

EMILIO MIRA Y LÓPEZ

Doctor en Medicina

Ex-Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Barcelona

Docente libre de Psicoterapia y Psicología Médica de la

Universidad de Buenos Aires

LA PSIQUIATRÍA EN LA GUERRA **("PSYCHIATRY IN WAR")**

Editorial Médico-Quirúrgica

Buenos Aires

1944

RECONOCIMIENTO

El autor queda profundamente agradecido al

Dr. John L. Simon

Por su inapreciable colaboración

en la preparación de este manuscrito

Título de la Primera Edición Norteamericana

"PSYCHIATRY IN WAR"

Versión castellana del inglés por el autor

Copyright, 1944 by Editorial Médico Quirúrgica

Printed in Argentine

PRÓLOGO

La Ciencia debe ser más que la simple búsqueda y registro de la verdad; la Psiquiatría debe ser el esfuerzo objetivo, lógico y desinteresado para conseguir la salud mental por medio de conocimientos científicos.

El autor, como psiquiatra, se considera un combatiente contra las enfermedades mentales, preocupaciones, sufrimientos y desesperación; su opinión personal es que la Psiquiatría no ha alcanzado aún la realización de todas sus posibilidades y que merece un papel más importante en los problemas vinculados a la guerra actual.

Este libro trata de integrar los puntos de vista psicológicos y psiquiátricos acerca de algunos de los problemas más urgentes en el manejo de los hombres en servicio militar, de manera que el mayor peso posible de poder humano pueda apresurar la victoria de la democracia. Un propósito tan ambicioso ha sido solamente posible gracias a la amabilidad del Salmon Memorial Committee y a la energía de su presidente, Dr. C. Burlingame.

Este libro ha sido escrito en una atmósfera de guerra, mientras el autor viajaba miles de millas por el continente americano. Estas circunstancias pueden servir para explicar la pobreza de datos concretos y de referencias que solamente hubiese podido alcanzar en la paz de su perdida biblioteca.

SUMARIO

Capítulo I . El psiquiatra y la guerra

El significado de la guerra. Interpretación psicológica y psiquiátrica del fenómeno de la guerra. Aspectos sociales y biológicos. La concepción humanista. Fines de la psiquiatría en la guerra. Ajuste de la población a la guerra. La higiene mental en la guerra, Influencias remotas e inmediatas de la guerra sobre la vida. La ley del todo o nada. Disociación del ser y la apariencia. Efectos remotos de la guerra.

Capítulo II. El miedo y su significado

Psicogénesis del miedo. Terribles situaciones durante la guerra española. Niveles evolutivos del miedo. Factores fobigénicos. Factores tranquilizantes. Reglas para prevenir el miedo incontrolado. Psicoterapia del miedo. Técnicas de recondicionalización en las fobias bélicas.

Capítulo III. Cólera o rabia

La reacción colérica y su origen. Amalgamas de miedo y cólera.. Factores determinantes de la agresividad y del poder combativo. Cólera y agresividad. Rabia y elación.. Efectos deletéreos de la envidia, los celos, el resentimiento y la venganza. Delirios persecutorios derivados del desplazamiento colérico.

Capítulo IV. La Psiquiatría en el ejército nazi.

Medios de selección psiquiátrica en el ejército. Principios generales de la selección personal en Alemania. La selección de oficiales. Redacción del informe caractereológico. Notas acerca de la selección alemana de aviadores.

Capítulo V. La Psiquiatría en el ejército español republicano

Instrucciones para la aplicación de las causas de inutilidad en el ejército español republicano. El cuestionario psiquiátrico para despistar a los neuróticos potenciales; selección de nuevos reclutas.. Reajuste de los hombres ya enrolados. Integración de los criterios psicotécnico y psiquiátrico para la selección de hombres para cargos especiales. Organización general de los servicios de Psiquiatría y de Higiene Mental en el ejército español republicano. Incidencia de las psicosis endógenas. Observaciones especiales en la epilepsia. Personalidades y reacciones psicopáticas. Reacciones de automutilación.

Capítulo VI. Transtornos especiales

Las reacciones psiconeuróticas. Las organoneurosis. Alteraciones psicomotrices. Tratamiento de las alteraciones psicomotrices. Alteraciones neuróticas sensoriales y perceptivas. Reglas generales de terapia psicósomática. Neurosis traumáticas. Amnesia traumática. Aproxia. Fugas. Estados fóbicos. Psicosis tóxicas e infecciosas. Psicosis sintomáticas. Diagnóstico diferencial de los estados depresivos

Capítulo VII. Recuperación y Readaptación

Recuperación y reajuste de los casos curados mentalmente. Centros de recuperación y readiestramiento en el ejército español republicano. Porcentajes de incidencia y recuperación de bajas mentales en el ejército y población civil de España republicana durante su reciente guerra. Delincuentes, remisos, lisiados e inválidos.

Capítulo VIII. Moral

Concepción experimental de la conducta moral. Fines de la moral de guerra. Como integrar la moral. Persuasión, sugestión y coerción. Evaluación de la moral combativa en soldados y civiles. Índices de moral. Evaluación de la capacidad combativa individual. El axistereómetro. Resultados con los aviadores. El principio de la psicomioquinesis.

Capítulo IX. Higiene Mental

Higiene mental en época de guerra. El criterio psicósomático. Colaboración del psiquiatra con las autoridades civiles y militares Importancia de un buen compañerismo en el ejército. Vademécum de higiene mental del ejército español republicano. Puntos de vista germanos y soviéticos. Unas palabras sobre el mundo de la postguerra.

Apéndice. Técnica e interpretación del Psicodiagnóstico Miokinético

Objeto del Psicodiagnóstico Miokinético. Técnica actual a) material b) instrucciones previas. c) técnica propiamente dicha d) datos a considerar en el PMK. Resultados normales y patológicos. Colofón.

Bibliografía.

ILUSTRACIONES

El axistereómetro

Gráficos estrométricos (esfereogramas)

P.M.K.: Lineograma de un adulto seleccionado (supernormal) :

Figura 3(a)

Figura 3(b)

Figura 3(c)

Figura 3(d) El orden de obtención es este: a) cadena egocífuga y egocípeta de la mano derecha; b) idem de mano izquierda; e)cadena ascendente y descendente de mano derecha; d) idem de mano izquierda.

Figura 3(e)

Figura 3(f)

P.M.K.: Lineogramas en un caso de depresión endógena

Figura 4

P.M.K.: lineogramas en un caso de depresión reactiva

Figura 5

P.M.K.: Lineogramas en un caso de esquizofrenia antiguo

Figura 6(a)

Figura 6(b)

Figura 6(c)

Figura 6(d)

Figura 6(e)

CAPITULO I

EL PSIQUIATRA Y LA GUERRA

El significado de la guerra.

La guerra, según la Enciclopedia Británica, "es una lucha entre sociedades humanas - primitivamente entre tribus salvajes; en el mundo civilizado, entre naciones -". Su explicación involucra el análisis de los términos de su definición y requiere la ayuda de ciencias que tratan de sus diversos elementos: de la Biología, para explicar la lucha; de la Sociología, para explicar el Estado, y de las Ciencias Históricas, para trazar la evolución, en conexión con la del Estado, de las fuerzas armadas y de las diversas formas de su empleo.

No es de extrañar que la palabra psicología y sus derivados no estén siquiera mencionados en la definición precedente. La enorme influencia de los factores psicológicos en los motivos, incidencias y resultados de la guerra sólo ha sido bien reconocida últimamente.

En una época tan reciente como la Guerra Mundial N° 1, se creía que las fuerzas combatientes estaban simplemente ocupadas en una contienda física o mecánica; cuando los factores psicológicos eran aceptados se les incluía en la estrategia militar, exclusiva propiedad del Estado Mayor. De acuerdo con este punto de vista, el conocimiento técnico, más una determinada cantidad de hombres y materiales, conduciría automáticamente a la victoria o a la derrota, según los valores correspondientes del enemigo. No hace tanto tiempo que Napoleón dijo: "Dios está del bando que tiene mejor artillería".

Pero las condiciones presentes difieren grandemente de las del tiempo de Napoleón. Entonces, soldados semiprofesionales luchaban sin importarles los asuntos de aquellos por quienes luchaban; muchos ciudadanos permanecían totalmente indiferentes y alejados de los detalles del conflicto. Tan separado estaba el pueblo del combate que la moral civil se puede decir que no existía.

Hoy, las guerras son de vital e inmediato interés para todo el pueblo de una nación en lucha; se han transformado en un total y global acontecimiento. La lucha ya no está confinada a la línea de fuego, sino que se extiende a todos los sectores de la vida; ya no es sostenida por mercenarios profesionales, sino por todos los ciudadanos. Además de los combatientes, hay legiones de espías, agentes secretos, guerrilleros, quintacolumnistas, etc., que emplean invisibles y sutiles armas psicológicas.

Por consiguiente, ya no es posible ocultar el papel de la Psicología. Por el contrario, ésta se ha tornado tan importante que en varios de los países beligerantes hay ministerios especiales dedicados a ello, los llamados ministerios de propaganda o información, a los que sería más apropiado denominar ministerios de guerra psicológica.

Una vez que estamos conformes respecto a las ventajas de aplicar conceptos psicológicos a la administración de la organización militar, ¿cuál es el papel que desempeñarán los psiquiatras? Aunque parezca raro, a pesar de que éstos fueron los primeros en llegar, los psicólogos están ahora de moda, en tanto los psiquiatras permanecen indecisos respecto a su propia función. Fue ampliamente probado por la Guerra Mundial N° 1, que los psiquiatras deberían empezar una campaña de Higiene Mental tan pronto como la guerra se declarase, para prevenir desórdenes mentales, desadaptaciones, delincuencia y otros contratiempos. Uno puede apropiadamente preguntarse si están cumpliendo ahora plenamente su tarea. No creo que ésta haya sido totalmente valorada. Los líderes militares consideran que el hombre (soldado) medio es normal y, por lo tanto, pertenece a la esfera de la psicología normal. Aun suponiendo esto, olvidan que este hombre va a ser sumergido en situaciones anormales a través de toda la guerra, para las cuales sus formas habituales de reacción son inadecuadas. Hasta podríamos

afirmar que en la medida en que una guerra es más sangrienta y fieramente conducida, se vuelve más normal conducirse anormalmente. Volveremos a este punto más tarde.

Todo hombre tiene ciertas posibilidades para desenvolver reacciones anormales, que serían consideradas patológicas en tiempos de paz. Uno de los mejores jefes del Ejército Republicano Español, me dijo una vez: "Creo que durante la guerra todo el mundo está trastornado, nervioso y quizás levemente loco. No es extraño, entonces, que usted no encuentre un creciente número de locos. Simplemente carece de un fondo apropiado para establecer la comparación". La tarea que debe ejecutar el psiquiatra durante la guerra aumenta en importancia más bien que disminuye.

No es posible establecer lindes artificiales entre los deberes del psicólogo y del psiquiatra. Cada uno necesita del otro y debe trabajar con espíritu de cooperación. Considerándome tanto lo uno como lo otro, nunca me pregunté cuál de los dos sería más indicado para resolver un problema determinado. El trabajo en equipo se muestra eficiente para tratar con las enfermedades desde un punto de vista psicosomático; ¿por qué deberíamos renunciar a él en el trato de asuntos tan complicados como selección de reclutas, mantenimiento de la moral, etc. ?

Aun cuando el psicólogo está bien equipado para medir las aptitudes específicas, el psiquiatra está mucho mejor preparado para calcular la resistencia de un sujeto a un determinado esfuerzo. Más aún, prevenir y evitar una temprana fatiga en un jefe sobrecargado de trabajo es mucho más importante que hacer una regular clasificación de cien reclutas.

Interpretación psicológica y psiquiátrica del fenómeno de la guerra.

El primer paso para captar el significado psíquico de la guerra fue efectuado por un gran hombre, quien, no sabiendo si denominarse psicólogo o psiquiatra, inventó un nuevo nombre: psicoanalista. El psicoanálisis puede servir muy bien de puente para unir la brecha existente entre la psicología y la psiquiatría.

Según Freud, la guerra puede ser considerada como "una especie de neurosis colectiva" o como "una tentativa para descargar periódicamente el exceso de impulsos libidinosos reprimidos". Ambas interpretaciones presuponen que la represión tiene un doble significado, puesto que es al mismo tiempo fuente y efecto de la civilización. Freud afirma textualmente "la conciencia es el resultado del renunciamiento intelectual". A su vez, sin embargo, la conciencia pide nuevas renunciaciones, y así se forma un círculo vicioso que conduce a la Humanidad más bien a sufrir que a aprovechar su cultura y civilización. Freud escribe con pesimismo que nuestra llamada civilización es la culpable de una gran parte de nuestra miseria y que seríamos mucho más felices si pudiéramos volver a las condiciones primitivas.

Junto a los puntos de vista de Freud - que no intento discutir -, es interesante recordar que hace más de dos mil años Plotinus dijo: "El amor insatisfecho se trueca en rabia". Ambos autores coincidirían en afirmar que la guerra no significa la ausencia, sino más bien la privación del amor. El punto de vista no es, pues, tan malo como parece.

Para el psicólogo práctico, la guerra es un período durante el cual la vida humana es completamente revolucionada. Las relaciones morales, legales, económicas, sociales y hasta materiales son alteradas de acuerdo con las nuevas necesidades. Hábitos, afectos y credos son rotos.

Durante la guerra la gente debe repetir el proceso de su aprendizaje infantil respecto a los ajustes básicos de la vida. ¿Quiénes están mejor preparados para guiar en esta emergencia sino aquellos que más saben sobre el mecanismo del aprendizaje humano? A los alumnos les falta la plasticidad mental de la infancia: son de diversas edades, niveles culturales y a menudo no desean ser enseñados. Se deben esperar resistencia, dificultades y fracasos; por eso el Gobierno ha de buscar los maestros más eficientes y los métodos más didácticos para el nuevo arte de vivir la guerra.

El cambio se torna más difícil en los países democráticos, especialmente en aquellos cuyo nivel de vida es elevado y confortable. La necesidad y la desesperación, según una antigua ley psicológica, impulsan al pueblo a luchar; la autosatisfacción, el "confort" y el lujo lo hacen conservador y pacífico. Esto puede explicar por qué Francia y Holanda fueron mucho más rápidamente vencidas que Grecia y Yugoslavia. Esta ley también aclara por qué las masas de los países del Eje, que han vivido bajo circunstancias adversas durante muchos años, se adaptan tan rápidamente a las condiciones de guerra.

El psiquiatra, por otra parte, se dedica preferentemente al estudio de las relaciones patológicas humanas, individuales y colectivas. Considera la guerra como una reacción colectiva anormal que conduce a la substitución de las formas sociales avanzadas de conducta por otras más primitivas. Todo el progreso de la mente humana ha sido obtenido subordinando la fuerza a la razón, la opresión a la libertad, el instinto a la ética. Nadie se puede sentir libre hasta que adquiere el control de sus deseos corporales; a través de toda la historia humana, el Derecho de la Fuerza ha sido lentamente reemplazado por la Fuerza del Derecho.

En la guerra, la violencia, la fuerza mecánica y hasta la brutalidad, prevalecen sobre la persuasión y la razón. Lo mismo ocurre en la locura. Como consecuencia, los psiquiatras, si fueran simples observadores profesionales, contemplarían la guerra como una psicosis nacional que afecta la mente colectiva. Entonces podrían sentarse y observar con calma ambos bandos beligerantes, o hasta podrían trasladarse de un lado a otro, para comparar mejor las reacciones de los grupos opuestos, adquiriendo así datos más valiosos.

Sin embargo, los psiquiatras no son solamente observadores curiosos, sino más bien ciudadanos que deben cumplir una tarea más fundamental. Como médicos, su obligación es aliviar los sufrimientos. Puesto que la guerra trae consigo tantas penalidades, han de reprimir sus deseos investigadores y dedicarse a obtener propósitos más concretos, que discutiremos en las páginas siguientes.

Aspectos sociales y biológicos

Los biólogos ofrecen una explicación muy sencilla de la guerra; para ellos ésta es simplemente un caso particular - muy lamentable por cierto - de la lucha por la existencia, tan antigua y difundida como la vida misma. De acuerdo con el punto de vista de Lamarck, el animal fuerte sobrevive y el débil perece. Pero esta ley es solamente cierta mientras tratamos con organismos faltos de inteligencia. Nicolai, en su libro sobre la biología de la guerra, niega su validez en el hombre. En aquel remoto día en que el joven y fuerte guerrero cayó de rodillas ante el mago débil y anciano, el hombre se convirtió en algo más que un simple organismo natural: había descubierto el reino de los valores. Desde un enfoque realista, la guerra, en las condiciones presentes, significa la supervivencia de los débiles - que son excluidos del servicio militar -, no de los fuertes. Por esto, cuando Hitler acude a la biología para justificar su afirmación de que la guerra es un fin humano natural, prueba estar equivocado una vez más.

Sin embargo, no debemos olvidar que el hombre es también un animal natural, que todavía conserva signos de su fiera y cruel ascendencia; no es por casualidad que tenemos dientes caninos. Por eso los biólogos pueden contribuir con sugerencias para garantizar las fuentes físicas y fisiológicas de energía. La guerra española probó que si se olvida esto hasta la mejor moral de guerra puede fallar; por eso los alimentos son sujetos a bloqueo. Aquí, sin embargo, no es éste un problema que nos afecte y deseamos simplemente remarcar la insuficiencia de todos los intentos biológicos para explicar la guerra desde un punto de vista puramente naturalista. La misma inaptitud caracteriza todos los esfuerzos realizados por los sociólogos para dar explicaciones religiosas, económicas o políticas de ella. Puesto que se trata de un fenómeno humano, no puede ser bien comprendido, a menos que tomemos en cuenta todos los factores complejos que integran la vida humana. Los sociólogos siguen ocupados discutiendo cuál de las diferentes teorías de organización política y social puede explicar mejor, y si es posible prevenir, las guerras. Deseo que la sociología aumente su prestigio en un futuro próximo, pero creo que esto sucederá en la medida que se infiltren en ella la psicología y la psiquiatría.

