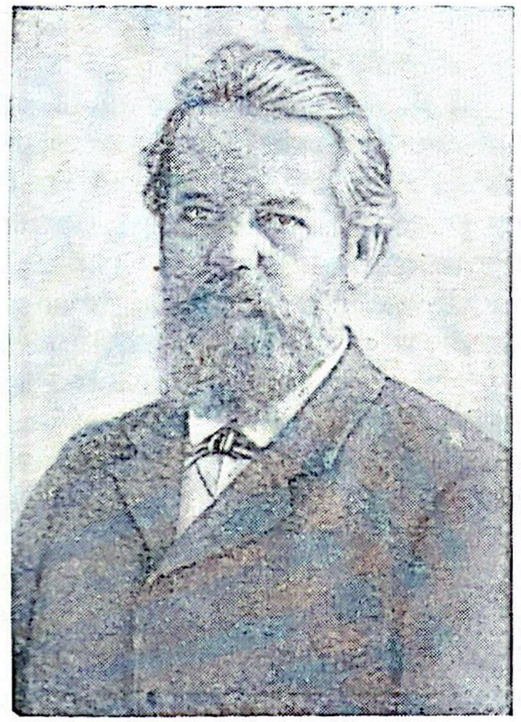
* Lugar citado.
** Obra citada, pág. 540.

conseguir que las condiciones de vida del enfermo mental estuviesen lo más cerca posible de las condiciones de vida de las personas sanas, evitando al mismo tiempo los peligros que entraña su conducta.

Este fervoroso llamamiento, que fue recogido por los psiquiatras rusos avanzados, tropezó al mismo tiempo con la resistencia encarnizada de los médicos conservadores. Pero esta resistencia de los psiquiatras reaccionarios no pudo detener a Kórsakov, quien siguió adelante, proponiendo una serie de nuevos e importantes principios para el régimen de vida en los centros psiquiátricos. Aquí sólo examinaremos los fundamentales, a saber: el régimen de cama y el régimen de trabajo.

Al señalar que los médicos suelen aconsejar a los enfermos graves que guarden cama, aun en el período de convalecencia, ya que el reposo es necesario para conservar las fuerzas, Kórsakov decía que esta medida debe aplicarse con mayor razón a los enfermos mentales. El régimen de cama no sólo preserva las fuerzas del enfermo, le tranquiliza y facilita la exploración médica, sino permite también que el enfermo cobre conciencia de su enfermedad. Los enfermos psíquicos que guardan cama empiezan a portarse como cualquier persona enferma, observan mejor el régimen prescrito y cumplen las indicaciones del médico. La aplicación de este régimen hizo cambiar rápidamente el carácter de los hospitales psiquiátricos, que empezaron a asemejarse a los demás hospitales.

El régimen de cama es indispensable para los que se encuentran en el período agudo de su enfermedad, para los que necesitan un tratamiento activo y para los agitados crónicos. La mayoría de los enfermos crónicos tranquilos necesitan en cambio el régimen de trabajo. Estos enfermos deben ser incorporados a las distintas formas de actividad laboral. Kórsakov consideraba que la participación de los enfermos en un trabajo regular, del que tengan conciencia, es un medio importante de restablecer su salud mental. Una ocupación sistemática y tendiente a un fin concreto puede ejercer una influencia favorable no sólo en los casos crónicos, sino también en algunos casos recientes, pues permite una salida a energías que en otro caso se manifestarían en intranquilidad y acciones destructivas.



P. Káschenko

Kórsakov no estuvo solo en la aplicación de sus iniciativas. La actividad multifacética y llena de humanismo desarrollada por él en la organización de la asistencia psiquiátrica contó con el apoyo de los médicos progresistas de Rusia y en primer lugar de la de mejores médicos de los *zemstvos*.

En la historia de la organización de la asistencia psiquiátrica durante la época prerrevolucionaria podemos distinguir dos períodos. El primero comienza en 1775, cuando fueron creadas las *Oficinas de beneficencia pública*, encargadas de organizar y dirigir las llamadas "obras pías", entre las que figuraban los hospitales para funcionarios y militares jubilados, los asilos para ancianos desamparados, los correccionales para siervos "desobedientes" y hasta para esposas "rebeldes" y, finalmente, las "casas de alienados" para enfermos mentales "furiosos" y para peritajes psiquiátricos forenses.

El segundo período se inicia el 1 de enero de 1864, cuando en 34 provincias se establece el *zemstvo* o administración local autónoma. Las instituciones de las *Oficinas de beneficencia pública*, incluídas las "casas de alienados", pasaron a la jurisdicción de los *zemstvos*. La mayoría de

estas "casas de aliendos" se parecía muy poco a centros de asistencia médica. El ambiente que allí reinaba era en gran parte un reflejo de la época de la "psiquiatría policíaco-carcelaria", que correspondía al espíritu general del Estado policíaco-burocrático de la Rusia zarista de aquel entonces. Los esfuerzos de los médicos avanzados de los *zemstvos* por cambiar radicalmente el funcionamiento de las instituciones psiquiátricas se veían a menudo paralizados por el conservadurismo de las autoridades locales, integradas por representantes de la nobleza y de otras capas privilegiadas de la población. Mas, pese a ello, el período de la psiquiatría de los *zemstvos* constituyó una notable etapa en la organización de la asistencia psiquiátrica en Rusia.

Entre los médicos de los *zemstvos* se formó toda una generación de psiquiatras que realizaban a la vez una gran labor social. Sus concepciones y su actividad práctica coincidían plenamente con las ideas avanzadas de los fundadores de la Psiquiatría rusa. Los psiquiatras de los *zemstvos,* estrechamente compenetrados con las necesidades del pueblo, al que servían honradamente, elaboraron varios proyectos importantes de reestructuración radical de la asistencia psiquiátrica.

Así, por ejemplo, V. Yakovenko y N. Vyrubov propusieron descentralizar la asistencia psiquiátrica, acercarla a la población y construir una red de pequeños centros psiquiátricos destinados a cubrir las necesidades de una zona relativamente reducida. P. Yakobi, A. Máltsev y otros insistían en que los enfermos recientes fuesen atendidos en centros especiales, separados de los enfermos crónicos. El eminente psiquiatra P. Káschenko organizó un "patronato familiar", merced al cual los enfermos estaban sometidos a la constante vigilancia del psiquiatra, pero no vivían en el hospital, sino en casa de ciertas personas a las que se confiaba el cuidado de los enfermos. Esto no sólo permitía descongestionar los hospitales psiquiátricos, sino que creaba para los enfermos condiciones más favorables.

Para el tratamiento de los enfermos mentales crónicos por el trabajo, M. Litvínov, S. Shteinberg y otros médicos de los *zemstvos* organizaron unas colonias agrícolas psiquiátricas, entre las que posteriormente adquirió gran celebridad la de Burashovo, en las proximidades de la ciudad de Tver (hoy Kalinin).

La colonia de Burashovo se inauguró en 1884. Su fundador y primer médico-jefe fue el relevante psiquiatra M. Litvínov. Esta colonia fue una de las primeras instituciones psiquiátricas de Rusia en las que se suprimieron por completo las medidas de coerción mecánica de los enfermos mentales, aplicándose en vasta escala el tratamiento por el trabajo, sobre todo en forma de labores del campo. Burashovo llegó a ser una verdadera escuela para muchos psiquiatras, que, habiendo trabajado allí durante cierto tiempo como médicos internos, organizaron después otros establecimientos psiquiátricos del mismo tipo en diversos lugares del país.

Mucho fue lo que consiguieron hacer los mejores representantes de la Psiquiatría rusa. En numerosas instituciones dirigidas por ellos fueron totalmente abolidas las medidas de coerción mecánica, y las camisas de fuerza se convirtieron en la mayoría de los hospitales de Moscú en simples piezas de museo. Pero la fecunda actividad de los psiquiatras rusos avanzados se hallaba en profunda contradicción con todo el ordenamiento social de la Rusia zarista, por lo que la asistencia psiquiátrica en su conjunto siguió sumida en el atraso.

En el país había muy pocos establecimientos psiquiátricos, y la mayoría se encontraba en los grandes centros, predominando los hospitales gigantes tipo cuartel, que atendían a zonas enormes. En ellos se internaba por lo general a los enfermos crónicos y agitados o, como entonces se les llamaba, "furiosos". Algunos de esos hospitales, como la *Finca de Sabúrov* en Járkov o la *Finca de Kanátchik* en Moscú gozaban de tan mala fama que su nombre mismo llegó a ser un símbolo terrible de desesperanza para los

enfermos mentales. Según la expresión de Maudsley, los centros psiquiátricos de este tipo eran, más que hospitales, verdaderos "cementerios de juicios aniquilados". Lo que distinguía a la mayor parte de los establecimientos psiquiátricos de la Rusia zarista era el trato policíaco-administrativo que en ellos se daba a los enfermos, la idea de la completa inutilidad de su tratamiento y de que la misión de tales establecimientos consistía únicamente en aislar a los enfermos, apartarlos de la sociedad y darles asilo.