La concepción humanista.

Vamos a efectuar, finalmente, una síntesis. El hombre ha sido descrito como "una perpetua oscilante e inestable síntesis de antinomias". Su vida es la expresión de fuerzas en conflicto y su conducta el inevitable resultado. En el hombre, siempre hay algo más que una lucha por la vida; hay también una lucha dentro de su vida.

Los seres humanos no están simplemente en conflicto con sus congéneres; están también en conflicto con ellos mismos. La guerra es un modo de conducta que altera, en cada individuo, la proporción relativa de los problemas alternos y externos; por esto, durante ella, algunas personas cambian para mejorar y otras para empeorar.

La característica general más importante de la guerra consiste en privar al hombre de sus dimensiones espirituales y trascendentales, y en limitarlo a la vida natural más simple y salvaje, en la que el único fin es asegurar la supervivencia.

La guerra significaría solamente un daño para la Humanidad si no tuviera como finalidad una mejora en el estado de vida. Los dirigentes de las naciones beligerantes, por tanto, se ven forzados a prometer grandes cambios culturales, económicos y sociales como premio a la victoria. La gente quiere saber no solamente contra qué están luchando, sino para qué luchan.

"Desde el punto de vista humano la guerra es un acontecimiento crucial y nuclear en la historia de la humanidad; un suceso del cual depende el destino de pueblos y naciones durante siglos del que emergen cambios progresivos o regresivos. La forma de vida anterior a ella nunca puede ser restaurada".

Fines de la psiquiatría en la guerra.

La psiquiatría debe desenvolver su máxima eficiencia para alcanzar el mejor ajuste de los recursos humanos con el mínimo sufrimiento, tanto en la zona de guerra como en la retaguardia. Varias opiniones han sido expresadas recientemente respecto a los fines concretos de este deber. El profesor Overholser en los EE. UU., el profesor Moreno en México y el profesor Pacheco e Silva en Brasil, los han descrito. Creo conveniente discutir tales fines con cierto detalle, puesto que no existe un acuerdo completo acerca de sus límites.

La mayor parte de los objetivos de la psiquiatría en la guerra deben lograrse por el trabajo en equipo, de parte de los psiquiatras y otros profesionales, tales como los psicólogos, psicoanalistas, sociólogos, jefes militares, etc. La supresión de interferencias e imbricaciones debe ser cuidadosamente considerada por cada una de estas categorías para obtener los máximos beneficios.

Las principales tareas que deben ser ejecutadas son:

- I. - Ajuste de la población al esfuerzo de guerra, de acuerdo con su capacidad y su energía mental.
- II.- Profilaxis mental de la población militar y civil durante la guerra para mantener sus miembros adaptados a sus trabajos y para prevenir la depresión mental.
- III.- Cuidado apropiado de aquellos individuos o grupos que se tornen mentalmente enfermos o exhaustos a pesar de las medidas preventivas.
- IV.- Reajuste continuo de convalecientes mentales para prevenir recaídas.
- V. - Mantenimiento de una alta moral de guerra.

Veamos cómo estas diferentes metas pueden ser logradas y cuál es el papel apropiado del psiquiatra en este logro.

I. Ajuste de la población a la guerra.

Este propósito es tan ambicioso que no puede ser alcanzado sin un plan perfecto y sin la integración del trabajo de todos los expertos responsables de él. Un previo análisis de requerimientos y necesidades debería ser efectuado para ajustar los recursos humanos a las situaciones de emergencia. Sin embargo, este análisis es imposible sin una información exacta de los recursos e intenciones del enemigo.

Penetrar en tal laberinto está más allá del objeto de este libro. Nos limitaremos, pues, a estudiar el problema de selección de personal militar y civil. La frase "the right man in the right place" es, quizás, más aplicable en tiempo de guerra que en tiempo de paz. No puede haber ninguna duda de que los psicólogos deben proveer las bases para una designación adecuada de los individuos en todos los niveles de la maquinaria bélica.

Pero los psiquiatras también tienen algo que decir en esta ocasión. No deben esperar a que los llamen para dar su consejo. Su función no debe ser concebida como la puramente negativa de determinar quién no debe emprender un determinado trabajo de guerra. Por su experiencia en tratar a los hombres desde un punto de vista global y por su particular conocimiento de la tipología y caracterología, los psiquiatras están mejor preparados para determinar la capacidad de acción de un determinado sujeto y predecir su rendimiento y eficiencia bajo condiciones anormales de esfuerzo.

Por otra parte, no hay línea divisoria entre la reactividad normal y la anormal de un sujeto determinado. Todo el mundo tiene en su interior ambas potencialidades. Es un asunto de umbral, más bien que de calidad o esencia, lo que determina la conducta apropiada o inapropiada del individuo. Por lo tanto, debería existir una íntima colaboración entre el psicólogo y el psiquiatra; ésta permitiría hacer mejores pronósticos que si ambos trabajasen separados. El primero podría medir las capacidades, aptitudes y habilidades vocacionales del sujeto; el segundo podría medir su poder para usarlas. Entonces, el problema del desajuste psicopático -a pesar de los cuidadosos "tests" psicológicos- no tomaría incremento, pues no solamente sería posible para los expertos designar el empleo más apropiado para cada individuo, sino también determinar cuándo, dónde y durante cuánto tiempo estará capacitado para desempeñarlo.

Los psicólogos se hallan interesados en los rasgos comunes y superficiales de la mente; más bien que en tratar con los fatigosos problemas de las relaciones psicobiosociales bajo las condiciones opresivas de vida, se ocupan en ordenar los valores relativos de los instrumentos mentales. Los psiquiatras, en cambio, están más interesados en la valoración práctica e inmediata de la eficiencia individual, cuando una influencia injuriosa o nociva, heredada o adquirida, perturba la integración del equipo de hábitos mentales. Las posibilidades de compensación, sobrecompensación, desplazamiento, transferencia, inhibición temporal, etc., de los moldes de reacción deben ser cuidadosamente consideradas en el pronóstico.

Resumiendo: favorecemos la adición, más bien que la substracción de esfuerzo. No se trata de cómo los psicólogos, autoridades de clasificación y psiquiatras deberían colaborar: *deben* colaborar a menos que se quiera perder tiempo y trabajo en el proceso selectivo.

II. La higiene mental en la guerra.

La higiene mental es otro objetivo para el cual los "oficiales de moral" (Moral Officers), los psicólogos y psiquiatras, deben unirse y trabajar asociados. Aquí los últimos desempeñan el papel más importante. Nada puede afectar más adversamente el ánimo colectivo que la visión de gente enloquecida por la guerra. Aunque parezca raro, el promedio de los civiles o soldados soporta mejor la noticia de que uno de sus amigos ha sido herido o muerto que la de que ha sido internado en un hospital mental. Un hombre teme más perder su razón que su cuerpo o

hasta su vida; cualquier baja mental posee, especialmente en tiempo de guerra, un poder psíquico desmoralizador.

Pero los peores resultados ocurren cuando una persona desequilibrada no es reconocida y sus delirios son aceptados por su grupo. A causa de la creciente sugestionabilidad de la mayoría, tales personas semilocas son quizás más peligrosas que el verdadero psicótico y pueden ser usadas con gran éxito por los quintacolumnistas. De ahí que sea tan importante controlar y observar periódicamente no sólo a las personalidades psicopáticas previamente determinadas, sino también aquellas que no han sido reconocidas como tales. Esta es la tarea que debe desempeñar el servicio de Higiene Mental, tanto en el frente como en la retaguardia.

Creemos que nadie negará el tercer objetivo de la psiquiatría en la guerra: el cuidado de bajas mentales - tanto como en la paz -. El tratamiento, sin embargo, es algo diferente del usado en épocas de normalidad; en un país pacífico no se observan epidemias de neurosis, estados colectivos paranoides, etc., tales como los que a veces se presentan en la guerra.

En el cuarto fin - reajuste y colocación de los pacientes mentales curados - encontramos de nuevo la necesidad del trabajo en equipo con psicotécnicos y oficiales encargados de centros de recuperación. Los psiquiatras deben ayudar calculando la probabilidad de recaída y sugiriendo la atmósfera psicológica más apropiada para tales pacientes.

Aun más importante, quizás, es la contribución de los psiquiatras para la obtención del quinto fin: el mantenimiento de la moral de guerra. Antes de que lleguemos a su análisis concreto, sin embargo, debemos tener un bosquejo de los rasgos más prominentes que caracterizan la vida en tiempo de guerra, desde el punto de vista de la psicología dinámica.

III. Influencias remotas e inmediatas de la guerra sobre la vida.

Hay muchas clases de guerras, así como son muy distintas las gentes involucradas en ellas. Las diferencias de origen, raza, cultura, temperamento, inteligencia, posición económica y social son las responsables de las distintas actitudes. Presentaremos lo que debe ser, más bien, una perspectiva abstracta y formal del campo, puesto que no se puede negar que, una vez juntos, el pobre no reaccionará como el rico, el joven y sano como el viejo y enfermo, ni el afortunado como el desgraciado.

No obstante, para cada ciudadano, la guerra implica un cambio de deberes y derechos, una dislocación de propósitos y una ruptura de hábitos, afectos y creencias. Por eso trataremos de describir algunas de las diferencias más importantes de las formas de vida en tiempos de guerra y de paz.

En términos generales, en tiempo de paz, las relaciones interpersonales se desenvuelven en un ambiente de confianza, amabilidad y amistad, mientras en tiempo de guerra están impregnadas de desconfianza y dureza. En tiempo de paz un hombre está raramente enfadado y, todavía menos, en estado de temor; pero en tiempo de guerra es un lujo estar tranquilo y de buen humor. La existencia en esos tiempos presupone una regresión psicológica hacia las condiciones primitivas de la vida emotiva que prevalecieron durante la primera infancia, cuando las actitudes negativas, de temor y rabia, predominaban sobre las positivas de simpatía y amor.

Este retroceso proviene principalmente del hecho de que la guerra no se limita a privar al individuo de su "confort" y diversiones usuales, sino que rompe con el pasado y requiere la rápida creación de nuevos hábitos. Al mismo tiempo, coloca al sujeto cara a cara con lo desconocido, impidiéndole hacer planes para el futuro. Nadie sabe, al levantarse por la mañana, qué le sucederá antes del anochecer: puede verse privado de su libertad o de sus propiedades, transferido a otra ciudad, herido, muerto, o hasta imposibilitado de dormir en la misma cama que la noche anterior. A pesar de la incertidumbre -el factor más temible y depresivo- debe continuar con su trabajo como si el peligro no existiese, y, aún más: debe aparecer entusiasta acerca del futuro, sonriente y ocultando sus dudas y temores. La gente está, de esa manera, sumergida en un presente peligroso, difícil, molesto, incierto y

complicado; nuevas conquistas y, lo que es peor, privada de libertad e iniciativa personal. Puesto que en la guerra todo lo que no está prohibido tiende a ser obligatorio, hay una absorción progresiva del individuo por la máquina bélica. No es, pues, extraño que el creciente gasto de energía mental coloque al ciudadano medio en un estado de nerviosidad y lo impulse a actuar con dureza, perdiendo así su espontánea afabilidad. La pérdida de la libertad personal es, naturalmente, más marcada en los soldados, puesto que están ligados (soldados) a sus respectivas unidades del ejército.

La ley del todo o nada.

A causa del súbito cambio del marco ambiental de referencia y de la dislocación de los soportes, básicos y aparentes de su actividad mental, cada individuo especula considerablemente, en el comienzo de su nueva vida, sólo para alcanzar la misma incertidumbre acerca de su futuro. Finalmente, cesa de intentarlo y se abandona a la forma de vida espontánea, natural e irracional (afectiva) que prevalecía durante las fases primitivas de la evolución humana. O bien obedece las órdenes dócilmente, sin tratar de absorberlas; o, por el contrario, lucha con rebeldía contra su acorralamiento. La gente que vive bajo las condiciones de guerra está así expuesta a abruptos choques emocionales y se torna, como consecuencia, más sugestionable. Es imposible predecir su conducta; obedece la ley del todo o nada que caracteriza las formas más simples de vida; el organismo, o bien permanece insensible y no afectado por el estímulo, o reacciona en la forma más enérgica.

Uno de los problemas más difíciles se presenta. Los encargados de la instrucción de los nuevos reclutas encuentran al tipo medio, o bien apático e inhibido o bien excitado y nervioso. Puesto que estos hombres sufren un aumento de tono emocional, se crean fuertes pulsiones que restringen su pensamiento. Es bien sabido que los estados emocionales tiñen con su tono de sentimiento peculiar todos los niveles de las actividades intelectuales del individuo, durante un largo período. Cuando éste está asustado, sus pensamientos son medrosos; no importa lo que piense, sus conclusiones serán siempre pesimistas. La escuela de Pavlov explica este hecho diciendo que las emociones básicas, por hallarse conectadas ancestralmente con situaciones de vida o muerte, tienen el máximo poder de irradiación sobre el cerebro, y así excluyen la posibilidad de un cambio voluntario, mediante el discernimiento.

Para los fines militares es prudente averiguar los temores individuales específicos, odios y afectos de cada soldado. Los soldados deben obtener un completo dominio de sus emociones básicas. Deben albergar odio contra el enemigo pero no contra sus superiores; evitar cuidadosamente ciertos peligros y despreciar otros; sentir amistad y cordialidad hacia sus compañeros al mismo tiempo que estar alerta para denunciarlos en caso de traición. Lo que es peor, deben estar prontos para obedecer ciegamente las más extravagantes órdenes de sus superiores y, al mismo tiempo, poseer iniciativa, determinación y espíritu de razonamiento. Por ello, uno de los más prominentes soldados españoles republicanos resumió así la situación: "los oficiales deben estar locos. Nos ordenan comportarnos como salvajes y media hora después como gente civilizada; dos horas más tarde como bestias, y, al poco tiempo, de nuevo, como seres humanos refinados. Toma mucho tiempo convertirse en tal acróbata mental y tengo miedo de perder la razón en el proceso de tal aprendizaje".

IV Disociación del ser y la apariencia.

Otro aspecto importante del reajuste social en la guerra, es el súbito cambio de prestigio y poder de muchos hombres. Frecuentemente, como resultado de sucesos casuales, los individuos se tornan héroes nacionales u objetos de la admiración general. El humilde zapatero se convierte en superior del propietario del taller; el muchacho ascensorista, ahora brillante cabo de aviación, dicta órdenes al hombre de negocios que cierta vez le despidió de su empleo. No se sabe nunca quién está dentro de un uniforme ni se puede predecir cómo se conducirá. Todo lo que se sabe es que tiene más o menos poder de mando. La gente debe ser juzgada por su apariencia y no por su valor personal. Esta peculiar disociación del Ser y el Parecer (apariencia) aumenta la dificultad del ajuste psicológico en tiempo de guerra.

Sin embargo, el hombre medio posee una plasticidad mental increíble y puede sobrellevar estos obstáculos si está totalmente convencido de la necesidad de hacerlo. Obtener esta convicción no es fácil. Si es estúpido, no entenderá el "porqué" de los pedidos que se le hagan; si es inteligente, presentará una docena de "peros". De ahí que una enorme cantidad de información acerca de la guerra debe ser proporcionada y las discusiones sobre su motivación filosófica estimuladas, cubriendo los ángulos de las varias ideologías. En todos los ciudadanos de la nación, a pesar de sus opiniones políticas y religiosas, debe existir la creencia de que no hay otro recurso sino luchar. Deben estar convencidos de que hay que "hacer" la guerra, no simplemente soportarla.

Si este fin es logrado la gente deseará prenderse, más bien que escapar, del espíritu de guerra. Producir la convicción necesaria requiere el trabajo colectivo de los mejores cerebros del país, especialmente de aquellos mejor equipados en psicología, psiquiatría, sociología, filosofía, ética, ley y hasta política.

V Efectos remotos de la guerra.

Cuando se soporta una guerra durante varios años y su fin es, aún, incierto, aparece otro peligro: la gente pierde su interés en ella y se vuelve apática y deprimida. Nada les importa ya y actúan como autómatas. Ni las noticias buenas ni las malas afectan a los que desean solamente tranquilidad y paz.

Observamos este estado en el final de la guerra española, cuando el pacto de Munich había borrado la única esperanza de ayuda externa, esperanza que hubiera permitido a los republicanos soportar la falta de comida, municiones, sueño y la pérdida de sus hogares.

Durante los meses que siguieron al de octubre de 1938 hasta un gran accidente callejero en las calles de Barcelona, era insuficiente para revivir los instintos de curiosidad y solidaridad, antes tan fuertes entre los catalanes. Más impresionante aún, era que las propias víctimas permanecían indiferentes, sin pedir auxilio aunque estuviesen gravemente heridas.

Cuando tal estado de estupor aparece (los franceses lo han denominado "n'importequisme", que podría ser traducido por el neologismo "nimportequismo"), la guerra está realmente terminada. No importa si este estupor aparece en el frente o en la retaguardia. En cualquier parte significa el fin de la lucha, puesto que si no es posible para el ejército resistir cuando la retaguardia se hunde, tampoco puede ésta efectuar resistencia cuando el ejército está moralmente destruido.

Antes de que ocurra este desastre, naturalmente, muchos signos advierten su cercanía. Fuertes medidas psicoterapéuticas pueden ser aplicadas para prevenirlo. Discutiremos esto al final del libro. Aquí trataremos del obstáculo más importante que se presenta al principio de la guerra: el miedo. Numerosos países han sucumbido sin luchar -aun cuando, indiscutiblemente, quisieron oponerse a los invasores - porque un terror colectivo paralizó al pueblo y a los gobernantes. Muchos errores pueden ser evitados al principio de la guerra si los nuevos soldados pueden controlar su miedo. Por lo tanto, en el próximo capítulo nos dedicaremos al análisis de esa emoción básica y a los métodos para prevenir sus desastrosos efectos entre individuos y grupos.

CAPITULO II

EL MIEDO Y SU SIGNIFICADO

Supongamos que toda una población está concentrada en la tarea de destruir a su enemigo. A pesar de su determinación y entusiasmo, tan pronto como se vuelven perceptibles los efectos físicos de la guerra (explosiones de bombas, visión de los muertos y heridos, etc.) casi todos sienten un cambio en su interior. El miedo ha hecho su aparición y no desaparecerá completamente hasta que vuelva la paz.

Para citar la Biblia: "En el comienzo, Dios creó el miedo". La Biología confirma que hasta los más simples organismos vivos, tales como los protozoarios, poseen, no solamente la propiedad de conmoverse por determinados cambios del medio ambiente (irritabilidad), sino también la de paralizarse, parcial o totalmente, temporal o permanentemente, cuando son sometidos a acciones de estimulación perturbadora. Creo que esta propiedad, a la que denomino *inactividad*, es tan importante como la irritabilidad. El fenómeno de muerte aparente, ya desarrollado en los asteroides, y "el reflejo de la defensa pasiva inmovilizante" observado en muchos animales, cuando se ven ante seres humanos, son ejemplos de dicha propiedad.

Pavlov, después de someter a mamíferos superiores a la acción de varias situaciones nocivas, extrajo la conclusión de que "en el fondo del miedo normal (timidez o cobardía) y en particular de los miedos patológicos (fobias), hallamos un predominio del proceso psicológico de inhibición". Si consideramos que este término implica la cesación de los movimientos en curso, podremos decir que, desde la humilde ameba hasta el hombre, prevalece la misma ley biológica, según la cual la vida requiere ciertas condiciones de equilibrio para seguir su curso. Fuera de estas condiciones, tiende a desaparecer.

Como consecuencia, experimentamos este proceso de inactivación como un estado disfórico de creciente incapacidad, ineficiencia, duda e inseguridad. La pérdida consecutiva de nuestro poder reactivo, es vivida como un sentimiento de contracción y empobrecimiento del yo. Simultáneamente con la exageración de esta experiencia consciente, el desasosiego y la inquietud se extienden a través de todos los niveles de la mente y el individuo experimenta el ataque del proceso inhibitorio bajo la forma de una creciente sensación de impotencia. La poderosa fuerza de este mecanismo primario de supuesta defensa de la vida contra la muerte, consiste, después de todo, en el parcial anticipo de la agonía.

Contrariamente a lo afirmado por la Psicología clásica, según la cual el miedo emerge o proviene de la idea de peligro, o del sentimiento de amenaza o lesión del Yo, creo que el peligro, tanto subjetivo (imaginario) como objetivo (real) no es su causa ni siquiera su motivo. Por el contrario, el miedo es engendrado por la carencia de una reacción conveniente; en otras palabras, por la pérdida de fluidez y continuidad del curso reactivo natural, que asegura la descarga, en la vía final común, de todos los potenciales excitados por los estímulos, internos o externos.

La necesidad de asegurar el libre curso y la fluidez del proceso es tan grande que el miedo puede desarrollarse, hasta sin pretensiones de justificación, siempre que la inercia del proceso decaiga o esté exhausta. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el signo desencadenante de una acción prevista no aparece, y, por lo tanto, el efecto deseado no ocurre. Ilustraciones de este hecho en el campo de la patología son las "neurosis de expectativa" (*Erwartungsneurose*; *neurose d'attente*) y la intensa panfobia experimentada por los enfermos que sufren de una depresión vital (Kurt Schneider).

Simplificando: el porvenir es todavía más terrorífico que lo cierto e inmediato; el conocimiento de lo que ocurrirá es menos terrible que la ignorancia o la duda. Los hombres prefieren la certeza de la muerte a la inseguridad de su destino. Como dijo Aníbal Ponce: "la duda es la raíz de la ansiedad".

Puede parecer que este concepto es opuesto al primeramente defendido por Darwin y más recientemente por Walter Cannon, que conceden un significado utilitario, en sentido teológico, a la reacción del miedo. Cannon considera que la emoción del miedo resulta de una excitación anormal del sistema nervioso simpático, que sirve para el combate o la huida. Sus investigaciones de las dos "simpáticas" -una de las cuales se supone que ejerce una acción inhibitoria- coinciden estrechamente con los conceptos de Pavlov. Con todo, cuando Cannon describe como sinónimos los cambios somáticos subyacentes en el miedo, la rabia, el dolor y el hambre, me inclino a atribuir sus resultados a una infortunada selección de los animales de experimentación. Obtiene una mezcla de estos estados pero no consigue la pura respuesta inactivante. Para despertar miedo puro, más bien que obtener un "cocktail emocional", hubiera sido preferible arrojar a los animales desde un aeroplano y examinarlos inmediatamente después de su aterrizaje con paracaídas. Entonces, quizás, un reflejo de defensa pasiva, como el descrito por Pavlov, hubiese sido obtenido.

Psicogénesis del miedo.

La psicogénesis del miedo ha sido objeto de numerosos y recientes trabajos de los cuales solamente citaré unos pocos.

Sabatier establece que el miedo es el efecto del desamparo e incapacidad para enfrentar la vida: *"L'homme jeté nu et désarmé sur la planète à peine refroidie marchant en tremblant sur un sol qu'il sentait encore trembler sous ses pas . . . connut un état de misère et de détresse qui remplit son coeur d'une épouvante infinie"*.

La opinión de Levy-Bruhl es que el miedo despertó en los seres humanos junto con la superstición a causa del "misterio de lo desconocido". *"Attrait et horreur, adoration et crainte se donnent ensemble... La peur fut d'abord une engoisse diffuse, émotion du mystère"*.

De acuerdo con el punto de vista de Rignano, el miedo sería el resultado del oscuro y primario propósito de cada organismo de subsistir de una manera fija en su estado psicológico : *"tendance de l'être à perseverer dans son être, tendance a l'invariance"*.

Lacroze cree que el miedo proviene de la lucha entre una tendencia a la inmutabilidad y otra hacia la precaución vital: *"Une vie qui est essentiellement mouvement et progrès, des individus qui en sont les aspects figés et arrêtés ... telle est l'opposition fondamentale d'où naît l'angoisse."*

Las opiniones de Christin y Meyerson coinciden en considerar el Yo como la fuente real del temor. El primero dice *"L'angoisse est la peur de soi-même"*; el segundo opina *"L'angoisse est surtout la peur du mystère que tout homme porte en soi"*.

Brissaud afirma que el miedo y la angustia son "una meditación de la muerte".

Janet escribe: *"L'angoisse est une émotion avortée, un processus affectif arrêté ou dévié dans son cours. L'angoisse se rapproche de la peur qui est la plus élémentaire des émotions. De la mime façon que l'action dégénère en agitation, l'émotion dégénère en angoisse."*

Freud sostiene que el miedo es un elemento mórbido que acompaña algunas veces a las reacciones defensivas. Su origen proviene del sufrimiento inherente a la acción de nacer. Su discípulo Reick, se apoya en el hecho de que el miedo de la vida *precede* al miedo de la muerte y que el primero - estando implícito en el llamado instinto de conservación - no es sino un reflejo condicionado del último. Por su propia cuenta, Jones, otro discípulo de Freud, cree en la existencia de una insuficiencia de gratificación libidinosa en los niveles profundos de todos los temores; coincide con la creencia popular de que el valor es el compañero de la probidad, pero esto difiere de "tests" clínicos en muchos ejemplos.

Wallon sostiene el criterio de la existencia de una cierta oposición entre la luz e intensos grados del miedo, puesto que mientras los primeros son de origen externo, los segundos son debidos a *"un debilitamiento del tono postural"*.

En cierto modo similares son las opiniones de Devaux y Logre cuando sostienen que la angustia representa *"le fait affectif original"* y su causa debe ser buscada en la *"structure psychobiologique de l'animal."*

Estos estudiosos que han hecho observaciones directas en pacientes que sufrían los efectos de situaciones horripilantes, no nos suministran menos variedad de opiniones. Schilder sostiene: *"La expectativa de algún daño"* como la causa del miedo citando el organismo tiende a evitar, más bien que a combatir el peligro.

K. Go1dstein remarca que la ansiedad no se debe, generalmente, a ningún objeto concreto (*"Der Anttgst ist gegenstandlos"*) sino que nace, como nosotros sostenemos, cuando el ejercicio de determinadas funciones constitucionales se torna imposible.

W. Stern dice: *"La fuente de la cual emerge el miedo es una repugnante impresión de inconstancia e indecisión (inconclusión en el futuro) con la vida y el mundo"*.

A pesar de su gran variedad, estas definiciones remarcan el hecho, ya verificado por Gardiner Murphy para todas las reacciones emocionales, de que es mucho más fácil discutir los efectos del miedo que sus causas, puesto que éstas no están originadas, como anteriormente se creía, en la idea de peligro, sino justamente en lo contrario: la idea de peligro brota de la experiencia de los efectos del temor. En su trabajo "Sentimiento y Emoción", Murphy afirma: *"La teoría de la emoción es un problema de funcionalismo orgánico o correlación y casualidad dentro del organismo, no entre éste y el ambiente exterior o curso de la conducta. Así pues el problema real del miedo se halla dentro del organismo"*.

Por ello un cándido alumno replicó a la pregunta de su maestro - "¿Tiene Ud. miedo de mi pregunta?" - *"No señor, tengo miedo de no saber la respuesta."*

Terribles situaciones durante la guerra española.

Todas las guerras son terribles, pero la guerra española fue de las peores, porque no era simplemente una guerra de invasión, sino que al mismo tiempo era una guerra civil y una revolución. Algunas veces un individuo temía más a un miembro de su familia viviendo en el mismo cuarto que a las bombas que los aviones enemigos arrojaban sobre él. No describiré los innumerables casos en que el miedo fue experimentado u observado por mi en ese clima. Un solo ejemplo puede demostrar cuán terriblemente trágica era la vida durante esos días. En el frente de Madrid, los rebeldes emplearon un cierto número de mineros asturianos para comenzar peligrosos ataques contra nuestras trincheras delante del Hospital Clínico.

Dichos mineros habían sido tomados prisioneros cuando la caída del frente del Norte, después de haber luchado en el bando republicano. Fueron forzados, a enfrentar el peligro de muerte en todas direcciones: detrás suyo se hallaban sus verdaderos enemigos, preparados para matarlos en cualquier momento; delante estaban sus compañeros quienes, sin embargo, debían matarlos también; bajo sus pies había un campo minado, arriba estaban explotando, por todos lados granadas; una lluvia de bombas, completaba el anillo mortal. Algunas veces tenían la suerte de ocultarse en un agujero producido por alguna bomba u obús y esperar la caída de la noche para llegar a nuestras trincheras. Aquellos que sobrevivían llegaban en un lastimoso estado. Presentaban un excelente material clínico para estudiar la evolución del miedo, cuya descripción sigue.

Niveles evolutivos del miedo.

Basándome en mi experiencia, tanto como en la de los otros, he llegado a la conclusión de que es de gran utilidad diferenciar diversos grados en la evolución del miedo. Estos, de acuerdo

con la teoría de Hughlings Jackson corresponden a distintas fases de desintegración funcional de los más altos centros cerebrales. Kretschmer los interpretaría como "regresión adaptativa".

Naturalmente no debe esperarse hallar en un determinado sujeto una seriación completa de esos niveles. Las peculiaridades constitucionales, el grado de fatiga, la constelación afectiva (estado mental previo), la duración y severidad de la situación fóbica, etc., pueden hacer cambiar en cualquier caso la rigidez de nuestra descripción abstracta. Pero, prescindiendo de estas excepciones, creo que es posible diferenciar 6 niveles o grados de la emoción miedosa, de cada uno de los cuales puede hacerse una descripción tanto introspectiva como extrospectiva.

1. *Prudencia y retraimiento.* - Observado exteriormente el sujeto aparece modesto, prudente y sin pretensiones. Por medio de un retraimiento voluntario limita sus fines y ambiciones y renuncia a todos los placeres que implican riesgo. El individuo está ya en ese grado bajo la influencia inhibitoria del miedo. Reacciona entonces evitando profilácticamente la situación que se aproxima.

Introspectivamente, el sujeto no está todavía consciente de tener miedo. Por el contrario, se halla bastante satisfecho y orgulloso porque se considera dotado de una previsión mayor que la de los demás seres humanos.

2. *Concentración y cautela.* - En el segundo nivel el sujeto ya ha entrado en el campo de la situación fóbica, pero todavía controla sus reacciones. Sus movimientos evidencian una actitud cautelosa: ya no son espontáneos - puesto que están sometidos a un severo control de atenta autocrítica sino que son lentos, correctos y minuciosos. La concentración voluntaria está destinada a asegurar el básico e inmediato propósito de mantenerse en una situación de seguridad, propósito en el que concentra toda su energía disponible. El sujeto actúa, no solamente para lograr el éxito, sino para asegurarlo. Se observa en él una tendencia a repetir y revisar sus movimientos (reiteración).

Subjetivamente la víctima está preocupada; concentra su atención e interés en los sucesos exteriores. Una pequeña nube de pesimismo invade su espíritu; para borrarla, intenta reunir todo su valor. Para el mundo externo todavía pretende, con éxito, hallarse en calma, ser confiado pero reservado.

3. *Aprensión y alarma.* - En el tercer nivel, el paciente está objetivamente asustado; su actitud es de preocupación y desconfianza. Los movimientos superfluos hacen su aparición; acciones secundarias e insignificantes son agrandadas; manifiesta todas sus dudas y sufre oscilaciones y alteraciones en el ritmo y precisión de movimientos esenciales.

A causa de la inmoderada estrechez del campo atento, la conciencia del sujeto se ve oprimida. Se observan fallas práxicas que disminuyen el control, al mismo tiempo que una tendencia a la extensión de las extremidades, con repentinos temblores.

Subjetivamente, la preocupación existente en los niveles anteriores es aumentada hasta producir una división en la corriente de la conciencia. La ideación desaparece y el pensamiento pierde su claridad. El Yo experimenta una creciente sensación de desamparo e inestabilidad. A medida que el sujeto se convence de su ineficiencia, aumenta esa vivencia.

Ejecuta acciones sin sentido común, que frecuentemente no concluye, resultando una confusión de movimientos. Se aproxima al próximo nivel, durante el cual perderá totalmente el control de su conducta.

4. *Ansiedad y angustia.* - En el cuarto nivel, la conducta del individuo pierde su unidad funcional y su sentido; intenta ejecutar nuevas acciones antes de finalizar las anteriores; los moldes psicomotores se desorganizan. La creciente excitación de los centros subcorticales y mesencefálicos es responsable de continuos movimientos, obtusos, algunos de los cuales son

insistentemente repetidos. El sujeto semeja un autómatas, pero todavía es consciente y capaz de dar respuestas verbales atinadas. .

Una tendencia a descargar en la esfera neurovegetativa los impulsos que han sido rechazados por el barrage de los efectores da lugar a la llamada "tempestad visceral". La actual anarquía en los niveles conscientes se extiende también a los órganos internos. En este grado, el diencefalo comienza a apoderarse de la corteza que todavía no está completamente inhibida; contra las conflictivas invaden los centros superiores y subcorticales, en tanto se observan externamente gestos estereotipados, movimientos disociados y acciones unilaterales, así como temblores y espasmos.

Subjetivamente, el sufrimiento alcanza su cumbre. El sujeto experimenta una extremadamente desagradable sensación de pérdida del equilibrio y proclama que ya no puede controlarse. En algunas ocasiones actúa desesperadamente y se deja llevar por un impulso de destrucción o autodestrucción. Al hacer esto, no experimenta ningún sentimiento particular de odio o rabia; es simplemente espectador, no autor de sus impulsos.

Otras veces, el Yo consciente aparece completamente disociado del arco efector del sistema nervioso. La víctima puede negar que se está moviendo y asegurar que se halla completamente tranquila y obedeciendo órdenes, al mismo tiempo que comete actos sin sentido común.

5. *Pánico*. - Anteriormente el sujeto estaba al borde de la pérdida completa de conciencia. Ahora su conducta es dirigida por los centros talámicos y menencefálicos. Se observan movimientos de gran violencia, que no pueden ser reprimidos, ni conscientemente por la víctima ni, externamente, por un cambio de la situación.

La tempestad motriz final ha comenzado: algunas veces da origen a arrebatos y otras causa catastróficos "deflejos" defensivo-ofensivos. El sujeto puede empezar a correr - y será cuestión de suerte que lo haga hacia delante o hacia atrás. Nadie puede detenerlo y se necesitan 3 ó 4 personas para asirlo, aun cuando normalmente sea de compleción débil.

No es extraño que, en el campo de batalla, soldados en esta fase de pánico puedan efectuar actos que luego serán considerados como heroicos. En realidad cuando, en un instante de obnubilación cerebral, "escapan hacia delante" pueden conquistar posiciones y despertar el coraje de sus camaradas, que ignoran la ausencia de motivación voluntaria en su acción.

Subjetivamente, el estado de pánico es vivido como una pesadilla consistente en una peculiar e irregular sucesión de imágenes mentales oníricas, la mayor parte de las que se olvidan prestamente, cuando la víctima se serena. La denominada subconsciencia - actividad de la persona profunda (Kraus) es la que únicamente puede recordarlas, y es por eso que se hace necesario el tratamiento hipnótico para explorarlas a posteriori.

6. *Terror*. - Cuando se alcanza esta última fase del miedo es imposible diferenciar sus aspectos objetivos y subjetivos. La inhibición ha alcanzado todos los niveles encefálicos y ha paralizado incluso las reacciones automáticas, que se hallaban en su apogeo en la fase anterior.