En su relato *La flor roja*, el escritor Vsévolod Garshin describe con mano maestra el ambiente de pesadilla de un hospital psiquiátrico de aquellos tiempos: "Condujeron al nuevo enfermo a la habitación donde se encontraban los baños. Era un local capaz de sobrecoger a una persona sana, y con tanto mayor motivo tenía que impresionar una imaginación perturbada y excitable... Todo aquello adquiría para un cerebro trastornado el carácter de algo extraordinariamente tenebroso y fantástico.

...Cuando lo introdujeron en aquella espantosa habitación, para darle un baño y aplicarle en la nuca, según el método de tratamiento del médico-jefe del hospital, un gran parche de cantáridas, el enfermo horripilado tuvo un acceso de ira. Una tras otra acudieron a su mente absurdas ideas, a cual más monstruosa. ¿Qué era aquello? ¿La Inquisición? ¿Un lugar de ejecuciones secretas al que le habían llevado sus enemigos para acabar con él? ¿O, tal vez, el mismo infierno? Por último se le ocurrió pensar que le sometían a una prueba..."

Tal era el primer contacto del enfermo con el hospital. Más adelante, Garshin describe la vida del enfermo en aquel tenebroso establecimiento.

En su célebre obra *La sala número 6,* Chéjov nos ofrece el cuadro no menos pavoroso de uno de aquellos atrasados hospitales psiquiátricos de la Rusia zarista.

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LA UNION SOVIETICA

La imagen de las viejas "casas de alienados", que con tan vivos colores describieran Chéjov y Garshin, nos sigue impresionando aún ahora como un recuerdo de aquel pasado tenebroso. Pero las "casas de alienados" han desaparecido para siempre, como ha desaparecido también el odiado régimen de la Rusia zarista que las creara. La Gran Revolución de Octubre, que destruyó totalmente los pilares de la vieja vida, aportó también radicales transformaciones en la asistencia a los enfermos mentales.

Desde los primeros meses de la existencia del Poder soviético, el Estado comenzó a preocuparse de organizar la asistencia psiquiátrica, lo mismo que de los demás sectores de la sanidad. La dirección de esta labor se encomendó a la Comisión Psiquiátrica, que en 1919 se creó aneja al Consejo de Colegios Médicos (primer órgano estatal de sanidad del Poder soviético).

Los psiquiatras rusos avanzados, que en las difíciles condiciones del zarismo habían luchado tesoneramente por dar un carácter humanitario a la asistencia de los enfermos mentales, prestaron decidido apoyo a la organización de los servicios psiquiátricos sobre bases nuevas. De la actitud adoptada por ellos ante esta labor podemos juzgar por la declaración aprobada a propuesta de P. Gánnushkin, a la sazón presidente de la Asociación de neuropatólogos y psiquiatras: "Considerando que en los momentos críticos por que atraviesa el Estado en las circunstancias presentes debe conseguirse la participación de todos los trabajadores sociales, sin excepción, en la tarea de organizar la vida estatal y social... la directiva de la Asociación... estima deber suyo prestar su colaboración al nuevo Colegio". P. Káschenko, L. Prózorov y otros conocidos psiquiatras tomaron parte activa en los trabajos de la Comisión Psiquiátrica.



P. Gánnushkin

Durante los años de guerra civil, bloqueo e intervención extranjera, cuando la tarea principal era restaurar los hospitales destruídos, se expuso ya la idea de que se precisaba una amplia labor de profilaxis de las enfermedades nerviosas y mentales. En la Primera Conferencia Nacional de Neuropsiquiatría, celebrada en agosto de 1919, Z. Soloviov, que en aquel entonces se hallaba al frente de la Sanidad soviética, señaló las enormes posibilidades que el régimen soviético brindaba a la lucha contra las enfermedades nerviosas y mentales, proponiendo que se dedicase especial atención a la prevención de estas enfermedades.

Los anhelos y los sueños más audaces de los psiquiatras avanzados de los tiempos prerrevolucionarios se vieron convertidos en realidad bajo el régimen soviético. Se elaboró un nuevo sistema de organización de la asistencia psiquiátrica basado en los principios del humanismo socialista.

Los psiquiatras soviéticos estudian las condiciones que favorecen la aparición de las enfermedades mentales y participan en la adopción de las medidas que aseguran la prevención de estas enfermedades y el fortalecimiento de la salud psíquica de la población. Vemos, pues, que la actividad de los psiquiatras soviéticos está indisolublemente ligada a la profilaxis y la higiene.

Las vastas tareas planteadas ante la Psiquiatría impusieron una serie de principios organizativos de la asistencia psiquiátrica en la Unión Soviética. Antes de pasar revista a la actividad de los establecimientos psiquiátricos creemos conveniente hacer una exposición muy breve de estos principios.

1. EL TRATAMIENTO ACTIVO

Anteriormente hemos destacado varias veces que las personas con trastornos psíquicos son ante todo enfermos que necesitan ser sometidos a tratamiento. Por eso, la asistencia psiquiátrica en la Unión Soviética no se basa en el "asilo" de unos inválidos psíquicos sin esperanza de curación y en el aislamiento de unas personas que constituyen un peligro para la sociedad, sino en una múltiple ayuda médica a los enfermos mentales con el propósito de reincorporarles íntegramente a la vida y al trabajo.

Esta manera de enfocar el problema hizo cambiar a fondo la actividad de los establecimientos psiquiátricos, que de lugares de asilo y aislamiento se convirtieron en hospitales para el tratamiento de los alienados. A la pasividad terapéutica y a la desconfianza en la curabilidad de las enfermedades psíquicas se ha opuesto en la Unión Soviética una terapéutica activa penetrada del firme anhelo de conseguir efectos curativos.

El principio del tratamiento activo se ha hecho extensivo a todas las categorías de enfermos mentales, incluyendo a los enfermos crónicos. En el capítulo dedicado al tratamiento ya mostramos los resultados positivos que éste permite obtener, sobre todo con los modernos recursos terapéuticos (la aminazina, etc.), en los enfermos antiguos, con defectos del psiquismo que se presuponían profundos e irreversibles.

El tratamiento activo no se limita al empleo de substancias medicamentosas, sino que comprende también la la-

borterapia, la psicoterapia, la fisioterapia, la gimnasia médica, un régimen adecuado y la adopción de medidas profilácticas de carácter social.

2. LA ASISTENCIA DIFERENCIADA

Ya dijimos que en la Rusia prerrevolucionaria, la asistencia psiquiátrica estaba poco diferenciada. En lo fundamental, todos los enfermos mentales eran atendidos solamente en los hospitales psiquiátricos, dentro de los cuales tampoco existía una diferenciación sensible. En la misma sección se hallaban internados por lo común enfermos recientes y crónicos, enfermos conscientes de su enfermedad y con vínculos sociales conservados y personas con marcadas manifestaciones demenciales y una acusada conducta antisocial. La convivencia en un mismo establecimiento —y con mayor motivo en una misma sección— de enfermos de las más diversas categorías ejercía un efecto traumatizante y reducía la eficacia del tratamiento. Este hecho ya había llamado la atención de Pávlov. "Por lo general —decía—, esta vida en común de enfermos que en cierta medida ya tienen conciencia de sí mismos, con otros que se encuentran en plena inconsciencia y son capaces de someter a los primeros no sólo a fuertes excitaciones con sus gritos y escenas tumultuosas, sino incluso a actos de verdadera violencia, debe ser considerada como una situación que representa una carga enervante adicional que gravita sobre las débiles células corticales"*.

Con el fin de subsanar todos estos defectos, en la Unión Soviética se ha organizado una vasta red de establecimientos psiquiátricos, cada uno destinado a atender a un determinado grupo de enfermos mentales, con su régimen especial y sus tareas propias. Los establecimientos psiquiátricos están divididos en secciones, cuya misión es atender mejor

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, pág. 132.

a los enfermos de acuerdo con las peculiaridades de su afección y conducta.

Los principales tipos de establecimientos psiquiátricos existentes en la Unión Soviética son: los dispensarios psiconeurológicos, los centros de tratamiento estacionario diurno, los talleres de trabajo para enfermos ambulatorios, los hospitales psiconeurológicos, las colonias psiquiátricas, las secciones psiquiátricas infantiles, las secciones psiquiátrico-forenses, etc. Más adelante examinaremos en detalle la actividad terapéutica y profiláctica de tales establecimientos.

3. DESCENTRALIZACION DE LA ASISTENCIA

Este principio fue propuesto por los psiquiatras de los *zemstvos* y su valor positivo reside en que aproxima la asistencia psiquiátrica a la población, asegurando así un tratamiento más oportuno y, por consiguiente, más eficaz.

En varias regiones de la Unión Soviética ya ha sido llevado a la práctica. Así, por ejemplo, en la de Moscú, además del antiguo hospital psiconeurológico *V. Yakovenko*, con 1.500 camas, durante los años de Poder soviético se han creado 16 establecimientos psiquiátricos interdistritales, que comprenden algunas clínicas para enfermos recientes y varias colonias, en su mayoría de tipo agrícola.