Existe, a veces, la posibilidad de conservar un suficiente tono postural como para mantener de pie al sujeto; o quizás éste se halla en una extravagante postura, inmóvil, sobre el suelo. De cualquier modo, es tan inactivo como una piedra: se halla, en realidad "petrificado", o aparentemente muerto. Su palidez y falta de expresión revelan la completa ausencia de vida psicoemocional. El retorno a la tierra - y creo que la palabra "terror" proviene de la raíz "terra" antes que de "tremor" - se ha completado. Tal inactivación, puede, incluso, hacerse permanente: esto ocurre cuando la inhibición invade los centros vitales del bulbo. He observado, en efecto, dos casos de muerte sin traumatismo, en soldados que estuvieron sometidos a un espanto prolongado, hallándose previamente exhaustos. Cannon explica tales muertes por un proceso de deshidratación, disminución del volumen sanguíneo y precipitación coloidal.

Cuando se recupera del estado de terror la víctima empieza por abrir sus ojos, aun cuando el cuerpo siga inmóvil. Entonces ha de ser tratada con cuidado, pues puede ocurrir que, bruscamente, entre en el estado precedente - por desinhibición súbita - y exhiba una reacción ciega y agresiva, de pánico. Otras veces el retorno a la normalidad es lento y persisten, largo tiempo, síntomas depresivos; el sujeto continúa apático, perezoso e indiferente a cuanto le rodea.

Factores Fobigénicos.

Los factores fobígenos o fobigénicos son los productores o agravantes de la reacción miedosa. No hay duda que unos sujetos nacen con mayor predisposición que otros al miedo. Cuando se estudia esta emoción en el neonato con la técnica propuesta por Watson puede obtenerse una idea de su acción inactivante en un determinado caso. No creo que exista una definida relación entre la constitución física y el grado de miedosidad, pero sí la hay entre el valor de la energía vital, la salud y la fuerza física, de un lado, y la resistencia individual al proceso fóbico inactivante, por otro lado.

También existe una clara relación entre la concienciación de un peligro y el desencadenamiento del miedo. Esta correspondencia, empero, no ha de ser exagerada, pues como ya se ha dicho el miedo depende más de cómo ve el sujeto su situación que de los caracteres objetivos de ésta. Así, p. ej., soldados inexpertos se asustaban más durante un lejano e impreciso bombardeo de artillería que cuando marchaban a exagerada velocidad, manejando un camión por caminos desconocidos, en condiciones de peligro físico mucho mayor.

Así, pues, la imaginación nos asusta más que el peligro en sí. Del propio modo, un acontecimiento inesperado, incluso cuando es inofensivo, desencadena más miedo que la anticipación de una situación realmente dolorosa o peligrosa. Uno de mis colegas de Facultad, valeroso y enérgico en deportes, casi se desmayó cuando - siendo Presidente del Comité de Atletismo - un gracioso "le dió la mano", es decir, usó un guante relleno de algodón para dejarlo en su mano al saludarlo, con pretexto de congratularle.

Además de lo antes expresado, veamos las más importantes causas de la difusión del miedo en la retaguardia o en el ejército

1. Ausencia de dirección o comando. - Una experiencia vivida en la guerra española nos da un buen ejemplo de esto: en marzo de 1938 se colapsó el frente aragonés y muchas unidades de infantería huyeron a la desbandada al grito de "Sálvese quien pueda", ante el ataque enemigo. Grupos de soldados en las peores condiciones físicas y morales llegaban, huidos, por la carretera a Lérida. Pero bastaron las arengas de unos pocos oficiales salidos de dicha ciudad para reagruparlos en nuevas unidades que se batieron, nuevamente, con indómito coraje.

Los hombres son incapaces de comportarse como miembros de un grupo si éste no tiene una estructura social organizada. Un número de soldados sin jefe se transforma en masa de elementos anárquicos, si antes no se les ha dado una pauta de conducta para tal emergencia.

2. Extenuación física y mental. - La falta de comida, sueño, vestido y otras necesidades físicas, así como el exceso de trabajo mental, puede originar una disminución de las energías individuales, haciendo al sujeto asustadizo, aun sin motivos lógicos para ello. Pedemos ilustrar esto, con otro ejemplo de la guerra española: el quinto y el décimo cuerpo de Ejército figuraban entre los mejores de las tropas republicanas. Ambos se batieron bravamente varias semanas y llevaron el peso principal de la batalla en el río Ebro. Pero tras la persistencia del hambre y el insomnio, fueron incapaces de resistir otra ofensiva, menos intensa, de los rebeldes (noviembre 1938) en tanto el Ejército del Este, que había descansado varios meses, la detuvo con éxito.

3. Intensidad anormal de la estimulación sensorial. - El exceso de luz y ruido puede asustar tanto al sujeto como la oscuridad, el silencio o la soledad. Naturalmente se observan

variaciones individuales; muchas personas tienen miedos especiales. Pero la mayoría se asusta máximamente por la combinación de la oscuridad, la soledad y el silencio, periódicamente interrumpidos por ruidos inesperados y desconocidos.

4. *Impredictibilidad del peligro.* - El rápido cambio de lugar y la irregularidad en la aparición o desaparición de los estímulos fóbigenos aumentan su acción deletérea. Todos sabemos que un animal tan pequeño como el mosquito puede mantenernos inquietos toda una noche con sus brascas e inesperadas picadas.

5. *Creencia en el "rodeamiento" enemigo.* - Durante la antes mencionada ofensiva de marzo de 1938, los rebeldes usaron con éxito pequeños grupos de alpinistas que infiltrándose a través de nuestras líneas, consiguieron hacer ondear banderas en cumbres montañosas de la retaguardia, originando el pánico de nuestras tropas que se creyeron rodeadas por el enemigo.

6. *Misteriosidad de la situación.* - Cualquier arma secreta goza del crédito de ser más peligrosa que las conocidas. Así, los técnicos alemanes aconsejaron a los rebeldes un sencillo truco para cruzar el Ebro: en un día de viento empezaron a difundir nubes de extraños colores desde la orilla opuesta; bastó este suceso para desconcertar a nuestros soldados que creyeron hallarse frente a un nuevo y terrible gas venenoso.

7. *Falta de un definido plan de acción.* - Siendo el miedo una emoción paralizante, su víctima no puede crear la reacción conveniente para salir de la situación. Lo más que se puede esperar de ella es que acierte a usar las respuestas que ya tiene habitualizadas. Por ello si no se le han dado instrucciones concretas de lo que ha de hacer ante cada peligro y no ha ensayado suficientemente su conducta ante él, existe la probabilidad de que el sujeto se sumerja en fases avanzadas del miedo por falta de un definido plan de acción.

Un ejemplo claro nos lo dan las reacciones anormales de miedo observadas en los soldados que se hallaban con permiso en ciudades españolas bombardeadas. Tales hombres se comportaban peor que los civiles durante los *raids* aéreos y al no saber donde se hallaban los refugios se asustaban más que en pleno campo de batalla.

Factores tranquilizantes.

No hay duda que el miedo disminuye siempre si el sujeto: a) se siente ayudado por la presencia de un grupo cercano y visible; b) espera rescate, ayuda o venganza próxima; c) se halla, o cree hallarse, protegido contra un golpe directo; d) conoce la localización del peligro y sabe como puede ser dañado por él; e) está consciente de su propia fuerza; f) sabe qué ha de hacer inmediatamente y después; g) confía en la eficacia de sus propias técnicas defensivas.

Si tuviéramos que seleccionar los factores decisivos, creo que habríamos de destacar el pernicioso influjo de la ignorancia y el benéfico efecto de la determinación, para conseguir un objetivo intensamente anhelado. Por este motivo me atrevo a proponer las siguientes:

Reglas para prevenir el miedo incontrolado.

1ª- Hacer que el pueblo conozca la verdad acerca de la situación. No es posible publicar cuanto ocurre, pero han de evitarse las mentiras procedentes de fuentes oficiales.

2ª- Dar al pueblo suficiente información acerca de lo que puede ganar con la victoria y perder con la derrota.

3ª- Proporcionar suficiente comida, vestido y reposo a quienes han de hacer frente al peligro.

4ª- Discutir amplia e intensamente todas las objeciones, dudas y comentarios acerca de la situación, hasta que todos comprendan la necesidad de proseguir la guerra.

5ª - Hacer querer al pueblo más intensamente la causa por la que luchan, que la vida ya pasada.

6ª - Hacer comprender al pueblo que no hay privilegios ni excepciones en el sufrimiento y en el peligro de la guerra (justicia igual para todos).

7ª - Colocar en posiciones de mando a los que las merecen por su eficiencia. No fiarse tan sólo de la teoría o la tradición: valorar el rendimiento en la acción.

8ª - Preparar rápidas y efectivas medidas para restablecer la confianza pública cuando flaquee; permitir manifestar entonces, francamente, los sentimientos sin temor a ser tachados de cobardía o traición. Para ello hay que distribuir un técnico experto en psicoterapia en cada grupo social.

Psicoterapia del miedo.

Hemos concluido que el miedo, subjetivamente considerado, no es más que la conciencia del fracaso individual, el anticipo de una insuficiencia reaccional o el predisgusto de la derrota. De aquí que su psicoterapia haya de tender a devolver al sujeto su confianza en sí. Mucho más importante que sacarle los estímulos fobígenos es intensificar sus medios de respuesta ante ellos. Solamente cuando el sujeto se ve libre de conflictos y peligros íntimos, sólo cuando está de acuerdo consigo y alcanza una síntesis intrapsíquica, cuando sabe qué quiere y por qué, cuando conoce los cómo y los cuándo de sus futuras reacciones podrá incluso improvisar respuestas ante lo imprevisto. En otras palabras: el psicoterapeuta ha de reajustar al sujeto y luego darle el esquema de vida más adecuado a sus recursos personales.

Si el individuo sabe lo que ha de realizar y tiene fe y entusiasmo en sus ideales, es decir, si lucha para obtener o defender un objetivo amado, entonces la acción inactivante del miedo será reducida al mínimo, cualesquiera que sea el peligro, objetivo, que lo provoque. La joven más tímida se torna valiente cuando lucha, como madre, para rescatar a su hijito: ni las llamas ni las balas la arredran en su defensa del ser querido. Cuando alguien se enamora se siente transformado y efundido; ya no vive en sí, sino dentro del objeto amado. En tanto el miedo implica introversión (in-fusión) y anulación, el amor supone plenitud, desbordamiento y éxtasis; por eso el antídoto del miedo no es el coraje sino el amor. Ser un héroe significa estar bajo el signo de Eros, el Dios del amor.

Resulta imposible llegar de la actitud miedosa a la amorosa sin pasar por la fase intermedia de la afirmación del ser. Solamente quienes se sienten firmes son capaces de trascenderse y actuar. El máximo deseo y objetivo del amor es la creación, para alcanzar la eternidad. Por eso el Supremo amor es, también, el Supremo hacedor o Creador.

La religión ha tenido, y seguirá teniendo, tanto poder porque promueve la fe en la eternidad. Podemos comprender por qué los mártires cristianos no temblaban en la arena circense: todos se hallaban en éxtasis -fuera de sus límites corporales. En suma: *tan sólo quienes creen, pueden*; tan sólo quienes aman son capaces de superar obstáculos, ignorar peligros y resistir la adversidad.

El miedo ha de ser dominado mediante una educación científica, social, médica, pedagógica y psicológica. La fe no ha de estar expuesta a cambios de ánimos; las creencias no han de ser dejadas al azar. Ambas han de basarse en una amplia y realista visión del Mundo. Los hombres han de saber quiénes son, dónde están, qué van a hacer y por qué tienen obligaciones y deberes por cumplir, así como derechos a reclamar. Solamente cuando estas premisas filosóficas han sido científicamente cumplidas la persona tiene personalidad; entonces - y sólo entonces - será algo más que un animal humano. Incluso las bestias más feroces pueden huir ante el miedo; pero los defensores de Madrid, de Guadalcanal y de Stalingrado no se rindieron ante el miedo, porque estaban orgullosos de su misión y tenían fe en su causa. Esperemos que en el mundo venidero la psicoterapia social conseguirá que cada

cual tome tanto interés en la defensa y cumplimiento de sus deberes como ahora lo hacen los mejores combatientes de la democracia.

Técnicas de recondicionalización en las fobias bélicas.

Se ha visto, por la experiencia de la guerra española y de la actual, que algunas personas presentan formas muy peculiares de miedo absurdo, en tanto son capaces de reaccionar normalmente ante el miedo lógico. Así, p. ej., hay quien se asusta más por la sirena de alarma que por las bombas durante un *raid* aéreo. Un oficial republicano se angustiaba sumamente cuando veía acercarse al cuartel un grupo de soldados, porque se le ocurría que podía tratarse de espías disfrazados de republicanos. El psicoanálisis investiga y trata los motivos de estas fobias, pero en tiempos de guerra no puede dilatarse su terapéutica: el psiquiatra militar no sólo ha de readaptar sus hombres sino que ha de hacerlo pronto; nadie le preguntará de qué sufrían o cómo los curó, sino a cuántos y en cuánto tiempo los devolvió a las filas.

Por eso creo que tales casos han de ser tratados de un modo personalmente enérgico, mediante una combinación de persuasión y sugestión, seguidas, inmediatamente, de la recondicionalización experimental, es decir, de la práctica de la respuesta conveniente ante la situación fóbigena, que es ahora provocada experimentalmente, o sea, de un modo artificial y premeditado. Tan pronto como se logra del paciente la respuesta correcta se le insta a repetirla voluntariamente, a mayor distancia del control psicoterápico.

Más adelante (capítulos 6 y 7) insistiremos en esta técnica, que había de ser adelantada aquí, ya que muchos casos de fobias obedecen a reflejos condicionales negativos engendrados en la primera infancia. Un brillante análisis de ese material ha sido hecho por Glover en su librito "The Psychology of fear and courage", pero hay que advertir que la simple explicación al paciente del origen de sus fobias, no es suficiente para suprimir en él sus efectos.

CAPÍTULO III

COLERA O RABIA

La fuente biológica de la cólera radica, al igual que la del miedo, en una propiedad genérica de la materia viva. Las células y organismos son irritables y al ser estimulados por ciertos agentes excitantes, fisicoquímicos, liberan una cantidad de su propia energía, a veces mucho mayor que la de los estímulos.

A este básico fenómeno hay que añadir un factor psicológico para comprender la reacción colérica de animales superiores, incluso del hombre, a saber: la interrupción parcial del curso de la respuesta. Tan pronto como el sujeto se da cuenta de que hay algo que puede comprometer el éxito de sus planes o deseos, experimenta cólera contra ello. Así, la cólera implica ,la previa vivencia de una amenaza en la libertad de acción individual; lo que, por lo demás, puede engendrar, también, al miedo. Y es así como ambas emociones aparecen unidas en la evolución zoológica. Si el miedo es demasiado intenso la cólera no puede desarrollarse, mientras que cuando ésta domina a aquél casi se hace imperceptible. Solamente en situaciones raras y extremas pueden darse, no obstante, enteramente aisladas. Incluso en la guerra tales situaciones no son lo suficientemente intensas como para aterrorizar por completo al sujeto, y por eso lo frecuente es hallarlo sumergido en un estado emocional mixto, de miedo y de rabia.

Amalgamas de miedo y cólera.

Observemos a este jefe, actuando en una fase desfavorable de la batalla. Sus movimientos y órdenes son enfáticos y asertivos, pero se muestra impaciente: desea ser obedecido demasiado rápidamente y por nada grita, rezonga, insulta y amenaza. Es evidente que está sufriendo una infiltración de su miedo y que para ocultarle refuerza su poder aparente. En la medida en que pierde su autoridad desarrolla actoridad; su enojo aparente revela su miedo interior.

Pero podemos imaginar también la situación inversa: el soldado ofendido se asusta de las consecuencias de su rebelión y reprime su rabia. Aparece pálido y temblante, pero está explotando en su interior, porque desearía saltar al cuello de su ofensor y estrangularlo. En ambos casos tenemos una mezcla de miedo y de rabia; en el primero la rabia es aparente y el miedo reprimido; en el segundo, al revés.

Por lo demás tales mezclas se encuentran casi siempre teñidas de ansiedad (Ver Cap. II). Siempre que las correspondientes actitudes de reacción ofensivas y defensivas, fallen en lograr sus objetivos, aparecerán sentimientos crecientes de desconfianza y desesperación. El sujeto se torna así más peligroso, hasta que alcanza un punto crítico en el que su ansiedad se descarga, ya sea hacia el mundo externo (en forma de agresión indiscriminada) ya en contra suyo (en forma de intento de suicidio). De hecho, hemos observado soldados que en una primera explosión temperamental cometieron actos de rebeldía y luego intentaron desertar, terminando por suicidarse.

Factores determinantes de la agresividad y del poder combativo.

La relativa proporción con que se mezclan el miedo y la cólera en un caso determinado, depende de varios factores, entre los que se destacan: a) la agresividad constitucional del sujeto; b) el poder individual de autocontrol; c) la previa disposición afectiva; d) la intensidad del autoerotismo o narcisismo; e) la inmediatez, en tiempo y espacio, del objeto odiado; f) la supuesta fuerza o poder agresivo del objeto; g) la experiencia previa respecto a las probabilidades de victoria o derrota en caso de lucha; h) las ventajas personales de enfrentar o eludir el objeto odiado.

Solamente cuando estos factores se combinan para propulsar al sujeto hacia la destrucción de la causa de su rabia, esta emoción es sentida al máximo, o sea, como furia. Si no, puede ser reprimida, trasmutada o proyectada en formas anormales de reacción. Voy a describir ahora tres de éstas, toda vez que es de máxima importancia evitarlas en tiempos de guerra.