Las clínicas interdistritales han permitido atender oportunamente a gran número de enfermos que antes no podían tratarse, por vivir lejos del emplazamiento de los hospitales psiquiátricos. Se trata por lo general de enfermos con trastornos mentales pasajeros, que se observan frecuentemente en las psicosis alcohólicas, infecciosas, histéricas, epilépticas y de otros tipos.

4. EL REGIMEN "NO COERCITIVO"

El régimen "no coercitivo", propuesto por el psiquiatra inglés Conolly y que obtuvo su fundamentación ulterior en los trabajos de Kórsakov, sólo fue puesto en práctica en algunos establecimientos psiquiátricos avanzados de la Rusia prerrevolucionaria. En la Unión Soviética su aplicación es general y obligatoria para todos los hospitales psiquiátricos.

Cuando el enfermo mental se encuentra en estado de excitación y es agresivo, hay que encontrar el medio de eliminar las causas de tal estado, es preciso prescribir al enfermo un tratamiento que le tranquilice y le haga más dúctil, que disminuya su tensión. El empleo de ligaduras, camisas de fuerza y otros medios de coerción mecánica no hacen más que encolerizar al enfermo y aumentar su excitación. A su vez, el empleo de estas medidas desmoraliza al personal médico y le lleva al falso camino de la indiferencia y la pasividad frente a los enfermos.

Por el contrario, un tratamiento bien orientado, la acertada distribución de los enfermos por salas, la comodidad, el silencio y el reposo, la actitud dulce y solícita de un personal especialmente capacitado, y para ciertos enfermos las distracciones culturales y la laborterapia, toda esta nueva organización de los hospitales psiquiátricos reduce considerablemente en ellos el número de enfermos agitados y agresivos.

En los hospitales psiquiátricos de la Unión Soviética se combina el régimen no coercitivo con el llamado r é g i m e n p r o t e c t o r. En el capítulo dedicado al tratamiento de las enfermedades mentales ya nos hemos referido a este régimen basado en las ideas de Pávlov. Su valor es particularmente grande en los enfermos recientes. "... Es preciso —decía Pávlov, refiriéndose a este grupo de enfermos— colocarlos del modo más rápido y oportuno en la situación de los que padecen cualquier otra enfermedad..."*.

* I. Pávlov, *Obras completas*, t. III, vol. 2, pág. 132.

Poniendo en práctica la idea pávloviana de la inhibición protectora, V. Protopópov organizó en 1932, en la clínica psiquiátrica dirigida por él, de la Academia Ucraniana de Psiconeurología, una sección especial con habitaciones separadas para uno o dos enfermos de psicosis agudas. En estas condiciones se procuraba proporcionar a los enfermos la máxima tranquilidad, a fin de poner su sistema nervioso a salvo de cualquier excitación intensa. La sola colocación del enfermo en esta sección mejoraba muchas veces su estado y los diversos tratamientos aplicados en ella resultaban más eficaces que en otras condiciones.

En la actualidad, todos los establecimientos psiquiátricos de la Unión Soviética aplican el régimen protector.

5. ENFOQUE MEDICO DE LOS INGRESOS Y ALTAS DE LOS ENFERMOS MENTALES

En numerosos países, la hospitalización de los enfermos mentales exige aún una tramitación complicada y debe realizarse obligatoriamente a través de los organismos administrativos y judiciales (en Bélgica, por ejemplo, el internamiento de cada enfermo debe ser puesto en conocimiento del gobernador, del fiscal, del juez y del burgomaestre). Todo ello hace que el internamiento en un hospital psiquiátrico adquiera el carácter de un encarcelamiento y sea como un sello de infamia para el enfermo. En la Unión Soviética, para el ingreso de un enfermo en un hospital psiquiátrico sólo se requiere el certificado de un especialista. Tampoco el alta del enfermo ofrece para los médicos la menor dificultad. Este sistema de ingresos y altas, que sólo persigue fines terapéuticos, acrecienta la confianza de la población en los hospitales psiquiátricos, a la vez que acelera y favorece el tratamiento de los enfermos.

6. SALVAGUARDIA Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES

Muchos enfermos mentales tranquilos no están hospitalizados. El mejoramiento de sus condiciones de vida y la salvaguardia de sus intereses y derechos son objeto de la preocupación de los establecimientos psiquiátricos y de los organismos del Poder local. Para los enfermos que lo necesiten se establecen tutelas y se designan tutores entre personas dignas de confianza. También se les presta ayuda social en distintas formas: ayuda económica o jurídica, colocación, etc. La gran labor esclarecedora y educativa que se lleva a cabo entre la población tiene por objeto disipar los distintos prejuicios creados en torno a los enfermos mentales. Las leyes soviéticas castigan severamente a las personas que se aprovechan, con fines egoístas, de la inconsciencia e indefensión de los enfermos mentales. Comisiones psiquiátrico-forenses especiales dictaminan acerca del estado mental de las personas que hayan cometido alguna infracción de las leyes, siempre que exista alguna razón para suponer que padecen una enfermedad psíquica, a fin de poner en claro si en el momento de cometer el delito podían haberse dado cuenta de sus actos y haber controlado su conducta y, en consecuencia, decidir si, teniendo en cuenta su estado mental, se requieren medidas de defensa social o hay necesidad de someterles a un tratamiento obligatorio.

7. UNIDAD Y LIGAZON CON LA MEDICINA GENERAL

Considerando que los trastornos psíquicos tienen por base una alteración patológica de la actividad cerebral y del organismo en su conjunto, los psiquiatras soviéticos se esfuerzan por mantener un estrecho contacto con la medicina general, contacto que se efectúa por distintas vías y procedimientos. Aquí señalaremos los dos más importantes.

En primer lugar, por la organización de secciones psiquiátricas en los hospitales de tipo general. La primera sección de este género, existente aún hoy día, fue creada por iniciativa de P. Gánnushkin en el Hospital *S. Botkin* de Moscú, establecimiento modelo y el más grande de la Unión Soviética. En la República de Ucrania se ha reunido últimamente una gran experiencia en cuanto a la creación de estas secciones psiquiátricas. La organización de secciones psiquiátricas en los hospitales de tipo general ofrece grandes ventajas para los médicos psiquiatras y para los demás especialistas. Los primeros obtienen mayores posibilidades de someter a sus enfermos a un examen somático y, por consiguiente, pueden tratarles mejor. Los médicos de las demás especialidades pueden recurrir en vasta escala a las consultas de los psiquiatras para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos afectados de distintas dolencias.

En segundo lugar, la unidad de la Psiquiatría con la medicina general debe conseguirse mediante la correspondiente preparación de los psiquiatras en el conocimiento de la medicina interna. El psiquiatra es ante todo médico. Su capacidad de desentrañar hasta el fondo las distintas particularidades de los trastornos psíquicos debe estar indisolublemente ligada a un profundo conocimiento de las alteraciones patológicas del organismo que pueden provocar en el enfermo distintas perturbaciones mentales. El psiquiatra no sólo debe poseer una buena preparación en el campo de la patología mental, sino también en el de la patología general.

8. UNIDAD DE LA ASISTENCIA TERAPEUTICA Y PROFILACTICA

Partiendo de este principio, los psiquiatras soviéticos se esfuerzan por conseguir que el tratamiento de los enfermos mentales lleve necesariamente elementos de profilaxis y por que la prevención de las enfermedades psíquicas esté indisolublemente vinculada a su tratamiento. El médico

de la sección psiquiátrica de hospitalización no sólo se esfuerza por curar al enfermo, sino que se preocupa también de que éste no se encuentre después en unas condiciones de vida y trabajo que puedan dar lugar a una recaída. Al propio tiempo, el médico del dispensario psiconeurológico que realiza una inspección profiláctica entre los obreros de una profesión nociva para la salud mental, se encarga de prescribir para los que lo necesiten un tratamiento preventivo.

El principio de la unidad de las labores terapéutica y profiláctica puede llevarse a la práctica a condición de que exista una unidad entre la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria a los enfermos mentales. Esta última se consigue mediante el establecimiento de un estrecho contacto entre los hospitales psiquiátricos y los dispensarios psiconeurológicos, procurando que los hospitales reciban de los dispensarios la anamnesis social de los enfermos, descubriendo los casos tempranos e iniciales y manteniendo en observación a los enfermos después de haber sido dados de alta del hospital, preocupándose de la organización de su vida y de su trabajo.

Hemos expuesto los principios en que se basa la asistencia psiquiátrica en la Unión Soviética.

Ahora describiremos el funcionamiento de los distintos establecimientos psiquiátricos y sus particularidades. Estas son especialmente numerosas en los dispensarios psiconeurológicos, establecimientos psiquiátricos de nuevo tipo. Por ellos comenzaremos nuestro propósito de dar a conocer al lector el armonioso sistema en que descansa la organización de la asistencia psiquiátrica en la U.R.S.S.

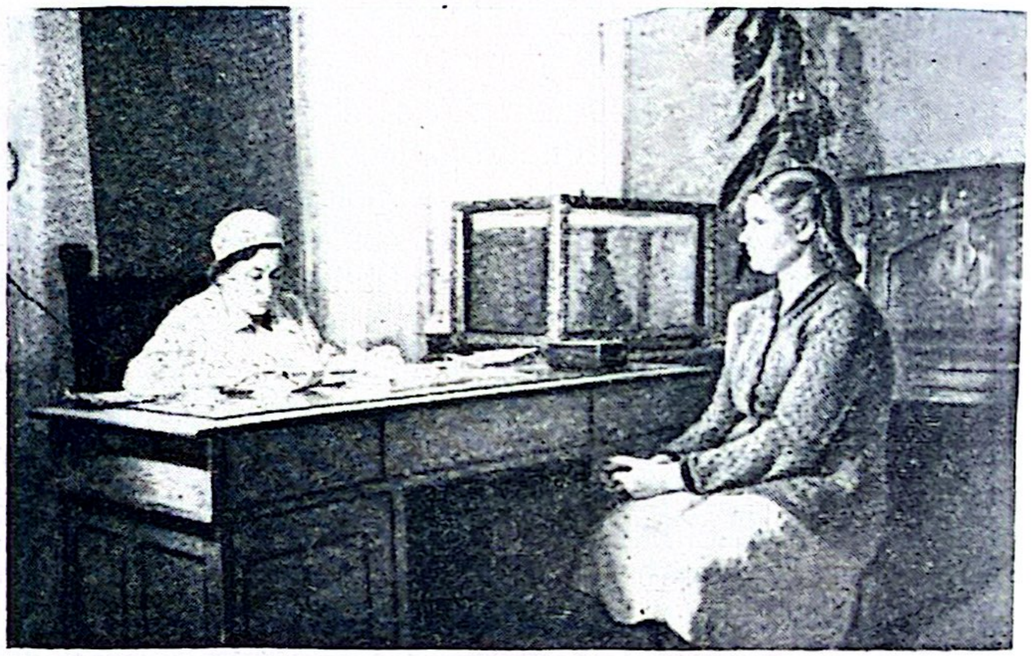
Los dispensarios psiconeurológicos

Los dispensarios psiconeurológicos fueron creados en la Unión Soviética poco después de la Revolución de Octubre. Pero en los primeros años del Poder soviético eran

muy escasos, hallándose limitados fundamentalmente a Moscú y Leningrado. En los últimos años, su número ha aumentado considerablemente. A comienzos de 1957 había ya 2.467 secciones psiconeurológicas en los dispensarios de tipo general y 119 dispensarios psiconeurológicos independientes. Examinemos ahora brevemente el funcionamiento de estos importantes establecimientos de asistencia psiquiátrica.

Para muchas enfermedades mentales graves la mejor forma de tratamiento es la hospitalaria. El alejamiento del ambiente familiar ejerce un efecto benéfico sobre estos enfermos. El riguroso régimen de vida de los hospitales contribuye a disciplinarlos y los tranquiliza. Algunos enfermos requieren una vigilancia médica constante; otros exigen tratamientos especiales, que no pueden recibir estando en su casa. Pero la Psiquiatría soviética no se limita a tratar los casos graves. Se presta gran atención a los enfermos con trastornos psíquicos poco marcados, a las formas iniciales y leves de las enfermedades mentales, a las neurosis. Muchos de estos enfermos pueden ser tratados en su casa y, a veces, incluso sin dejar de trabajar. Una de las misiones principales de los dispensarios psiconeurológicos es asegurar la asistencia médica a esta clase de enfermos.

En ocasiones, los enfermos o sus familiares se dirigen al médico demasiado tarde, cuando la enfermedad ha echado ya raíces profundas en el organismo. En algunos casos esto se debe a que el enfermo oculta sus trastornos, no habla con nadie de sus ideas delirantes. En otros, la causa reside en que, al principio, las personas que rodean al enfermo interpretan falsamente la conducta anormal como una manifestación de su mal carácter. Finalmente, los prejuicios que aún tienen ciertas personas acerca de las enfermedades mentales las obligan a retrasar la consulta del médico, bien por un falso pudor, bien por la idea equivocada de que todas las enfermedades mentales son incurables. Es misión del dispensario acabar con estos prejui-



Dispensario psiconeurológico de Kúibishev. En la consulta del psiquiatra.

cios, hacer que la población conozca la verdad acerca de las enfermedades mentales y explicar la necesidad de su tratamiento oportuno, que es el que suele dar mejores resultados.

La descentralización de la asistencia psiquiátrica, de cuya importancia ya hemos hablado, contribuye también al comienzo precoz del tratamiento. Hoy día existen dispensarios de este tipo no sólo en los centros regionales, sino también en muchos centros de distrito, merced a lo cual la asistencia psiquiátrica es más accesible a la población.

En el trabajo de los dispensarios ocupa un gran lugar el peritaje laboral, o sea la elección de la ocupación más adecuada para el enfermo o para el que aún no se ha repuesto del todo de una enfermedad mental. Mediante el peritaje laboral, preocupándose por el trabajo del enfermo, los médicos del dispensario se esfuerzan por restablecer del

modo más completo su salud y su capacidad de trabajo, por darle la posibilidad de incorporarse a la actividad productiva, que tuvo que abandonar temporalmente a causa de su enfermedad. Si el enfermo no puede volver a su ocupación anterior, se le recomienda otro trabajo, más adecuado a su situación, y se le ayuda a adquirir la nueva especialidad.

Por su estado de salud, algunos enfermos no se hallan en condiciones de defender sus intereses y tienen necesidad de una tutela. El dispensario se encarga de designar tutores a esta clase de enfermos.

Los inválidos de la Guerra Patria están rodeados en la Unión Soviética de extraordinaria solicitud. Ya dijimos que las heridas y las contusiones del cerebro pueden dar lugar a trastornos neuropsíquicos. Otras lesiones de guerra también son capaces de ocasionar alteraciones patológicas del psiquismo. El dispensario ayuda a los inválidos a encontrar su puesto en la vida laboral, a incorporarse activamente al trabajo.

En este aspecto tiene una gran importancia la acertada elección del trabajo, que debe ser ejecutado bajo la vigilancia del médico, contribuyendo así a la mejor compensación de los trastornos neuropsíquicos. Las enormes posibilidades de que dispone el sistema nervioso central para compensar los distintos defectos de su funcionamiento, la asombrosa "plasticidad" del cerebro humano, tantas veces señalada por Pávlov, contribuyen al restablecimiento total o parcial de la salud del enfermo.

Hemos señalado uno de los aspectos de la actividad de los dispensarios, pero no es menos importante su labor de prevención de las enfermedades mentales. Para ello se dan en la U.R.S.S. condiciones muy favorables. Los éxitos de la construcción del socialismo y el consiguiente mejoramiento radical de las condiciones de vida y trabajo contribuyen a eliminar las causas más importantes de las enfermedades neuropsíquicas. Es misión de la sanidad soviética contribuir activamente a que se aprovechen al

máximo las excepcionales posibilidades que en este aspecto brinda el régimen social soviético. Para el cumplimiento de esta misión constituyen una gran ayuda la ilustración sanitaria de las masas y la propaganda entre la población de los conocimientos acerca de cómo debe organizarse mejor el trabajo y la vida para fortalecer la salud neuropsíquica. Los dispensarios realizan aquí una gran labor, dando satisfacción a las más diversas demandas de la población. Publican carteles y octavillas, organizan conferencias y charlas sobre el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales, celebran exposiciones sobre higiene de la salud neuropsíquica y dan consultas sobre cuestiones de higiene mental. Estas últimas lo mismo pueden ser públicas que individuales.

Por ejemplo, un joven obrero, sin abandonar el trabajo en la fábrica, ingresa a estudiar por libre en un centro de enseñanza superior. Le interesa la forma de distribuir mejor las horas del día para hacer compatible el trabajo físico con el intelectual. También le interesa una serie de datos sobre higiene del trabajo intelectual, a fin de organizar correctamente sus estudios y asimilar mejor lo aprendido, sin fatigarse ni agotar su sistema nervioso. Todas estas cuestiones las consulta con el médico del dispensario encargado de dar en la fábrica consejos sobre higiene mental. Muchas de las preguntas que se les hacen a estos médicos están relacionadas con la elección racional de la profesión, las formas de descanso, la higiene del sueño, etc.

La ilustración sanitaria tiene particular importancia en la educación de los niños. Los padres y los maestros desean recibir del médico respuestas concluyentes a las preguntas más diversas, como son, por ejemplo, cómo debe educarse a los niños desde los primeros días de su nacimiento para evitar la nerviosidad, para impedir que sean excesivamente tercos y caprichosos, que adquieran malas costumbres; cómo debe organizarse la vida de los niños, sus estudios en casa, su descanso, sus juegos, su alimentación y su sueño para que se desarrollen sanos, fuertes y resistentes. Todas estas cuestiones son tratadas en las conferencias y charlas que los dispensarios organizan para la población.