La mente humana es demasiado complicada para justificar el intento de tratarla en forma esquemática, como han hecho los investigadores en el campo de la psicología animal. Su complejidad, empero, no es excusa suficiente para renunciar al intento de clasificar tales reacciones de cólera anormal en la guerra.

1. Cólera desplazada.- Esta forma; también conocida con el término de cólera transferida o proyectada, es frecuente. Aparece al principio de la guerra y consiste en substituir el objeto odiado por otro, menos difícil de dominar. Así, por ejemplo, los alemanes ahora están desplazando su odio desde las zonas militares a las civiles, en los territorios ocupados, porque se sienten frustrados en su lucha contra los ejércitos aliados.

Otro ejemplo de cólera desplazada se halla en las luchas que a veces estallan entre las autoridades civiles y militares de la misma nación. A pesar de mi respeto por los ejércitos, he de confesar que todos sufren, más o menos, este tipo de reacción, al principio de la guerra. Los jefes militares están excitados, impacientes y predisuestos a la cólera y a la intolerancia con los civiles no movilizados. Dictan drásticas órdenes, leyes militares de emergencia, penas severas y prohibiciones draconianas, como si los ciudadanos a los que van a defender fuesen su real enemigo. Claro está que esta severidad, como la de todos los códigos militares, puede explicarse por la necesidad de mantener el prestigio y la disciplina militar; pero es innegable que, a veces, tales medidas causan la alarma general de la población, ya alterada, y aumenta su preocupación y temor.

A su vez, los civiles, no teniendo en quien descargar su nerviosidad, la proyectan contra las autoridades políticas y el gobierno: "estamos empezando mal"; "no hemos encontrado aún los jefes propios para esta situación"; "quienes nos han lanzado a la guerra deberían ser los primeros en ir a la línea de fuego"; "el enemigo no es tan censurable como nosotros mismos por nuestra falta de preparación". Otras veces el desplazamiento va más allá y los ciudadanos protestan contra la falta de "sentimientos religiosos y morales"; "la estupidez humana", etc.

Naturalmente, cuando Fulano de Tal hace esos comentarios, sabe que no va a ser contradicho, porque ni los "causantes de la guerra" ni la "estupidez humana" pueden objetarle. He aquí por qué habla tan libremente.

Cuando el desplazamiento toma la forma de invertir el sujeto y el objeto de la cólera, lo denominamos proyección. Entonces el sujeto niega que sienta cólera, pero afirma que es odiado por el objeto de su (proyectada) rabia. Hemos de tratar con esta forma, al final del capítulo, por su importancia psiquiátrica; ella es responsable de muchos delirios de persecución y otros síntomas mentales graves.

2. Cólera crítica. - Un segundo tipo anormal, y más peligroso, de reacción colérica, es el que impulsa al sujeto a pedir "acción inmediata" para pulverizar al enemigo con un "golpe terrible" (*Un coup foudroyant*, como dicen los franceses). Tales gentes requieren una guerra relámpago - que ha de ser hecha no por ellos sino por tropas especializadas, claro está - dicen que las cosas van demasiado despacio, fabrican docenas de proyectos para acelerarlas y a diario interfieren con la labor de los superiores aportando quejas, críticas, sugerencias o ideas "luminosas" acerca de este o aquel detalle de organización. Al hacer esto, descuidan su propio trabajo y resultan un factor negativo en él. Es evidente que tales sujetos meten las narices en las obligaciones ajenas porque no saben o no pueden cumplir las suyas.

3. Cólera vengativa. - Un tercer tipo de reacción colérica, más propio de las guerras civiles, pero presentable en todas, es el motivado por la venganza personal. El sujeto se propone "cobrarse" del enemigo en la misma medida en que se siente injuriado. Tuvimos ocasión de observar este tipo de conducta. entre campesinos españoles, al principio de la guerra civil. De hecho, muchas obras literarias se han dedicado a la descripción laudatoria de estos

vengadores populares, cuyas atrocidades son consideradas heroicas. Es discutible si tales actitudes vengativas deben ser estimuladas o reprimidas entre los soldados. Algunos peritos son de la opinión de que es preciso darles motivos concretos de odio, pero mi experiencia personal difiere de ese criterio; yo siempre prefiero el desarrollo de una actitud combativa que no se base en el odio subjetivo o personal sino en la información conveniente y en la comprensión de los fundamentos de las obligaciones morales de cada ciudadano. A1 no hacerlo así, se estimula una conducta anárquica, excepto en casos aislados, de personas muy inteligentes, capaces de operar aisladas y, no obstante, guiadas por fines trascendentes, tales como los de espía y los guerrilleros.

Otro punto por considerar es la ocupación de algunos territorios por fuerzas aliadas, con fines estratégicos. Tales fuerzas se ven obligadas a invadir, en forma profiláctica, países a los que quieren defender, pero en los que muchos de sus habitantes, ignorantes de la alta estrategia, dudan de si van a ser protegidos o explotados. Y como en ambos casos se sienten dominados, se repliegan hacia retaguardia, infectando otras zonas de población, aun libres de la citada ocupación militar. He visto personalmente los desastrosos efectos de tales corrientes liberatorias en nuestra guerra, y aunque los partes oficiales las excusaban diciendo que el pueblo huía ante la presencia del enemigo, lo cierto es que tampoco gustaba de hallarse en contacto con sus aliados. La conclusión práctica de todo esto es de que se precisa evitar movimientos bruscos y acampamientos de fuerzas armadas en regiones que no han sido previamente preparadas, desde el punto de vista político y psicológico, para tales visitas.

Cólera y agresividad.

Antes de seguir esta exposición hemos de aclarar que no existe relación directa entre la cólera y la agresividad; un hombre puede combatir sin cólera y, por el contrario, puede sentir cólera sin intentar combatir. Tan sólo cuando la cólera invade las capas profundas de su ser, y le impulsa ciegamente hacia una finalidad destructiva, se engendra el estado de furia, en el que se aglutinan inseparablemente el objeto odiado, la emoción colérica, el propósito combativo y la acción devastadora. Sin embargo, la furia, grado extremo de la rabia - al igual que el terror lo es del miedo - priva, a quien la siente, de gran parte de su habilidad y eficiencia. Se trata de la llamada rabia talámica, próxima pariente del miedo talámico, o sea, de la reacción descrita en el capítulo II. Por eso los peritos militares se muestran más bien hostiles al empleo de sustancias que "dopen" al sujeto y lo transformen en autómatas (excitantes y bebidas alcohólicas intensas). Sin embargo, la benzedrina y sus derivados pueden aconsejarse cuando el individuo debe ser sometido a un trabajo intenso y emotivo, durante tiempo largo y presenta signos que indican fatiga o hipotensión. En tales ocasiones dichos preparados pueden evitar el agotamiento, a condición de que no se los emplee demasiado tarde durante el día, porque entonces, pueden agravar el insomnio, casi siempre preexistente en tales casos.

Rabia y elación.

El más característico estado de elación, es el observado en los accesos de manía. En éstos, el sujeto se siente omnipotente y propende a adoptar una actitud tiránica ante su ambiente, aun cuando, periódicamente, siente también un impulso a la generosidad, la ternura y el amor. Mayer Gross, ha señalado que en todos los pacientes maníacos, existe un aumento de irritabilidad, que les lleva a sufrir violentas explosiones de rabia.

Los psicoanalistas explican el estado maníaco como debido a la liberación del Yo del control del Super-Yo. Mac Curdy cree que la manía y la elación son próximas parientes y deben ser consideradas como la regresión funcional del sujeto a la época, puberal, en la que, bajo la influencia de las nuevas secreciones hormonales, experimenta una especie de renacimiento y desarrolla ambiciones ilimitadas. Lo cierto es que el sujeto en elación se siente invencible y omnisciente.

Por ello es siempre deseable que el jefe consiga enviar las tropas a la batalla en un estado de elación, asociada a la cólera. Para conseguir esto, surge la denominada "arenga" en la que los jefes militares tienen ocasión de poner a prueba sus dotes de mando y convencimiento. Si éstas existen, aquéllos sabrán combinar el tema, el momento, el gesto, las palabras y los

ademanos para conseguir el máximo efecto de persuasión, sugestión y, hasta, compulsión. Entonces se obtiene el milagro de que "las palabras sean superiores a las espadas" y hasta un pequeño contingente de tropas pobremente equipadas es capaz de derrotar a un poderoso enemigo.

La habilidad de conseguir tales efectos estimulantes, es considerada por los expertos alemanes en Psicología, como la característica fundamental que ha de poseer todo jefe militar. Por ello Adolfo Hitler escribió: "Führer sein ist Massen in Bewegung setzen" ("Ser jefe significa poner masas en movimiento").

Cuando predomina la elación, la batalla es considerada por el soldado como una especie de lucha o juego deportivo. La empieza con una actitud de brava hidalguía y es capaz incluso de desarrollar una especie de "fair play" con su enemigo. Así los psicólogos alemanes exaltaron tal actitud de bravura en sus juventudes, cuando éstas habían de enfrentarse con los débiles ejércitos de sus enemigos iniciales. Más tan pronto como se vieron opuestas a tropas igualmente equipadas, la lucha se hizo seria y la consigna de que "la guerra es una aventura" se cambió por la de "la guerra es un infierno y solamente quien es diablo puede sobrevivir en él".

Podemos afirmar que los americanos están todavía luchando con el espíritu de hidalga bravura, en tanto, alemanes y japoneses lo hacen ya, con una actitud de tragedia. Tarde o temprano, la actual crueldad de las tropas del Eje, será reemplazada por un depresivo sentimiento de indiferencia y apatía, semejantes al ya exhibido por los italianos. Entonces, solamente lucharán para evitar el castigo y su capacidad combativa se acercará a cero.

Efectos deletéreos de la envidia, los celos, el resentimiento y la venganza.

La envidia nos da un ejemplo típico de combinación emocional. En ella el sujeto experimenta cólera y odio hacia alguien que posee algo que él desea. El envidioso se considera frustrado y engañado; siente desconfianza y desesperación; hasta, quizás, planea una venganza. Pero en la medida en que su vanidad es satisfecha, o consigue el objeto deseado, olvida todo su resentimiento y retorna a la normalidad. La envidia o celosidad es frecuentemente observada entre las tropas de distintas armas o entre unidades de una misma arma, así como entre jefes de un mismo Cuartel General. Sus efectos pueden ser incluso peores que los del miedo, pues da origen a rivalidades y disgustos de gran acción autodestructora, ya que la víctima se inflige la tortura de recordar siempre su frustración. En el fondo el sujeto odia a la persona envidiada, porque se considera incapaz de merecer su lugar. Solamente en la medida en que duda de sí mismo, puede envidiar a los demás.

La cólera reprimida se transforma en odio y éste, a su vez, puede hacerlo en resentimiento. Veremos en el capítulo V cuán importante es esta reacción en la patogenia de las desadaptaciones militares. Ahora sólo deseo destacar que estos complejos emocionales tienden a estancarse y a privar al sujeto de su libertad interior. Es por esto que se llaman pasiones, ya que el sujeto se torna pasivo en la medida en que las sufre. No hay otro medio de prevenir tales estados más que el de desarrollar, mediante conferencias y charlas psicoterápicas, una buena guía moral e higiene mental de las unidades combativas. Esta es una parte de la campaña general de Higiene Mental; nadie puede saber en realidad cuantos soldados y oficiales sucumbirían de otro modo a sus perniciosos efectos, ya que el campo de batalla ofrece toda clase de facilidades para matar impunemente, no sólo al enemigo.

Delirios persecutorios derivados del desplazamiento colérico.

Durante la guerra española observé casos de delirios persecutorios en sujetos hasta entonces normales, como resultado de una asociación entre intenso odio y creciente depresión. Tales casos se observaban especialmente entre grupos de refugiados que deseaban enrolarse en el ejército. Como no podían ser debidamente identificados y luchaban con dificultades en su nuevo ambiente, fallaban en su intento de establecer relaciones fraternas con el grupo. Algunos se enquistaban y resentían, preocupándose por la suerte de sus familiares que vivían en territorio enemigo; consiguientemente desarrollaban depresiones reactivas, y, al cabo de

unas semanas, se quejaban de la presencia, por ejemplo, de espías enemigos en el campo: alguien los había fotografiado, o les había pedido la firma para probar al enemigo que ellos estaban en nuestro campo, con lo que sus familiares serían torturados y muertos. Una vez instalada esta sospecha, la víctima se asustaba de todo.

Pero el remedio era sencillo: había que agrupar a todos los refugiados y formar con ellos grupos homogéneos, de acuerdo con su origen geográfico. Entonces se tranquilizaban y las interpretaciones delirantes desaparecían sin necesidad de otro tratamiento. Los alemanes y los ingleses han demostrado su habilidad para resolver los problemas semejantes que se les han planteado con las poblaciones de zonas ocupadas.

CAPITULO IV

LA PSIQUIATRIA EN EL EJERCITO NAZI

Medios de selección psiquiátrica en el ejército.

En el capítulo primero he insistido acerca de la necesidad de acentuar la importancia del consejo psiquiátrico en la selección del personal militar, no sólo de los soldados sino especialmente, de los oficiales. Naturalmente, los medios de selección son muy numerosos y es preferible emplearlos conjuntamente pues ninguno de ellos, por sí solo, es suficiente para dar una base adecuada, que permita la predicción de la eficiencia en el campo de batalla.

Los puntos de vista germánico y norteamericano difieren notablemente en esta cuestión. Por ello, a pesar de que Farago y otros han dado una valiosa información respecto a los métodos nazis de selección, juzgo útil recordar algunos de los principios de la psicología militar germánica referentes a este problema. Para ello me serviré de datos obtenidos en las siguientes fuentes:

- Un artículo del neurólogo argentino Dr. Marcos Victoria, que vivió en Alemania en 1940 y obtuvo valiosa información al respecto.
- Un artículo del psicólogo italiano Banissoni.
- Información privada, obtenida en conversaciones con médicos alemanes que vivían como refugiados en Londres, en 1940.
- Algunos ejemplares del periódico alemán *Soldatentum*, que hallé en Buenos Aires.
- Información privada, suministrada por mi amigo el profesor Douglas Fryer y coleccionada para su próximo libro sobre psicología militar.
- El capítulo de psicología militar en Alemania redactado por López Ibor para su libro *Las neurosis de guerra*.

La principal fuente de información acerca de la organización militar en Alemania nos la da, sin embargo, el libro del Dr. Max Simoneit, publicado en 1938, *Leitgedanken ueber die psychologische Untersuchung des Offizier-Nachwuchses in der Wehrmacht*. De acuerdo con él, existe en Alemania un organismo central del ejército destinado a fomentar la "psicología y cultura racial". En él se sintetizan los resultados de las investigaciones de multitud de laboratorios militares, del ejército y la marina.

Tales laboratorios, denominados *Psychologische Pruefstelle*, están dirigidos por dos oficiales del ejército, un psiquiatra y ocho psicólogos especializados. Estos últimos son considerados como oficiales de reserva, tras un largo período de estudios teórico-prácticos y un severo examen (*Referendar der Wehrmachtpsychologie*). Finalmente, reciben el diploma de *Regierungsrat und Heeres, resp. Flieger, Marine-Psychologe* (Consejero psicólogo del Ejército, Aviación o Marina). En 1939 había dos mil de tales psicólogos en Alemania.

Cada año el laboratorio central del Ministerio de la Guerra, que se ocupa de los problemas de la Defensa Nacional, organiza un curso especial para psicólogos y oficiales. Dos de esos cursos han sido publicados bajo el título de *Abhandlungen zur Wehrpsychologie*. Además hay un periódico: *Soldatentum*, dedicado a la psicología de la defensa, la selección y la educación

de los combatientes. Otra colección de seis volúmenes, referentes a trabajos de esta especialidad, han sido publicados bajo el título de *Wehrpsychologische Arbeiten*, pero el más interesante de ellos, escrito por el mayor Blau, bajo el título de *Propaganda als Waffe* ("La propaganda como arma"), no ha sido vendido al público.

Todo este trabajo está íntimamente conectado con el de los científicos civiles. Por ejemplo, en 1934, el Congreso de los Psicólogos Germanos dedicó una sección especial a la psicología militar y discutió el nuevo significado del término "soldadad" (*Soldatentum*), que fue, finalmente, definido así:

"la actitud interna que emerge en el hombre intensamente vital ante un peligro, presente o futuro, que es reforzada por la lucha contra ese peligro y adquiere una especial autonomía, hasta revelarse en una particular concepción y estilo de vida".

Mucho más importante que la selección de los soldados es, naturalmente, la de los jefes. Simoneit destaca que éstos han de poseer, ante todo, una enorme "voluntad de poder" (*Wille zur Macht*) unida a un perfecto control de sus funciones psicosomáticas.

Los métodos de selección de tales "conductores" son "totalitarios" (globales) y más bien indirectos. Requieren la colaboración de los psicólogos y los hombres prácticos; aquéllos observan a los candidatos desde el punto de mira de la psicología estructural, en tanto éstos los consideran desde el del enfoque profesional y caracterológico.

El intento de determinar la cualidad de conductor por medio de los "tests" está lejos de ser logrado y solamente puede ser considerado como un experimento en la ciencia de la conducta. El método tiene una importancia secundaria, pues lo que cuenta es la personalidad del examinador. Este, según Simoneit, ha de comprender bien la importancia de su misión y los límites de su técnica, eliminando todo halo personal o subjetivo en sus apreciaciones. Asimismo ha de recordar que no pasa de ser un consejero y que la decisión no será tomada por sus meros informes.

A continuación, Simoneit ofrece algunas referencias respecto a la organización de tales exámenes y sus principios fundamentales. Asegura, también, que la "Wehrpsychologie" (Psicología de la Defensa) no es un arte secreto, sino una ciencia aplicada; conviene que los candidatos y sus familias sepan que la psicología proporciona el mejor criterio de selección, pues excluye el favoritismo y está en manos, no de fríos jueces, sino de educadores profesionales, peritos en la determinación de las cualidades psíquicas, espirituales y caracterológicas.