Un capítulo muy importante de la labor profiláctica de los dispensarios lo constituye la lucha contra el alcoholismo, como posible causa de enfermedades mentales.

Hace tiempo que en la Unión Soviética han desaparecido las condiciones que antes propiciaban la vasta difusión del alcoholismo. El carácter del trabajo socialista, fuente de alegría y satisfacción; el descanso sano al alcance de todos; el mejoramiento de las condiciones de vida y el rápido ascenso del nivel cultural de los ciudadanos soviéticos son todos ellos factores que han creado grandes posibilidades para el éxito de la lucha contra el alcoholismo. Sin embargo, estas posibilidades aún no han sido plenamente aprovechadas. El alcoholismo está actualmente menos difundido en el país que antes de la Revolución, pero todavía no ha sido liquidado, por lo que se sigue concediendo gran importancia a la lucha contra él.

En esta lucha desempeña importante papel una educación acertada de la joven generación que asegure su completo desarrollo físico e intelectual, la buena organización del descanso de los trabajadores, el fomento de una opinión pública que condene severamente la bebida y sea intransigente frente a cualquier violación por los borrachos de las leyes de la convivencia social.

Tiene también gran importancia la amplia difusión de conocimientos justos, con base científica, acerca de la perniciosa influencia ejercida por el alcohol sobre la salud y particularmente sobre la salud neuropsíquica, así como acerca de las consecuencias sociales del alcoholismo, que destruye la familia y repercute de un modo nefasto sobre la actividad profesional de quienes abusan de las bebidas alcohólicas.

El personal de los dispensarios psiconeurológicos toma

una parte muy activa en la difusión de estos conocimientos entre la población. Además, en los dispensarios se aplican tratamientos a los alcohólicos crónicos.

En el tratamiento del alcoholismo se utiliza mucho el método propuesto por el psiquiatra soviético I. Sluchevski, que consiste en administrar un vomitivo y, poco antes de que éste surta efecto, dar a oler y beber un poco de vodka. Después de repetir varias veces esta operación terapéutica, basta el simple olor y sabor del alcohol para provocar un sentimiento de repulsión y hasta el vómito.

Para conseguir que los alcohólicos pierdan su morbosa inclinación a la bebida se utiliza también la sugestión hipnótica. Este método terapéutico fue aplicado por primera vez a fines del siglo pasado. V. Béjterev contribuyó poderosamente a su desarrollo. I. Strelchuk propuso que se emplease la sugestión hipnótica para producir en los alcohólicos un reflejo vomitivo condicionado. Al enfermo hipnotizado se le hace oler o beber un poco de vodka y al mismo tiempo se le sugiere la idea de que esa bebida produce vómitos. El paciente empieza a hacer muecas de repugnancia, segrega abundante saliva, siente náuseas y comienza a vomitar. Este reflejo condicionado al alcohol persiste después en estado de vigilia.

Ambos métodos de tratamiento dan resultados duraderos en los casos en que existe un deseo consciente y sincero de abandonar la bebida, cuando el propio alcohólico se esfuerza por vencer su hábito perjudicial. Aquí pueden prestar una gran ayuda los familiares, compañeros de trabajo y amigos del enfermo, así como la renuncia a seguir tratando con los antiguos "compañeros de borrachera".

En algunos casos, el dispensario envía a los alcohólicos crónicos al hospital para someterlos allí a tratamiento.

Los centros de tratamiento estacionario diurno

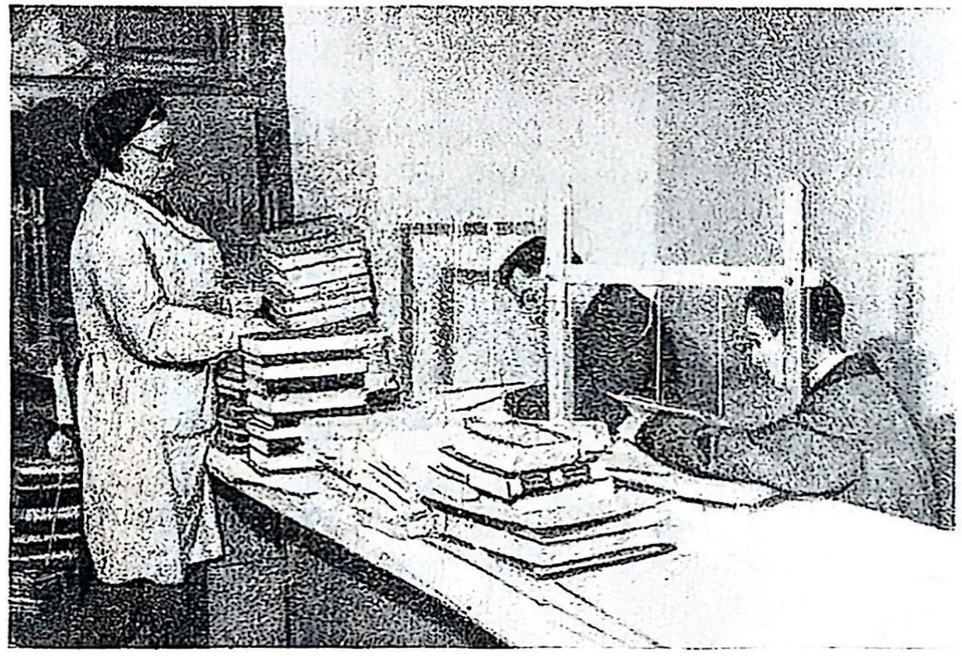
Algunos dispensarios poseen centros de tratamiento estacionario diurno, en los que se atiende a enfermos con distintas alteraciones del psiquismo, pero de carácter tranquilo y que pueden seguir viviendo en sus casas sin perjuicio para las personas que les rodean. Estos enfermos no están en condiciones de adaptarse a las complejas exigencias de una vida independiente de trabajo, pues en unos casos les falta iniciativa y comprensión y en otros, resistencia.

Durante el día, los enfermos acuden al centro, donde reciben alimentación y tratamiento y toman parte en diversos trabajos bajo la vigilancia del médico. El resto del tiempo lo pasan en casa, con su familia. Para los enfermos que han sido dados de alta en un hospital psiconeurológico, pero que aún no han recobrado plenamente su salud, los centros de tratamiento estacionario diurno son de particular utilidad, constituyendo una especie de instancia intermedia entre el hospital y el retorno al ambiente habitual. Después de recuperar sus fuerzas y su capacidad de trabajo en el centro, el enfermo retorna a sus ocupaciones acostumbradas.

Los hospitales psiconeurológicos

Los establecimientos psiquiátricos de esta índole están destinados en la Unión Soviética a los enfermos mentales recientes, así como también a los casos de exacerbación de la enfermedad. Sin embargo, debido a que la mayoría de los actuales hospitales psiconeurológicos fueron creados mucho antes de la Revolución, habiendo albergado durante todo este tiempo a enfermos crónicos, en varios de ellos siguen existiendo secciones para este tipo de enfermos.

Más arriba hemos señalado la difícil situación en que se encontraba la asistencia psiquiátrica en la Rusia zarista, pe-



Centro de tratamiento de estacionario diurno del distrito de Octubre de Moscú. Los enfermos durante el trabajo.

ro nos referimos fundamentalmente a la baja calidad de los servicios prestados por la mayoría de los establecimientos psiquiátricos de aquel entonces. En el aspecto cuantitativo, por el número de camas para enfermos mentales, Rusia también marchaba muy a la zaga de otros países.

Así, al 1 de enero de 1911, en todos los hospitales psiquiátricos del antiguo imperio zarista, había 47.975 camas.

La primera guerra mundial, y posteriormente la guerra civil y la ruina económica de los primeros años de Poder soviético ocasionaron grave quebranto a los hospitales psiquiátricos. Muchos de ellos quedaron destruídos durante la guerra, otros fueron ocupados por distintas instituciones o particulares. El número de camas de hospital se redujo en grandes proporciones. Al 1 de enero de 1923 no quedaban en todos los hospitales psiquiátricos de la Unión Soviética más que 12.950 enfermos. No obstante esta grave situación,

merced a la energía de los psiquiatras soviéticos y a las medidas adoptadas por el Estado, antes de estallar la guerra con la Alemania hitleriana, no sólo se había restablecido el número de camas en los hospitales psiquiátricos, sino incluso se había ampliado considerablemente. Al 1 de enero de 1940 había en los hospitales psiquiátricos de la Unión Soviética 83.895 camas.

Sin embargo, durante la ocupación de una parte del territorio de la U.R.S.S. por las tropas hitlerianas, los fascistas destruyeron gran número de hospitales psiquiátricos, sobre todo en Bielorrusia y Ucrania, y exterminaron a 20.000 enfermos mentales.