Las ventajas de esta concepción práctica de la psicología, empiezan a ser recogidas. ¿Cómo define un soldado? ¿Cuáles son las aptitudes de un buen líder? ¿Cómo pueden combinarse los criterios empírico y científico? Estas y muchas otras cuestiones son interesantes para comprender el punto de vista germano.

Empecemos por el concepto de "soldadad" (*Soldatentum*). De acuerdo con los peritos alemanes, éste no sólo implica comportarse como soldado, ante las órdenes de un oficial, sino algo más. Supone vivir en una actitud de soldado, es decir, considerarse un elemento en la creación del "Grosse Reich" (Gran Imperio alemán) y combinar la obediencia, el espíritu de sacrificio y la determinación en el cumplimiento de los deberes militares. Ziegler dice, por ejemplo, que ser soldado entraña poseer una peculiar devoción a la nación, actitud aumentada en el caso de una emergencia nacional y reforzada por la lucha ante el peligro. No hay un tipo especial de personalidad especialmente calificada, o mejor que otra, para hacer de ella un buen soldado, según opinan Simoneit, Lersch, Lottig y Kreipe. Los hermanos Jaensch, es claro, no estarían de acuerdo con esa afirmación, ya que intentaron firmemente aplicar la tipología a la selección vocacional en el ejército. En su libro *Körperbau, Wesenart und Rasse* (Constitución, temperamento y raza), Walter, el más nazi de los Jaensch, decía que solamente los que pertenecen al tipo nórdico (dinámico) deberían ser seleccionados como soldados germanos modelos. Pero no se dio cuenta de qué ni Hitler ni Goering pueden parecerse a ese

tipo nórdico; y quizás por ese pequeño olvido todo el trabajo realizado en el Reichssportfeld de Berlín se desplomó al final de 1938.

Las características del buen jefe, según Simoneit, pueden ser resumidas así: ante todo -como ya expresamos- un tremendo deseo, voluntad o ambición de poder y, además, una "calidad marcial". Esta, a su vez, exige: a) completo control de las funciones psicosomáticas implicadas en los trabajos de comando; b) plenitud de recursos psíquicos; c) poder de sugestión; d) decisión; e) tendencia heroica. La última significa la posibilidad de sacrificar todas las ambiciones personales al logro de un "valor puro", más allá de los límites del provecho individual. Scheler llama a esto "nobleza" y, según Simoneit, implica una gran autodisciplina. Este último autor analiza algunos de los mejores generales alemanes: Moltke, Blucher, Yorck, Scharnhorst y Gneisenau, para sacar la conclusión de que sería absurdo esperar que el oficial corriente poseyese sus geniales cualidades. De igual modo, Scheining afirma que el criterio para evaluar la eficiencia de los oficiales germanos no puede ser abstracto y ha de basarse, más bien, en una síntesis de los hábitos profesionales de la tradición militar prusiana, de los requerimientos de la guerra relámpago y de los ideales de la teoría nazi.

Principios generales de la selección personal en Alemania

Antes de describir las técnicas de selección será conveniente destacar los principios generales que son ahora aceptados por los directores de la psicología militar germánica.

1. Hay que procurar aproximar los conocimientos psicológicos, científicos y los prácticos. De acuerdo con este principio, las observaciones empíricas y las sistemáticas han de ser combinadas y coincidir para ser válidas. Si el punto de vista científico ofrece la ventaja de su mayor precisión, el punto de vista práctico (ingenuo) tiene la de su mayor naturalidad, espontaneidad y proximidad a la vida mental actual. Los psicólogos del ejército no desdeñan las fuentes de información populares y trabajan en colaboración con los profesionales encargados de la selección de oficiales.

2. Principio de la globalidad o totalidad. Es la aplicación de la denominada "Ganzheitspsychologie" (Psicología totalitaria) que domina todo el panorama de la psicología actual en Alemania. De acuerdo con sus teorías la vida consciente se halla integrada en un solo haz total, dotado de sentido y que ha de ser estudiado, también, desde un punto de comprensión global. Naturalmente, precisa advertir que se ha de evitar la tendencia a formarse demasiado rápidamente una idea general de la personalidad y utilizar, después, esta impresión inicial como una especie de lecho de Procrusto, para encajar en ella los fenómenos subsiguientemente observados. La psicología militar no debe sumar, tampoco, una lista de aptitudes de cada sujeto y definir el valor de éste en función de dicha suma. La tarea del psicólogo ha de ser la de dar una opinión concisa de cada hombre, desde el punto de vista de su personalidad total, más bien que descomponerle y atomizarle en un conjunto de datos psicológicos dispersos.

El todo es más importante que la suma de las partes y por ello el psicólogo debe siempre recordar que no hay capacidades o funciones aisladas en el individuo, debiendo ser todas ellas interpretadas de un modo integral, en relación con la masa de los rasgos personales. Así, por ejemplo, la recepción de las señales telegráficas a gran velocidad puede ser, o no, considerada una buena calidad para un eficiente telegrafista, según cuáles sean los valores de sus tendencias temperamentales generales, tales como la fatigabilidad, la fijeza de la atención, etc.

3. De acuerdo con el tercer principio, el de la inmediatez de la vida, la comprensión psicológica (Einsicht) depende de la inmediatez y la naturalidad de las reacciones observadas, tanto como de la inteligencia y la agudez del observador. De aquí que no sea aconsejable llevar a los sujetos a un laboratorio psicológico, en el que actuarán de un modo sofisticado; por el contrario, el psicólogo ha de contactar con sus sujetos de un modo humano y natural. El observador y el observado han de encontrarse, pues, en una situación normal y tan informal como sea posible.

4. El principio de la observación completa en el curso del examen implica que, cualquiera que sea el propósito de éste, el observador no debe desdeñar la oportunidad de obtener informaciones simultáneas respecto al resto de las capacidades individuales. Por ejemplo, durante la prueba del espirómetro se pueden obtener datos valiosos respecto a la inteligencia del sujeto, en tanto que el modo como se sienta para resolver las pruebas de inteligencia nos da informaciones acerca de su carácter. El hecho de que estos rasgos puedan ser investigados más tarde no justifica que desdeñemos investigarlos ahora.

5. El principio de examinar no solamente aptitudes, sino también predisposiciones (Anlagen), aun cuando orientado por un criterio básicamente "racista" en Alemania, es sumamente prometedor. Personalmente creo que combina, o acerca cuando menos, los exámenes psicológicos y psiquiátricos, ya que exige del dispositivo del examen, no sólo un diagnóstico, sino un pronóstico de las aptitudes y deficiencias individuales. Por esto la atención ha de ser dirigida hacia los antecedentes familiares, rasgos tipológicos y conflictos mentales del sujeto, todo lo que exige que el examinador sea asistido en su tarea por un buen psiquiatra

6. El principio de la compensación en el territorio mental supone que el aparato psíquico no solamente posee fuerzas sino también volumen. Diferentes planos o campos, más o menos correspondientes a las regiones neurológicas, pueden ser diferenciados y cada uno de ellos posee un determinado poder compensador. Si el sujeto se halla equipado con una mente elástica y poderosa es capaz de superar la deficiencia concreta de alguna aptitud física o mental; esta es otra razón para no sobreestimar los resultados de algunas pruebas específicas de aptitud.

Otro aspecto importante de la psicotécnica germánica actual es la creencia de que la eficiencia final de cualquier soldado se halla inmensamente influenciada por el entrenamiento. De aquí que hayan sido muy controlados los métodos de enseñanza en las escuelas militares, de acuerdo con los siguientes postulados:

tan pronto como entra el muchacho en la escuela primaria empieza su entrenamiento militar y se le desarrolla la idea de su sumisión y sacrificio en provecho del Reich. Al mismo tiempo se le proporciona una peculiar historia del mundo, en la que Alemania es el único país decente y agradable. Pronto se le ingresa en grupos gimnásticos, para participar en deportes de tipo militar.

Cuando llega a la adolescencia, se le hace digerir y creer cada párrafo de la moderna Biblia alemana: *Mein Kampf*, hasta considerarse un vengador de la vergüenza de Versalles. Durante años se le asegura que Alemania es invencible pero que tiene a todo el mundo en su contra, excepto, naturalmente, los partidarios del Eje. La persecución contra Alemania está dirigida por tres fuerzas internacionales confluyentes: el bolchevismo, el capitalismo judío y la democracia imperialista decadente. Aprende a odiarlas y a confiar en el único hombre capaz de restablecer el prestigio alemán. Al propio tiempo se le enseña a orientarse en los bosques, a comprobar sus nervios en caso de peligro y a distribuir bien sus energías físicas y mentales. En cada excursión dominical no se desaprovecha ocasión para enseñarle a desarrollar conocimientos estratégicos, autodomínio, obediencia y resistencia. Los psicólogos alemanes han probado que la máxima eficiencia de un grupo de soldados en marcha se obtiene cuando al cabo de media hora de ésta se verifica una pequeña pausa para reajustar su equipo y luego se ignora el momento de la próxima parada. Una propia distribución de los hombres "propulsores" es hecha en cada caso; éstos son miembros del partido nazi encargados de aumentar la moral y para ello inician cantos, hacen chistes y tratan, a lo largo de la excursión, de promover la hermandad entre oficiales y soldados, especialmente en los períodos de descanso. Entonces se mezclan todos los rangos y los soldados se hallan satisfechos de su importancia. Es, en efecto, importante subrayar que el actual ejército alemán no tiene la rigidez y la severidad aparentes que caracterizaban a las tropas del Kaiser.

La selección de oficiales.

En tiempos de guerra la selección de oficiales y su ascenso se basan principalmente en su eficiencia en los campos de batalla. Pero, ¿cómo se seleccionó el primer contingente de los oficiales germanos antes de iniciarse la guerra?

Toda vez que un oficial ha de ser conductor, se requiere un cuidadoso análisis de su carácter y personalidad antes de empezar su entrenamiento. Un equipo de dos oficiales seleccionadores, un médico militar, tres psicólogos y, luego, un psiquiatra, es asignado a cada aspirante. Ese equipo colecciona datos referentes a los siguientes aspectos

1. Curriculum vitae del aspirante.
2. Análisis de su expresión.
3. Resultado de las pruebas psicológicas.
4. Evaluación de la eficiencia de su conducta.
5. Examen determinante final.

Los datos primeros son conseguidos de un modo informal, durante la interview. El aspirante es interrogado acerca de sus recuerdos infantiles, su vida de hogar y escolar, sus primeras amistades, sus éxitos y fracasos personales, viajes, juegos, libros, distracciones, etc. Se da principal importancia a saber si se dió cuenta de los infortunios sociales, políticos y económicos de Alemania en el período de post-guerra.

El análisis de la expresión es dividido en: a) análisis del mimetismo y la pantomima; b) análisis de los gestos manuales y faciales; c) análisis del contenido verbal; d) análisis grafológico. El sujeto es observado durante sus conversaciones espontáneas, conversaciones y chistes con sus camaradas. ¿Hasta qué punto puede imitar las expresiones ajenas? Esto indica sus aptitudes histriónicas y pantomímicas. ¿Cuando habla, es frío, rígido o inhibido, por ejemplo? Para el análisis de sus gestos manuales y faciales se requieren instantáneas o fotografías, especialmente las que han sido tomadas por aficionados. Además se registran sus gestos y posturas preferidos. El análisis del contenido verbal no sólo se refiere a sus tópicos de conversación preferentes sino al modo de construcción de frases (semántica) y la proporción relativa de adjetivos y nombres, de juicios concretos o abstractos, etc., formulados durante varias interview, al parecer espontáneas.

Se da gran importancia al resultado de los análisis grafológicos. Hay que recordar que la grafología germana, ya desarrollada en los tiempos de Klages, tiene ahora una gran influencia en toda la psicotecnia de dicho país y ha alcanzado una gran objetividad, a diferencia de lo que sucede en América, en donde está prácticamente descuidada.

El examen psicológico toma la forma de una prueba corriente en la que se presentan al sujeto problemas concretos, permitiéndosele consultar libros, pedir informaciones suplementarias y usar el método que mejor prefiera para resolverlos. Cuando afirma haberlo hecho se le pregunta cómo lo consiguió y cuáles han sido sus razonamientos. Las explicaciones que entonces ofrece el método usado para comprobar sus hipótesis, el tipo de éstas, incluso sus errores, al ser considerados retrospectivamente dan idea acerca de sus poderes generales de pensamiento y permiten mejor juicio que el simple éxito o fracaso final, toda vez que éste puede depender de factores extraintelectuales. Asimismo se le interroga acerca de su opinión sobre el trabajo realizado y con ello se obtiene una idea de su capacidad autoestimativa y de otros rasgos de su carácter.

En cuanto al cuarto aspecto -análisis de la eficiencia de su conducta espontánea- los psicólogos germanos se interesan mucho por saber cuántos de los propósitos individuales son transformados en hechos, cuántos no llegan a ser intentados y cuántos fracasan durante su

ejecución. Tal información sólo puede obtenerse si el examinador vive muy cerca del sujeto y consigue captarse su confianza.

Entonces el examinador puede colocar al aspirante en situaciones experimentales que se consideran como "aventuras" y envuelven un cierto riesgo. "¿Usted cree que podrá hacerlo?" Si la contestación es sí, la valuación es sencilla; si es no, se requiere nueva estimulación, especialmente para pruebas deportivas. También se usa el trabajo manual y los matches bipersonales, en los que el examinador hace de contrincante, sin permitirse truco ni ventaja alguna. Cuando el candidato se halla frente a tareas difíciles, sus oscilaciones entre la confianza y el desánimo, el retraso y la aceleración de sus movimientos, las pausas para reposo, etc., son registradas.

Como es natural, las pruebas escolásticas y profesionales sirven también para este fin: ¿cómo reacciona el oficial cuando falla un tiro, cuando es alabado o criticado por sus superiores, etc. ?

Ahora viene la prueba final: la llamada *Fuehrerprobe* o prueba de capacidad de conducción (autoridad). Este último examen dura dos días, durante los cuales el sujeto es sometido a interrogatorios, pruebas de atletismo, trabajos manuales y mentales, y, lo que es más importante, ha de mandar a un grupo de soldados desconocidos, ordenándoles tareas desagradables. En esta última parte se anotan no sólo las reacciones del jefe futuro, sino las de los soldados, ya que éstas son un buen indicio de la habilidad de aquél para el comando. Por fin, el aspirante es confrontado con sus colegas para discutir informalmente varios tópicos en presencia de los examinadores. Estos no dan instrucciones especiales para el caso y se limitan a observar cuanto ocurre.

Todas las medidas precedentes sirven para ganar un mejor criterio de la personalidad observada y a pesar de la aparente anarquía con que son reunidos los datos, éstos son sistematizados de un modo científico en la redacción del informe caracterológico, el cual es completo, objetivo y práctico.

Redacción del informe caracterológico.

En la redacción de este informe se observan los siguientes requerimientos:

1. Se dedica el primer párrafo a orientar al lector respecto a la totalidad del informe, para facilitar su comprensión. En ese párrafo se destaca la cualidad predominante de la personalidad examinada. A veces tal cualidad explica todas las demás, pero a veces las características psicológicas de segundo orden difieren de ella y han de ser consideradas aparte, en beneficio de la objetividad del informe.
2. Junto con tal cualidad predominante se indica el principio dinámico que moldea la personalidad observada.
3. El cuerpo del informe incluye la descripción de diversas cualidades psíquicas y los resultados observados en la vida diaria, así como en condiciones especiales del entrenamiento militar. Tal descripción es puramente objetiva y no tiene nada de folletín literario.
4. Se agrega a ella un suplemento en el que se discuten diversos aspectos y objeciones resultantes de las observaciones hechas.
5. El informe concluye con el diagnóstico y pronóstico de la personalidad.

Notas acerca de la selección alemana de aviadores.

Si hay una tarea bélica capaz de destrozar los nervios de una persona normal, es la de pilotear un avión de caza o de bombardeo en picada. Koch y Lottig, Schaltenbrand, Kostitsch, Treutler, Velhagen, Hartmann, Noltenus y muchos otros, se han dedicado al análisis del vuelo, para perfeccionar el arma aérea alemana (Luftwaffe).

No vamos a describir todos los experimentos minuciosos que han sido hechos en el instituto William-Kerchhoff de Bad (uno entre varias docenas) para explorar el sistema nervioso y las cualidades psíquicas de los pilotos. Puede ser, no obstante, de interés el transcribir el esquema propuesto por Koch y Lottig:

ESQUEMA PARA EL EXAMEN DEL SISTEMA NERVIOSO DE LOS PILOTOS DE LA FUERZA AEREA GERMANA

	ANIMAL		VEGETATIVO		
	Cambio energético con el ambiente		Metabolismo		
Somático	Motilidad	Sensibilidad	Tubo digestivo	Circulación	Respiración
Psíquico	Voluntad	Imaginación	Euforia y Disforia	Emotividad	Tensión y relajación
	Espíritu (<i>Geist</i>)		Animo (<i>Gemuet</i>)		

Mientras que en las condiciones normales de vuelo la parte izquierda de este esquema tiene control sobre la derecha, en los vuelos de altura y de picada las condiciones se invierten. Ejercicios especiales para controlar las esferas incontroladas de percepción y de movimiento en tales situaciones han sido recomendados y son muy semejantes a los del entrenamiento autógeno de Schultz y las prácticas del Yoga. La capacidad para adquirir tal control psicósomático parece ser mayor entre las personas cultas. No deja de resultar interesante, en este aspecto, que un filósofo nazi tan conocido como Heidegger no haya desdeñado el ser un oficial de aviación (Luftoffizier).

CAPÍTULO V

LA PSIQUIATRIA EN EL EJERCITO ESPAÑOL REPUBLICANO

Cuando fui encargado de revisar las causas mentales de inutilidad para el servicio militar, mantuve el criterio de que si bien resultaba contraproducente enviar a un tonto, un desequilibrado, un cobarde, o, incluso, un soldado con escasa moral a la línea de fuego, no debíamos, por sistema, tratar de eliminar de sus obligaciones militares a todos los supuestos o alegados enfermos mentales. Necesitábamos todos nuestros hombres y, por otra parte, los desafectos podían hacer más daño incontrolados en la retaguardia que vigilados en algún lugar de la organización militar.

Nadie puede, claro es, controlar lo que un soldado puede hacer con su fusil en la batalla; pero aun se puede menos saber lo que es capaz de hacer con su pluma o con el teléfono en su casa. Por eso yo opinaba que todo ente humano responsable de sus actos debía ser usado de algún modo dentro del ejército, cualquiera fuese el trastorno mental que alegaba. Si, empero se comprobaba que dicho trastorno existía y le privaba de raciocinio o de autodominio, debía ser dado de baja del ejército y enviado a una institución mental. Este criterio tardó tiempo en imponerse, pero al final fue aceptado con escasas modificaciones y los reclutas fueron clasificados así: a) útiles para todo servicio; b) útiles para servicios auxiliares; c) inútiles temporales; d) inútiles totales; e) juicio diferido. Analizamos las clases d) y b).

Inútiles totales. - Eran considerados así los reclutas que sufrían de:

- 1) Idiocia, imbecilidad y déficit mental crónico (demencia) siempre que sus antecedentes clínicos, la observación de su conducta espontánea y el resultado de los "tests" mentales coincidiesen en comprobar que no podían comprender sus deberes militares o cumplirlos.
- 2) Psicosis crónicas, especialmente las denominadas endógenas, en las que los síntomas de un proceso mental, evidente o inferible por datos fidedignos, podían hacer presumir razonablemente que el sujeto era incapaz de adaptarse a un régimen militar. Cualquier duda a este respecto requería su observación psiquiátrica en una unidad militar.
- 3) Epilepsia con ataques frecuentes y severos, con defecto mental permanente o con equivalentes peligrosos, comprobados por observación en una clínica psiquiátrica o en el ejército.
- 4) Personalidades psicopáticas con tara hereditaria intensa y evidente, cuyas tendencias de reacción las hiciesen inaptas para la vida social, hasta el punto de haber requerido previa hospitalización psiquiátrica y cuya observación en una clínica militar comprobase, bien por la severidad de sus trastornos o por la cronicidad y gravedad de su desadaptación social, su incapacidad para el servicio militar.

Aptos para los servicios auxiliares. - Se incluían en este calificativo los reclutas que sufrían de:

- 1) Debilidad mental en sus formas leves.
- 2) Epilepsia no acompañada de alteraciones mentales ni equivalentes.
- 3) Psicosis endógenas en período de remisión y sin déficit mental.
- 4) Psicosis exógenas, de sintomatología focal, que permitiesen al paciente ejercer un trabajo profesional.
- 5) Psiconeurosis y trastornos psicopáticos compatibles con rendimientos de trabajo en la vida civil.

Para aclarar este criterio de clasificación se dieron instrucciones especiales a todos los médicos militares que habían de intervenir en el reconocimiento de reclutas. Hélas aquí:

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DE LAS CAUSAS DE INUTILIDAD EN EL EJERCITO ESPAÑOL REPUBLICANO

Hablando teóricamente, cada soldado debe ser cuidadosamente seleccionado para asegurar que su constitución anatómica y fisiológica es perfecta. En la práctica resulta imposible conseguir tal perfección, pues la gran exigencia de hombres en los modernos ejércitos haría utópico el intento de una selección tan cuidadosa. De aquí que tal perfección solamente sea exigible para las especializaciones en las que resulta esencial y para las que el número de hombres exigido es relativamente escaso.

Pero es indudable que la selección debe orientarse de acuerdo con el límite de robustez y de capacidad funcional individual, independientemente de la enfermedad o imperfección física sufrida por el sujeto, sin olvidar que algunas enfermedades entrañan una incapacidad absoluta, bien sea por el peligro que implican para el recluta, bien por el peligro social, colectivo, de su contagio.

Aptos para todo servicio. - Este grupo incluye todas las personas que posean las cualidades medias del soldado y también aquellas cuyo defecto físico no los descalifique para las obligaciones de campaña. En resumen, caben aquí individuos con leves imperfecciones, mas no enfermos.

Aptos para servicios auxiliares. - Este grupo incluye en general pacientes de enfermedades crónicas, no contagiosas y compatibles con un trabajo profesional, así como a los que sufren de defectos que les inhabilitan para el combate pero les permiten funciones militares secundarias.

Inútiles totales: En este grupo se incluyen los que sufren de enfermedades que les inhabilitan para ganarse su vida. Como quiera que su invalidez militar ha de ser patente, el médico que la dictamine no tiene por qué fundamentarla para defender la justicia de su fallo.

Los reclutas incluídos en el segundo grupo y declarados aptos para los servicios auxiliares tampoco ofrecen dudas para su clasificación. Cuando surja la duda de si su enfermedad es aguda o crónica, puede aplazarse el fallo. Tratándose de defectos físicos es a veces difícil saber si el recluta es apto para servicios auxiliares o para todo servicio. Esto puede producir escrúpulos a los médicos, mas en caso de duda es preferible declarar al sujeto apto para todo servicio.

Una condición necesaria para el propio desempeño de la tarea médico militar es la de conocer la diferencia esencial entre la práctica médica de paz y la de guerra. El médico militar encuentra frecuentemente simuladores y disimuladores, pero por desgracia hay más de los primeros que de los segundos, ya que es escaso el porcentaje de reclutas que no alega algún trastorno. De aquí que el médico militar haya de tomar poco en cuenta los síntomas subjetivos y deba basar sus conclusiones en datos puramente objetivos. Nunca debe interrogar a un individuo respecto a tales o cuales molestias, si no halla señales clínicas que justifiquen la inferencia de las mismas. Este mismo será el criterio del médico encargado de la observación del recluta, la cual deberá ser hecha en el mínimo tiempo compatible con su exactitud. Así por ejemplo, si un supuesto caso de enfermedad pulmonar no presenta signos clínicos ni radiológicos, resulta innecesario examinar los esputos, la velocidad de sedimentación o la fijación del complemento. Demasiados estudios obstruyen la tarea y ayudan a los simuladores.

El cuestionario psiquiátrico para despistar a los neuróticos potenciales; selección de nuevos reclutas.

Hasta que se organizaron los servicios psiquiátricos la selección de hombres en el ejército español republicano se había hecho sobre una base puramente somática. Por muy importante

que ésta sea, resulta, no obstante inadecuada en muchos casos para descubrir la existencia de un trastorno mental y tampoco da información acerca de la inteligencia y del temperamento del sujeto. Mas todo intento de examinar a éste psicológicamente era objetado diciendo que implicaba pérdida de tiempo y que los reclutas estaban demasiado nerviosos para dar resultados dignos de crédito.

Estas objeciones no podían aplicarse a las pruebas de selección que usé para algunos grupos de tropas. Cuando sus integrantes llegaban a los centros de reclutamiento eran sometidos al siguiente cuestionario

EJERCITO ESPAÑOL REPUBLICANO

INSPECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS Y DE HIGIENE MENTAL

Para utilizar mejor su eficiencia en el Ejército Popular y evitar esfuerzos y sufrimientos inútiles se le ruega conteste las siguientes preguntas con la máxima sinceridad y claridad

Nombre.....Apellidos.....Edad.....Naturaleza.....

Domicilio Civil.....Profesión.....Estado.....

Lenguas y dialectos conocidos.....

Otros conocimientos y habilidades.....

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

- 1) ¿Qué es el fascismo?
- 2) ¿Qué motivos nos impulsan a combatirlo hasta su fin?.
- 3) ¿Cómo sería la vida de nuestro país si triunfasen los fascistas?
- 4) ¿Cómo será cuando triunfemos los antifascistas?
- 5) ¿Cuáles cree que son sus principales obligaciones como soldado del Ejército Popular? .
- 6) ¿Qué tipo de trabajo preferiría y en qué lugar, dentro del Ejército Popular?
- 7) ¿Cuál es su mayor deseo en la actualidad?
- 8) ¿Cómo le gustaría pasar su tiempo libre, durante el servicio militar?
- 9) Si pudiese escoger alguna recompensa o premio por servicios prestados a la causa de la República ¿cuál preferiría?
- 10) ¿Puede resistir la fatiga? ¿La falta de dormir? ¿El frío? ¿El hambre? ¿La sed? ¿El miedo? ¿Cuál de estas penalidades cree que le perjudicaría más?
- 11) Cuando ha sufrido alguna impresión fuerte ¿qué consecuencias ha observado después en el funcionamiento del cuerpo? ¿Cuál ha sido su comportamiento entonces?
- 12) ¿Recuerda alguna ocasión de la vida en que haya dado muestras de coraje? (descríbala, en caso afirmativo)

- 13) ¿Ha perdido alguna vez el conocimiento?
- 14) ¿Sufre vértigos, vahídos, mareos o enturbiamientos de cabeza?
- 15) ¿Cada cuánto acostumbra a hacer uso de su sexo?
- 16) Si pudiese escoger, ¿dónde pasaría sus días de permiso y qué haría?

Si desea añadir alguna observación que le parezca útil para poderlo conocer mejor y aprovechar sus aptitudes en el Ejército, haga el favor de escribirla, a continuación.

Firma, rúbrica y ficha de reclutamiento:

Nota: si falta espacio para contestar en esta hoja, escriba la respuesta al dorso, haciendo referencia al número de la pregunta respectiva.

Las cinco primeras preguntas (¿qué es el fascismo?, etc.) servían para dar alguna indicación del grado de cultura y de inteligencia del recluta, evidenciados en función de su léxico y del mayor o menor grado de abstracción y universalidad de sus respuestas. Las cuatro preguntas siguientes (desiderativas) trataban de evidenciar los intereses, inclinaciones y autojuicio del examinando. Las otras cinco se mostraron sumamente útiles para despistar los expuestos a las neurosis de guerra.

En efecto, se vio que tales preguntas ofrecían a tales sujetos -que deseaban sustraerse a las penalidades de la vida de campaña - una buena ocasión para satisfacer ese deseo, exagerando su propia debilidad y defectos. Todos los reclutas que resultaban sospechosos, desde este enfoque, pasaban luego un examen o interview individual, hecho por un psiquiatra competente.

En cambio, aquellos cuyas respuestas denotaban un alto espíritu combativo, eran señalados a los oficiales de entrenamiento, como capaces de un mayor aprovechamiento, siempre que no hubiese contraindicaciones de orden médico.

Las tres últimas preguntas, de tipo confidencial, servían para completar la impresión general acerca de la franqueza y sinceridad del sujeto en la prueba, a la vez que para desvelar su posible tendencia psicopática.

La valoración del cuestionario, en su forma más sencilla y práctica, consistía en puntuar de 1 a 5 las cinco primeras cuestiones, extrayendo su promedio. Para hacer tal puntuación más exacta se proveía, a los encargados de ella, de un surtido de respuestas tipo, correspondientes a cada valor numérico (y, claro es, en relación con el nivel cultural del recluta). Las contestaciones al resto de las preguntas eran asimismo evaluadas con un criterio cuantitativo o cualitativo, según el tipo de la cuestión, pero siempre la escala patrón oscilaba entre 1 y 5. No obstante, lo importante era la impresión global que emergía de su total consideración.

Los datos importantes eran comunicados a los jefes de las unidades para que éstos los pasaran a los médicos encargados ulteriormente de la vigilancia del recluta. Hablando en general, los casos de alteración mental o neurótica que ocurrieron en el contingente de 20.000 soldados que fueron así examinados resultaron 3 veces menos frecuentes que en los que no pasaron el "test". Esto sugiere que tal proceder tiene un innegable valor práctico para el despistaje colectivo de los reclutas que son bajas mentales "potenciales".

Reajuste de los hombres ya enrolados.

La primera selección en el centro de reclutamiento es insuficiente para dar una base adecuada, que permita decidir la mejor colocación del recluta. Pero cuando éste ya es soldado y ha adquirido la disciplina militar es posible examinarlo, de nuevo, y escoger la ocupación bélica en

la que mejor puede servir. Hay miles de casos en los que se precisa hacer este reajuste; hay también muchos que, por enfermedad o accidente, se tornan no aptos para el trabajo previamente elegido. Un psicólogo bien enterado de las demandas del ejército puede ayudar al psiquiatra en esta labor reorientadora.

En España usamos para ella el mismo tipo de clasificación de trabajos que nos servía en el Instituto Psicotécnico de Cataluña para la orientación profesional civil y que nos daba 18 clases o tipos de labor, bien diferenciados (Se recordará que los datos esenciales de dicha clasificación hacían referencia al grado y modalidad de la inteligencia requerida, al grado de monotonía y automatización y a la naturaleza predominantemente perceptual, reactiva o mixta del trabajo).

El factor diferencial más importante entre las clasificaciones civiles y militares era el lugar del trabajo. En caso de guerra es, a veces, más importante decidir dónde va a trabajar el sujeto que saber qué va a hacer allí. Así, por ejemplo, el trabajo de cocina es claramente especializado, pero algunos de los mejores cocineros civiles fallan cuando han de atender la cocina de un regimiento en la línea de fuego; y lo mismo ocurre con no pocos barberos, choferes, sanitarios, mecánicos, etc. De donde, la tarea del psicólogo era principalmente la de señalar las aptitudes del soldado, pero correspondía al psiquiatra indicar en qué lugar iba a poderlas utilizar mejor; con lo que, una vez más, se ponía de manifiesto la conveniencia de que ambos técnicos trabajasen en equipo.

Integración de los criterios psicotécnico y psiquiátrico para la selección de hombres para cargos especiales.

La integración recién mencionada es aún más necesaria para la selección con vista a cargos de gran responsabilidad y peligro. Los guerrilleros, los antitanquistas, los agentes secretos, etc., han de ser seleccionados entre quienes ya han dado muestras de su lealtad y presencia de ánimo, mediante su comportamiento en los campos de batalla. Ni que decir tiene que esto es, sobre todo, necesario, para quienes han de trabajar, aislados, en el campo enemigo.

La imbricación de los criterios psicotécnico y psiquiátrico se hacía mayor cuando precisaba usar un material humano "nuevo", es decir, no probado por la experiencia, real, del campo de batalla. Tales sujetos podían pasar muy bien los "tests" en el laboratorio y, en cambio, fallar cuando se hallasen ante la situación real. Solamente el ojo del psiquiatra, acostumbrado a observar más allá de los límites de la conducta verbomotriz aparente, puede darse cuenta de cómo vive la totalidad individual y, por tanto, predecir con mayor probabilidad de acierto cuál será la conducta en un momento dado.

Me bastará recordar, para probar las ventajas de tal asociación, cómo al querer crear un procedimiento para averiguar la percepción kinestésica del espacio en los aspirantes de aviación, llegué a descubrir un excelente medio de exploración psiquiátrica, hoy ampliamente difundido en la Argentina y en Chile. Fue un psiquiatra, Rorschach, el que supo extraer todas las posibilidades diagnósticas que se hallan implícitas en la prueba, al parecer, inocente, de las manchas de tinta de Dearborn. Psiquiatras como Freud, Rosanoff y Myers, fijándose en pruebas psicológicas, las mejoraron y desarrollaron hasta convertirlas en técnicas importantes de exploración personal. No voy, pues, a insistir sobre esto, ni sobre el hecho de que muchos cadetes inteligentes fallan, por entrar con tendencias psicopáticas, en la Escuela de Guerra. No se trata solamente del ahorro de esfuerzo, de hombres, dinero y máquinas, sino que en guerra cuenta, también, el tiempo. Cuando un hombre deja un centro de entrenamiento, por fracasar tras varias semanas de aprendizaje, nadie puede saber cuánto cuesta tal fracaso, evaluado en sangre, en los campos de batalla.

Organización general de los servicios de Psiquiatría y de Higiene Mental en el ejército español republicano

De un modo general, podemos dividir la guerra española en tres períodos. El primero, extendido de su comienzo (el 18 de julio de 1936) hasta el rechazo de las tropas franquistas, en los suburbios de Madrid, el 7 de noviembre del propio año. El segundo, comprendido desde

esa fecha hasta la gran ofensiva rebelde, en marzo de 1938. El tercero y último, desde entonces hasta el fin de la guerra, en marzo de 1939. Durante el primero no hubo una definida organización militar en el campo republicano; los hombres iban y venían del frente por su propia voluntad, se llamaban "milicianos" y no se hallaban encuadrados en unidades regulares. De aquí que no existiesen estadísticas, servicios psiquiátricos ni datos fidedignos acerca de estos problemas, aun cuando me atrevo a asegurar que, debido a la ausencia de una real lucha en la línea de fuego, la cifra de perturbaciones mentales ocurrida debió ser bien pequeña.

En el segundo período se introdujo la conscripción obligatoria y se creó el Ejército Republicano. Este mejoró tan rápidamente que, en marzo de 1937, pudo derrotar a selectas tropas enemigas, en Guadalajara; en julio del mismo año ganó las batallas de Brunete y Belchite, y, en diciembre, conquistó Teruel. Los servicios psiquiátricos en este período se organizaron espontáneamente por especialistas radicados en los diversos sectores, pero no estaban coordinados con el resto de los servicios médicos ni tampoco se centralizaron o integraron con un criterio orgánico.