Y únicamente merced a la extraordinaria atención que en la Unión Soviética se presta a la sanidad, pudieron ser rápidamente restañadas estas nuevas heridas infligidas por la guerra contra la Alemania hitleriana. Al 1 de enero de 1957 había ya en todos los hospitales psiconeurológicos de la Unión Soviética 115.430 camas, es decir, más del doble que antes de la Revolución.

No obstante, sería erróneo juzgar del estado en que se encuentra la asistencia psiquiátrica en la U.R.S.S. únicamente por el número de camas en los hospitales psiquiátricos. Es preciso tener en cuenta, además, la vasta red de establecimientos psiconeurológicos extrahospitalarios, como son los dispensarios, los centros de tratamiento estacionario diurno, etc. También han de tenerse presentes los nuevos factores en el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos de la U.R.S.S.

El éxito del tratamiento de los enfermos mentales y la calidad de los cuidados prestados a los mismos dependen en gran medida de que en los hospitales psiquiátricos haya suficiente cantidad de médicos y de personal sanitario medio e inferior.

El número de médicos psiquiatras de la Unión Soviética ha experimentado un gran aumento. En 1913 había en el antiguo imperio de los zares 480 psiquiatras. Este número

aumentó en 1936 en la U.R.S.S. a 1.392 y en 1955 se elevó ya a 4.086*.

Según datos de A. Rapoport, en 1954, a cada médico psiquiatra correspondían por término medio en los hospitales de la U.R.S.S. 28 enfermos, a cada enfermera, 6, y a cada mozo de hospital, 3.

Señalaremos que la Asociación Americana de Psiquiatría se propone conseguir en un futuro próximo que a cada médico psiquiatra correspondan no más de 150 enfermos, a cada enfermera, 40, y a cada mozo de hospital, 8. En 1956, en los hospitales psiquiátricos del Canadá había 124 enfermos por cada médico, y en los hospitales de Australia, 325**.

Otro exponente digno de atención del estado en que se encuentran los hospitales psiconeurológicos de la U.R.S.S. lo constituyen los datos acerca de la mortalidad en los hospitales. En la Rusia prerrevolucionaria, la mortalidad hospitalaria oscilada entre el 9 y el 10% del número total de enfermos hospitalizados. En la U.R.S.S., las cifras correspondientes a los distintos años han sido: en 1928, el 7%; en 1939, el 5,2%; en 1949, el 2,7%; en 1953, el 2,4%; en 1954, el 2,13%, y en 1955, el 2,02%.

La mortalidad media en otros países es mucho más elevada: en los hospitales psiquiátricos de los EE.UU. era en 1950 de un 6,38%; en el Canadá, de un 4,25% (1951); en Suecia, de un 4,9% (1952)***.

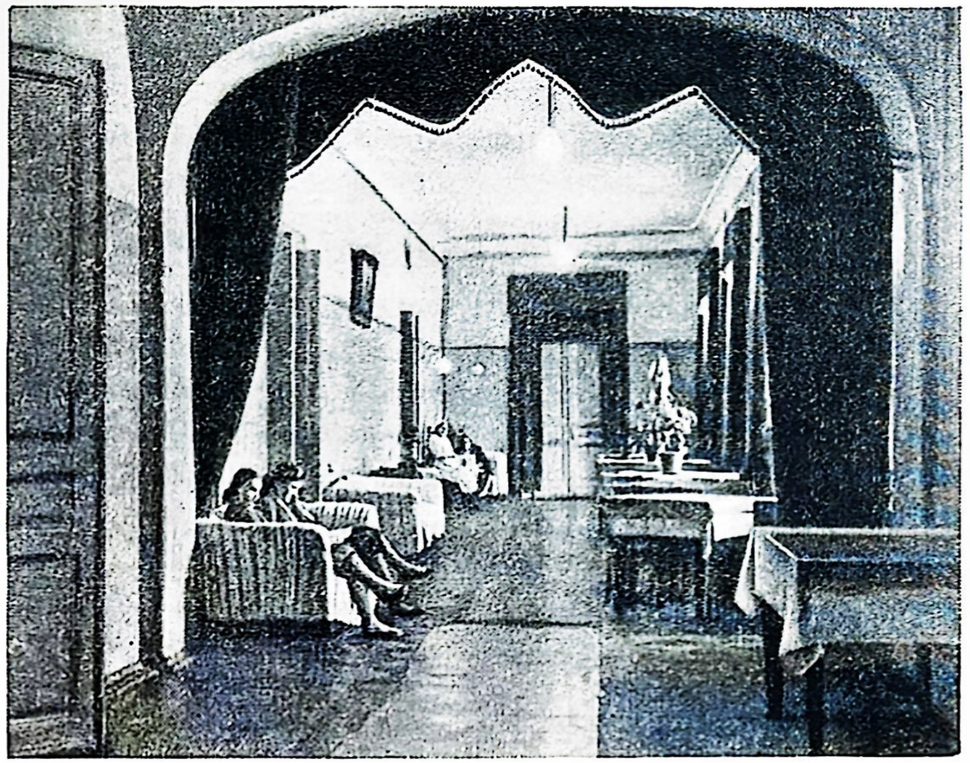
En los hospitales psiconeurológicos de la Unión Soviética se presta gran atención al estudio de la salud física de los enfermos, y los hospitales están equipados con el material médico más moderno. Todos los hospitales psiconeu-

---

* La sanidad en la U.R.S.S. Guía de estadística, Moscú, 1956, pág. 33.

** Datos citados en el artículo de A. Rapoport *Situación y dinámica de los enfermos en los establecimientos psiquiátricos de la U.R.S.S. Zhurnal nevropatologuii i psijiatrii ímeni S. Kórsakova* (Revista de neuropatología y psiquiatría *S. Kórsakov)*, 1957, I, pág. 101

*** Lugar citado, pág. 95.



Clínica Psiquiátrica *Kórsakov*. Salón de descanso de los enfermos.

rológicos de la Unión Soviética cuentan con laboratorios para efectuar los más variados análisis clínicos y bioquímicos, gabinetes de rayos X, secciones de electroterapia, hidroterapia, etc.

Algunos hospitales poseen laboratorios de electrofisiología, equipados con aparatos de gran precisión, merced a los cuales se pueden captar las debilísimas corrientes eléctricas del cerebro. Las oscilaciones de la intensidad de la corriente se registran en forma de curvas, cuyo estudio ayuda en algunos casos a establecer la existencia de distintos estados patológicos en el cerebro del enfermo.

En los hospitales psiconeurológicos es muy frecuente la costumbre de solicitar el asesoramiento de médicos de otras especialidades (internistas, cirujanos, neuropatólogos,

etc.). Todo esto permite establecer con más seguridad el diagnóstico de la enfermedad psíquica, comprender mejor el mecanismo de su origen, aplicar con éxito los métodos de tratamiento activo y obtener bajas cifras de mortalidad.

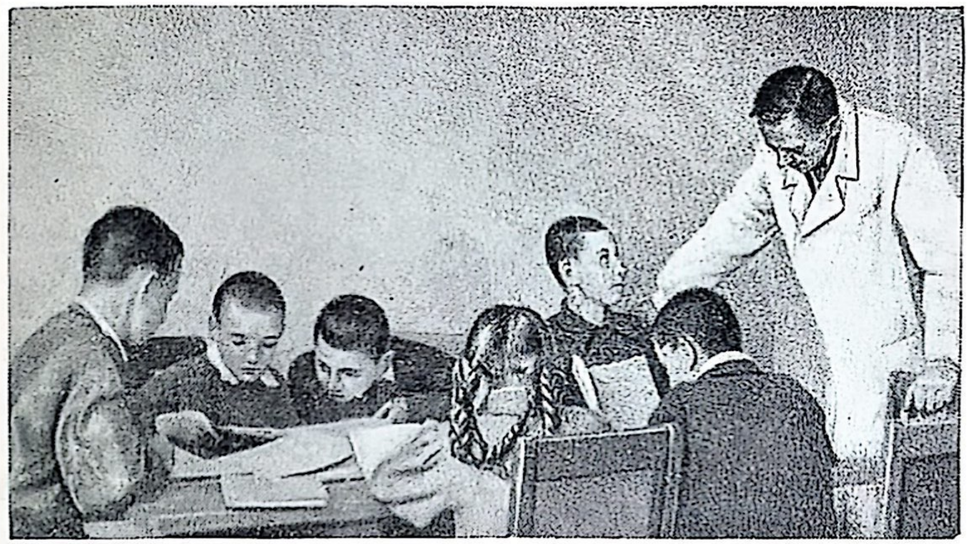
Las colonias psiquiátricas

Para los enfermos de curso crónico o con alteraciones estables del psiquismo después de una psicosis aguda existen las colonias psiquiátricas, instaladas preferentemente en zonas rurales. En ellas los enfermos realizan diversos trabajos, como labores agrícolas, etc. La permanencia al aire libre en el campo, una laborterapia convenientemente dosificada, un régimen de vida bien reglamentado, todo esto ejerce un efecto benéfico sobre los enfermos, preserva el psiquismo de una destrucción progresiva, ayuda a compensar sus defectos y en numerosos casos conduce a una mejoría.

Profilaxis y tratamiento de las enfermedades neuropsíquicas en los niños

En la Unión Soviética se presta extraordinaria atención a la profilaxis y al tratamiento de las enfermedades neuropsíquicas en los niños, para lo cual existe una vasta red de establecimientos psiconeurológicos infantiles, como son las escuelas auxiliares, las escuelas-sanatorios, los gabinetes para el tratamiento de los trastornos del lenguaje, los consultorios psiconeurológicos de las policlínicas infantiles, las secciones infantiles de los dispensarios, colonias y hospitales psiconeurológicos, las secciones para epilépticos, las casas para débiles mentales, etc.

Los psiquiatras soviéticos V. Guiliarovski, M. Gurévich, N. Ozeretski, G. Súja reva, T. Simson y otros estudiaron las particularidades de las enfermedades neuropsíquicas en la infancia y elaboraron un sistema bien meditado para su



Los niños, además de tratarse, estudian. Sección infantil del Hospital Psiconeurológico *Káschenko*.

profilaxis y tratamiento, para lo cual tuvieron en cuenta las siguientes peculiaridades del organismo infantil.

Por un lado, el sistema nervioso de los niños se distingue por su mayor fragilidad y vulnerabilidad; en la infancia se producen más fácilmente los trastornos nerviosos, por cuya razón adquieren gran importancia las medidas profilácticas para prevenirlos. Por otro lado, es preciso tener en cuenta que en los niños el cerebro sigue creciendo y desarrollándose, lo que brinda enormes posibilidades de compensar y eliminar los distintos trastornos psíquicos y, por consiguiente, de restablecer con rapidez la salud mental del niño enfermo.

La profilaxis de las enfermedades neuropsíquicas de la infancia está indisolublemente ligada al robustecimiento del organismo del niño, a su normal desarrollo físico y mental. En la aparición de estas enfermedades desempeñan un papel importante las perniciosas influencias recibidas durante la vida intrauterina. Un embarazo de curso desfavorable, algunas enfermedades infecciosas de la mujer embarazada (la sífilis sobre todo), así como el abuso de las bebidas

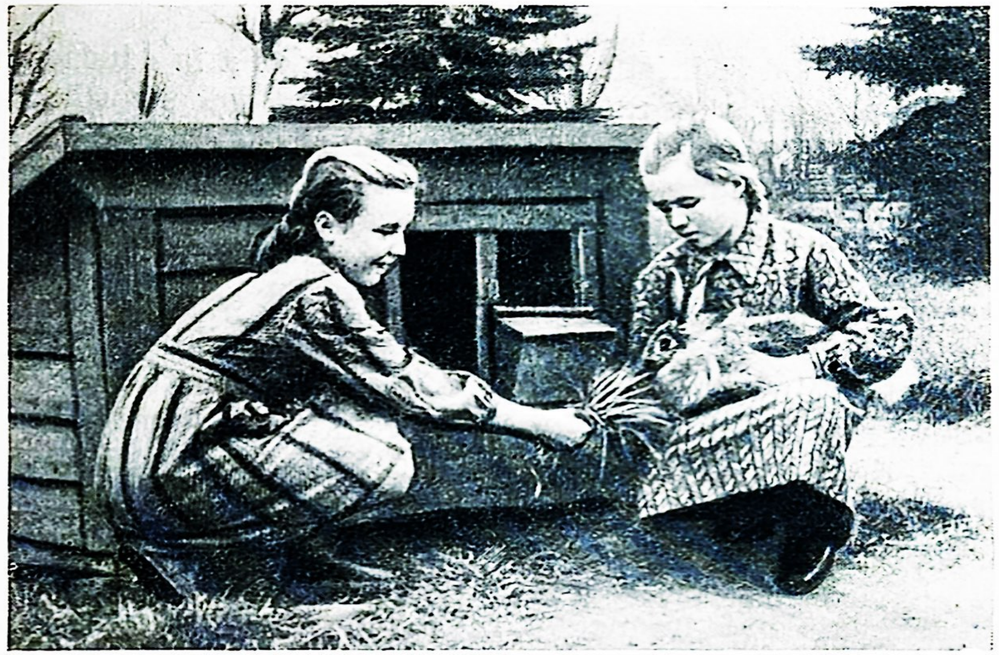
alcohólicas pueden dar lugar a una descendencia enclenque y enfermiza. Es evidente por lo tanto que la protección de la salud de la mujer durante el embarazo tiene una gran significación para la profilaxis de las enfermedades neuropsíquicas en la infancia. Las complicaciones y los traumatismos del parto también suelen ser causa de la aparición de enfermedades neuropsíquicas en los niños.

Los trastornos neuropsíquicos de los niños aparecen con especial frecuencia como una complicación de diversas enfermedades (ante todo de las infecciosas) y como secuelas de graves traumatismos craneanos. Por eso, las medidas que en tan amplia escala se aplican en la U.R.S.S. para luchar contra las enfermedades infecciosas de los niños y contra los traumatismos infantiles contribuyen también a prevenir los trastornos neuropsíquicos en la infancia.

La preocupación por el desarrollo físico normal del niño, por proporcionarle un régimen higiénico en la escue-



Un pedagogo dando clase a un grupo de niños adscritos al Dispensario Psiconeurológico del distrito de Octubre de Moscú.



El cuidado de los animales es una de las ocupaciones predilectas de los niños enfermos. En la sección infantil del Hospital Psiconeurológico *Kaschenko*.

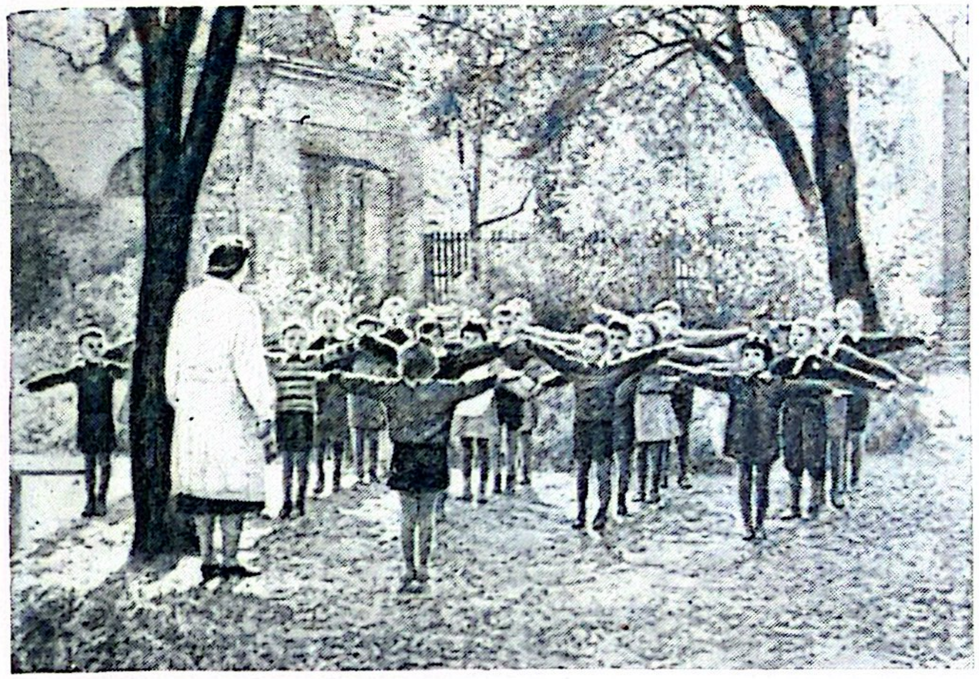
la y en casa, procurando que se alimente como es debido, descanse bien, permanezca mucho tiempo al aire libre y no se fatigue con exceso en el estudio, ayuda a robustecer la salud de los niños y, en particular, a prevenir las enfermedades neuropsíquicas en la infancia.

Para evitar que los niños sean nerviosos y excesivamente excitables y caprichosos es preciso educarlos correctamente. La buena educación contribuye también en medida considerable a prevenir y eliminar las manifestaciones de nervosismo infantil (temores nocturnos, sueño inquieto, tartamudeo, diversas malas costumbres). La falta de ecuanimidad en el trato con los niños —las caricias exageradas y la condescendencia ante los caprichos, así como los gritos y las intimidaciones, lo mismo que las disputas entre los padres en presencia de los hijos— puede desempeñar un gran papel en el nervosismo infantil. De

ahí que la profilaxis y el tratamiento de los trastornos neuropsíquicos en la infancia estén tan ligados a la educación de los niños; por eso, los especialistas en psiconeurología infantil trabajan en estrecho contacto con los padres y los pedagogos. Esta misma razón hace resaltar la importancia de los establecimientos terapéutico-pedagógicos, como son las escuelas auxiliares para atrasados mentales y las escuelas-sanatorios. En ellos, al igual que en los demás establecimientos psiconeurológicos infantiles, no sólo se presta gran atención al tratamiento, sino también a la educación y a la instrucción de los niños. El trabajo físico, sobre todo el trabajo al aire libre, en el jardín o en la huerta, tiene un gran efecto curativo. Una de las ocupaciones predilectas de los niños retraídos es el cuidado de los animales.

Unas palabras sobre el tratamiento de los trastornos del lenguaje en la infancia. La tartamudez aparece frecuentemente en los niños después de un trauma psíquico, un susto, a consecuencia de una enfermedad infecciosa o bien por imitar a una persona que tartamudea y con la que el niño convive.

Hasta el año 1930, en la Unión Soviética se trataba la tartamudez únicamente en la edad escolar, es decir, por el método colectivo. Con este objeto, a los niños tartamudos se les daban clases colectivas de corrección del lenguaje. En 1930, V. Guiliarovski expuso la idea de que el tratamiento de la tartamudez sería más eficaz si se comenzase en la edad preescolar. Para ello, en la clínica neuropsiquiátrica *Z. Soloviov*, por él dirigida, organizó un jardín de la infancia para tartamudos de edad preescolar. Este trabajo fue encomendado a la talentosa logopeda N. Vlásova. En los 27 años de existencia del jardín de la infancia han sido tratados en él más de 2.000 niños tartamudos. Para la corrección del defecto de lenguaje se han utilizado distintos métodos, que comprenden una buena educación, la ayuda al niño en las dificultades del lenguaje (pronunciación de frases cortas y el relato de lo visto en distintos cuadros),



Gimnasia matinal. En la sección logopédica del Hospital Psiconeurológico *Soloviov*.



Entrega de estampas a los niños, para que las describan verbalmente. Sección logopédica del Hospital Psiconeurológico *Soloviov*.

canto, ejercicios rítmicos, un buen régimen de vida y diversas medidas de vigorización. El procedimiento demostró ser muy eficaz. He aquí un caso de buenos resultados en una forma grave de tartamudez, relatado por la Dra. Vlásova.

Tolia K. de 6 años, empezó a tartamudear después de una grave enfermedad. En junio de 1941, estando con su madre en la zona ocupada por los fascistas, contrajo una disentería grave que le duró seis meses. Sobrevino después una distrofia que debilitó al niño hasta el punto de impedirle caminar y hablar.

Recuperó lentamente el uso del lenguaje y empezó a tartamudear. En este estado ingresó en junio de 1942 en la sección de logopedia.

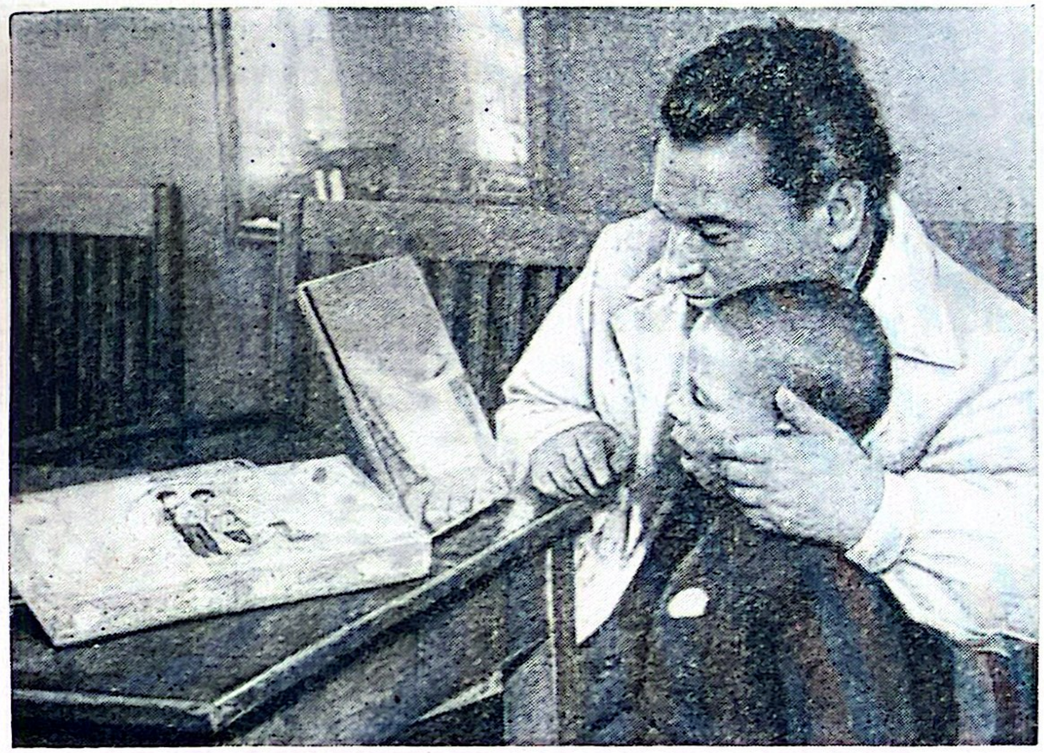
Durante los primeros ocho meses progresó lentamente en el mejoramiento del lenguaje. Después de una gripe sobrevinieron dos recidivas con intenso tartamudeo, que al fallecer su abuela volvió a producirse, con temor a la oscuridad y trastorno del sueño.

Durante el verano, el niño se trasladó con su madre al campo, de donde regresó en otoño muy vigorizado. Volvió a su grupo de muy buena gana, demostrando gran interés por las clases, sobre todo las de ejercicios rítmicos. A partir de ese momento la reeducación del lenguaje progresó sin recaídas de ninguna clase y al cabo de tres meses el niño hablaba ya tranquilamente, sin tartamudear.

En cierta ocasión, el cartero trajo a la sección de logopedia una carta del siguiente contenido:

"Estoy en Moscú de paso, después de terminar con excelentes calificaciones mis estudios en la Escuela *Najímov* de guardiamarinas. Prometí a mi madre pasar a verles para expresarles mi más profundo agradecimiento a todos los que tanto han hecho por mí.

No concibo cómo habría podido ver realizada mi ilusión de llegar a ser oficial de la marina si hubiese seguido padeciendo la grave tartamudez que tuve en la infancia. Muchos años después, ya de mayor, recordé más de una vez



Durante una sesión de tratamiento logopédico en el Dispensario Psiconeurológico del distrito de Octubre de Moscú.

los días pasados en la sección de logopedia. Son unos recuerdos magníficos, llenos de luz, que guardaré hasta el final de mis días. . ."

* * *

Las principales formas de la asistencia psiquiátrica en la U.R.S.S., de las que hemos hablado en este capítulo, se hallan estrechamente ligadas entre sí. La Psiquiatría soviética asegura a los enfermos mentales un tratamiento multilateral y rigurosamente individualizado, que da buenos resultados cuando comienza precozmente, en las fases iniciales de la enfermedad. El tratamiento se aplica en los hospitales y en los dispensarios sin solución de continuidad. La asistencia social y la vigilancia de las condiciones de

vida y de trabajo del enfermo contribuyen a consolidar los resultados de las medidas terapéuticas. Las vastas medidas de saneamiento y la difusión de los conocimientos higiénicos ayudan a suprimir las causas fundamentales de las enfermedades psíquicas.

La vida dichosa y pletórica de esfuerzos creadores de los ciudadanos soviéticos y el impetuoso desarrollo de la cultura socialista contribuyen al florecimiento de las fuerzas físicas y espirituales, al robustecimiento de la salud del pueblo y a una considerable reducción de las enfermedades, entre ellas de las neuropsíquicas.

INDICE

Capítulo I. Breve historia 3
El pasado lejano 3
Los orígenes de la Psiquiatría rusa 12
Las ideas de los psiquiatras rusos de la segunda mitad del siglo XIX 19

Capítulo II. I. Pávlov y los trastornos psíquicos 36
La teoría de la actividad nerviosa superior 43
El delirio 50
Los estados obsesivos 54
Las alucinaciones 58
Las neurosis 62
La corteza de los hemisferios cerebrales y los órganos internos 75
La esquizofrenia 80
La epilepsia 83

Capítulo III. Las causas de las enfermedades mentales . . 89
De qué provienen las enfermedades mentales 91
Las condiciones sociales y la morbilidad psíquica . . . 107

Capítulo IV. Tratamiento de las enfermedades mentales . 115
Las enfermedades mentales pueden ser curadas 115
Tratamiento de la parálisis progresiva 116
Métodos de tratamiento activo de la esquizofrenia 119
La psicoterapia 128
El tratamiento por el trabajo 137

Capítulo V. Organización de la asistencia psiquiátrica . . 142
La asistencia psiquiátrica en la Rusia de antes de la Revolución 142
La asistencia psiquiátrica en la Unión Soviética 151

AL LECTOR

La Editorial le quedará muy reconocida si le comunica usted su opinión acerca del libro que le ofrecemos, así como de la traducción, presentación e impresión del mismo. Le agradeceremos también cualquier otra sugerencia.

Nuestra dirección:
Ediciones en Lenguas Extranjeras
Zúbovski bulvar, 21
Moscú
U.R.S.S.