En febrero de 1938, cuando fui llamado a organizar y controlar tales servicios, la lucha se hallaba en su apogeo. Las bajas del ejército republicano en 1937 habían alcanzado a 49.000 muertos y más de 200.000 heridos; cifras muy altas, si se tiene en cuenta que el total de hombres alistados bajo banderas no alcanzaba a 800.000. (El número de prisioneros y desaparecidos era, en realidad, muy pequeño, pero no poseo datos exactos).

Algunos cuerpos de ejército habían preparado estadísticas referentes a la incidencia de las neurosis de guerra y un examen atento de las mismas destacó los hechos siguientes:

- a) El porcentaje de hombres temporalmente dados de baja por neurosis de guerra no excedía de 1,5 %. Pero existían diferencias considerables en sus personalidades y en su posición en el Ejército. Por ejemplo, los soldados norteños eran más resistentes a la reacción neurótica, pero cuando la exhibían eran más difíciles de curar.
- b) El número de neurosis observadas en las tropas de primera línea era levemente inferior al observado entre las de segunda línea y retaguardia. Esto podía explicarse porque aquéllas (el llamado Ejército de maniobras) tenían mejor moral combativa, puesto que estaban bien informadas de la situación política, fines de lucha, etc., y constituían, en realidad, una selección dentro del Ejército.
- c) Los estados de ansiedad eran raros y casi siempre se terminaban por convulsiones, antes de llegar a los servicios psiquiátricos.
- d) La forma más común de alteración neurótica observada era la de histeria de conversión, caracterizada por síntomas paréticos, espásticos y disrítmicos.

Además de tales datos recibí una valiosa información del Dr. Bermann, psiquiatra argentino que estuvo trabajando en una unidad del frente de Madrid; su experiencia relativa a las dificultades de coordinación de los servicios psiquiátricos con los restantes organismos sanitarios me evitó muchos tropiezos. Con todo esto en la cabeza, fue creada definitivamente la Jefatura de servicios psiquiátricos y de higiene mental del ejército republicano español, en abril de 1938. Un personal selecto, de 32 psiquiatras bien entrenados, fue destinado y distribuido en los 5 frentes (del Centro, Extremadura, Sur, Levante y Este). En cada una de esas zonas de combate se organizó una unidad psiquiátrica, compuesta en primer término por un hospital psiquiátrico, instalado en la retaguardia de ejército, a más de 100 millas de la línea de fuego. Este hospital tenía una cama por cada mil soldados en servicio. En segundo lugar, la unidad contaba con un pequeño número (de uno a cuatro) de los llamados "centros psiquiátricos de pre-frente", o sean, servicios móviles, de emergencia, localizados en las estaciones de evacuación de cada cuerpo de ejército, anexos a hospitales de campaña y a unas 20 millas (a veces, menos) de la línea de fuego. La proximidad de tales servicios y los hospitales de campaña aseguraba su colaboración con el restante personal médico. En conjunto se organizaron así cinco hospitales psiquiátricos y catorce centros de pre-frente, en julio de 1938.

El psiquiatra director de tales servicios era, al propio tiempo, responsable de los servicios de psiquiatría y de higiene mental en toda su zona militar. Las citadas clínicas-hospitales tenían que atender todos los casos mentales procedentes de los centros de pre-frente, así como los derivados de los servicios y tropas auxiliares, instalados en la retaguardia de ejército; además les correspondía observar, diagnosticar y dictaminar las reales o supuestas alteraciones psíquicas, alegadas por el recluta o descubiertas por los médicos, no especialistas, del centro de reclutamiento. Finalmente, también debían tales hospitales llevar a cabo la preparación técnica de los oficiales seleccionados para realizar la campaña de higiene mental en las diversas unidades militares de la zona, con el fin de mantener el empuje combativo en su más alto nivel posible.

Hemos de señalar ahora un hecho importante: todos los elementos militares de la retaguardia de Ejército (situada entre la zona de combate y la retaguardia civil) no eran directamente evacuados - en caso de alteración mental - hacia el citado hospital sino *dirigidos hacia delante, o sea, hacia los centros de pre-frente correspondientes*. La sorpresa que tenían al ver que su alteración no los libraba sino que los acercaba al peligro era, muchas veces, suficiente para lograr una súbita mejoría; cuando menos bastaba para evitar la exageración o la creación de síntomas. De otra parte, tales sujetos no podían ser dejados en retaguardia militar, toda vez que esta zona acostumbra a ser más sensible al contagio de rumores y factores desmoralizantes que la propia zona de combate. En realidad, la retaguardia de Ejército es el puente entre la vida militar y la civil; por ello conviene conservarlo lo más limpio posible de factores y elementos deprimentes, ya que cualquier causa de desmoralización se difunde allí en ambas opuestas y esenciales direcciones.

Respecto a los centros psiquiátricos del frente diremos que recibían .directamente las denominadas "bajas blancas" (sin trauma ni infección) de la línea de combate. Estos casos eran observados y tratados, por término medio, unos diez días y según cuál fuese el dictamen eran retornados al frente o transferidos al Hospital Psiquiátrico. Cuando se trataba de alteraciones psicósomáticas complejas (traumas craneales con síntomas mentales, confusiones conmocionales graves, psicosis infecciosas, etc.) la evacuación o el aislamiento en el hospital de evacuación se imponían, en tanto que los casos de tipo psicógeno no eran encamados y recibían un tratamiento enérgico - principalmente sugestivo - siendo rápidamente transferidos a los llamados Centros de Recuperación y Adiestramiento, en donde se les sometía a ejercicios gimnásticos y kinéticos, bajo intensa disciplina. En cuanto a los casos de agotamiento nervioso, en los que los síntomas neurovegetativos y el mal estado físico eran evidentes, se los transfería, por un periodo aproximado de tres semanas, a una casa de reposo, sanatorio u hogar bajo la vigilancia de la clínica psiquiátrica; su localización preferible era a mitad de camino entre esta Clínica y el frente.

Incidencia de las psicosis endógenas en el ejército republicano español.

Ya es sabido que las estadísticas de la incidencia de psicosis endógenas observadas por los psiquiatras militares en los diversos ejércitos no ha señalado aumento respecto a las cifras que de ellas se presentan, en tiempo de paz, en la población civil. Esto es cierto para la demencia precoz y las psicosis maníacodepresivas, mas ha de recordarse que ambas son motivo de exclusión del servicio militar, de suerte que su presentación en las tropas ha de ser explicada o por una tardía manifestación de la predisposición heredada (Anlage) o por el influjo, precipitante, de la vida militar sobre aquélla.

Observaciones especiales en la epilepsia.

Respecto a la epilepsia, y en especial a los estados crepusculares y equivalentes, he observada un definido aumento en tiempos bélicos, no sólo entre los militares sino también en los civiles. En mi clínica universitaria los casos de psicosis epilépticas no ocupaban más del 3 % de las camas, mientras que en la Clínica de Psiquiatría Militar de Vilaboi llegaban al 7 %, en noviembre de 1938. Lo probable es que la forma de reacción epiléptica, más o menos implícita en todos nosotros, se reactivase por la fatiga, el exceso de bebida, la falta de sueño y, quizás, una temporal insuficiencia suprarrenal (debida al exceso de descargas emocionales)

especialmente, si como sucedía en nuestro Ejército, las tropas no tenían ni la comida ni el reposo necesarios.

Personalidades y reacciones psicopáticas.

Los nuevos moldes existenciales y reaccionales impuestos por las condiciones de la vida en tiempos de guerra (aislamiento de la familia, privación del ambiente habitual, cambio de comida y ocupación, aumento del peligro vital, etc.) pueden alterar las disposiciones psicopáticas, unas veces para bien y otras para mal. En efecto, he visto casos en los que personalidades esquizoideas, por ejemplo, se comportaron espléndidamente en condiciones difíciles, mientras que sujetos aparentemente normales se hundían en estados depresivos, estuporosos o de desesperación. Creo que no es posible hacer afirmaciones generales acerca de este punto, ya que se pueden observar todas las variedades de reacción y cambios imaginables. No obstante, en general, me parece que cuando la vida de guerra no es demasiado dura más bien tiende a favorecer que a perjudicar las personalidades psicopáticas, puesto que les proporciona fuentes de estimulación que les hacen olvidar sus propios conflictos y les abren nuevas rutas, a la vez que las aproximan al estado de ánimo del resto de la población. De otra parte, es obvio que este resto se halle un tanto alterado ("psicopatizado" sería el término exacto) por la anormalidad de la situación y, por ende, el contraste es menor.

En términos generales predominaron tres formas de reacción psicopática en la guerra española. La primera era la explosiva o agitada y agresiva, que ya había sido descrita por los psiquiatras franceses durante la guerra del 14 al 18: el sujeto trata de reprimir sus sentimientos de miedo y disgusto y se torna cada vez más preocupado, introvertido y tenso; aumenta su disforia, hasta que bruscamente sobreviene la descarga en una crisis histeriforme o en una agresión motriz o verbal, sobrevenida con el más nimio pretexto. A veces la crisis es seguida de amnesia y depresión, pero otras veces se transmuta, lentamente, en estado de desconfianza y negativismo. Naturalmente; en estas circunstancias el sujeto acostumbra violar las reglas militares más severas y a ser castigable con pena de muerte, si no se prueba que actuó en condiciones patológicas, de irresponsabilidad. Sus antecedentes no siempre aclaran el caso: a veces señalan una predisposición epileptoide o neurótica, pero en otras ocasiones la tara psicopática es leve y diversa o, inclusive, no existe. Entonces es prudente internarlo y hacerlo invisible durante un tiempo, para evitar el Consejo de Guerra sumarísimo, cuyas decisiones son inapelables, inmediatas e irreparables.

Una segunda forma de reacción psicopática -quizás la más frecuente y difícil de tratar- es la ebriedad. El sujeto sentía la necesidad de "alegrarse" cada vez con mayor intensidad y frecuencia, hasta hacerse incapaz de cumplir sus deberes militares, o tener que llenarlos con una botella cerca. El único medio de detener la difusión de ese vicio habría sido decretar la prohibición de ingerir bebidas alcohólicas durante el servicio bajo banderas; pero esto hubiese conducido a protestas y violaciones, porque el hábito de la bebida se hallaba, ya, demasiado arraigado en el promedio y quizás sus víctimas hubiesen recurrido a un sustituto peor.

Por ello las instrucciones que di fueron las de poner un signo especial en la tarjeta de identificación de todos los movilizados que hubiesen sido sorprendidos en estado de ebriedad -tanto si habían cometido actos punibles o no-. Tales hombres habían de ser cuidadosamente vigilados por sus jefes y el médico del regimiento. Este empezaba la psicoterapia tratando de averiguar el móvil del vicio: ¿miedo?, ¿depresión?, ¿aburrimiento?, ¿falta de satisfacción sexual?, ¿penas?, ¿remordimiento?, ¿necesidad de olvido? Se comprobó que una mayoría de tales sujetos se sentía desprovista de ánimo y fuerzas tan pronto dejaban de beber lo que ellos juzgaban su remedio; por tanto no era cuestión de castigarlos sino de ayudarlos a restablecer su normalidad. Para ello recomendé, con bastante éxito, el uso regular de una solución de licor amoniacal anisado al 5 %. De otra parte, se dio orden de separar y disgregar los pequeños grupos o "pandillas" de borrachos y a cada uno de sus integrantes les fue adscrito, como vecino o camarada, un compañero especialmente seleccionado por el médico, pero dado como por casualidad.

Pero todas estas medidas resultaron insuficientes y por ello me puse en contacto con la Sección de Propaganda e Información, para empezar una campaña científica, con el fin de

mostrar objetivamente los perniciosos efectos del alcohol en las mentes débiles y frustradas. Un film especial iba a ser proyectado, ilustrando los diversos períodos de la intoxicación y sus correspondientes lesiones en el hígado, vasos y encéfalo. Tenía mucha confianza en la eficacia de este tipo de información, pero la guerra terminó antes de que pudiese saber si mi optimismo era justificado.

Hace pocos años he desarrollado una técnica exploratoria, sencilla, de las tensiones psicomotrices y por ella he confirmado que una mayoría de alcoholistas tiene una predisposición constitucional a la depresión y por ello busca instintivamente los excitantes, del propio modo como los angustiados caen en el abuso de sedantes y narcóticos. Tales casos mejoran rápidamente con una orientación profesional conveniente, un plan de vida adecuado a sus peculiaridades, una cierta cantidad de benzedrina, extracto hepático y una dieta rica en vitaminas.

La tercer forma de reacción psicopática, observada en nuestras clínicas psiquiátricas fue la del resentimiento. Debido a la rapidez de improvisación y organización del Ejército republicano, la distribución de los diversos grados no fue siempre ajustada y más bien resultó una cuestión de suerte el que se consiguiese uno u otro. De donde, había militares muy capaces e inteligentes que eran mandados por otros, claramente inferiores desde el punto de vista mental. Y lo que, aun, fue peor: algunos de los oficiales del antiguo ejército, que permanecieron fieles a la República, se encontraban bajo las órdenes de jefes más populares, pero improvisados; la razón era que estos últimos no podían ser sospechosos de deslealtad y, aquéllos sí; más de una vez uno de tales oficiales se pasó, tardíamente, al enemigo dándole valiosos datos (cual ocurrió en el sitio de Bilbao, en el que la víspera del ataque atravesó la línea republicana nuestro jefe de fortificaciones, llevándose todos los gráficos de su famoso "cinturón de acero"). Cada vez que una de estas deserciones ocurría, aumentaba la ola de desconfianza hacia los profesionales que seguían siendo fieles a la República y por ello nada tiene de extraño que algunos de éstos, a su vez, reaccionasen anormalmente. Me atrevería a decir que no hay situación más tensa, más propicia al conflicto mental ni más "psicotóxica" que la de aquel que vive apartado de su grupo social (religioso, económico, profesional) y en contacto con sus enemigos teóricos. Tal situación sólo es comparable con la de los denominados "enemy aliens" (extranjeros enemigos) que, siendo antifascistas, viven en países aliados, deseando la oportunidad de luchar contra el Eje, pero viéndose a diario defraudados y vigilados por su procedencia.

Esta reacción de resentimiento se combina frecuentemente con la de interpretación (psicógena) delirante y es la causa del progresivo enquistamiento y ensimismamiento individual, de modo que el sujeto vive en pero no con su grupo militar. A veces reacciona con un comentario amargo o explota, sin motivo, en un chiste sarcástico, tanto más peligroso cuanto que han sido cuidadosamente meditados y preparados. Afortunadamente, antes de alcanzar tal virulencia es posible ayudar al sujeto, por denotar éste los signos preparatorios de desajuste psicopático. En efecto, el odio reprimido actúa aumentando la tensión de su agresividad y el sujeto agota parte de su energía cortical en retenerla ("aguantarse"); por ello, si se le explora con nuestra técnica, miokinética (P.M.K.) -véase el Apéndice - se notará que su líneograma horizontal derecho se desvía negativamente (hacia adentro, o sea, a la izquierda) en tanto el sagital del propio lado avanza hacia afuera (adelante) y, con frecuencia, se nota, asimismo, una depresión vertical derecha, lo que indica que el examinado está preocupado, introvertido, agresivo y deprimido, simultáneamente. Cuando tales desviaciones ultrapasan un cierto límite (el correspondiente al valor de las cargas afectivas que permite neutralizar la resistencia individual) pueden aparecer síntomas psicóticos (generalmente de tipo persecutorio).

Si se empeora la situación es posible, inclusive, que estalle una reacción aguda, de tipo esquizofrénico, la que se reconocerá, entonces, en el P.M.K. por la desviación axial de los líneogramas horizontales y sagitales y la presencia de reversiones en el zigzag. Si está prueba no puede efectuarse podemos, también, inferir la situación tensional del sujeto con la prueba de Schilder: se le hacen levantar ambos brazos, hasta la horizontal, manteniéndolos inmóviles, con los ojos cerrados. Se nota si tienden a desviarse levemente hacia afuera -que es lo normal - o a cerrarse (hacia adentro) en cuyo caso es prueba de que hay sobrecarga neurótica (con predominio de los fascículos abductores).

Las personas resentidas no sólo llevan una existencia desgraciada sino que se tornan peligrosas para su ambiente y para la causa que han de servir. Por ello el psiquiatra ha de vigilarlas de cerca y tratarlas, por muy elevado que sea su rango militar. De lo contrario pueden ocasionar serios reveses aun involuntariamente, y luego explicarlos con cualquier racionalización (superioridad abrumadora del enemigo, etc.).

Reacciones de automutilación.

Durante la guerra española el código militar disponía que todo soldado que se automutilase con propósito de eludir sus obligaciones militares sería juzgado como desertor y condenado a muerte, a menos que se probase que actuó en período de insania.

Al enrolar algunos miembros de la quinta columna nos enfrentamos con este problema y lo tratamos con un criterio psicoterápico. El sentido común nos decía, en efecto, que no es posible juzgar con igual severidad al sujeto que se autocastiga previamente (baleándose sin saber con certeza la gravedad de la lesión que se autoinflige) que al simple y vulgar desertor o confidente del enemigo. Por eso luchamos para conseguir una prolongada observación psiquiátrica de tales casos y pronto nos dimos cuenta que entre ellos existían no pocos sujetos susceptibles de cambiar su actitud y devenir excelentes luchadores en nuestro campo. Los que confesaban su real intención al automutilarse y recibían el beneficio de la sentencia condicional adquirían un "compromiso de caballeros" y se sentían obligados a merecer ese beneficio, si el psicoterapeuta destruía la base de sus iniciales creencias.

Naturalmente, habría sido insensato no vigilar y controlar a tales automutiladores durante un largo período y por ello, terminada la exploración y la psicoterapia seguían siendo considerados como semipacientes y semisanos, trabajando bajo el directo control del psiquiatra, hasta que éste transfería su vigilancia al comisario político. Personalmente traté 14 de estos casos; 11 se hicieron excelentes soldados, otro era un verdadero enemigo; los 2 restantes terminaron con un brote. esquizofrénico.

Personalmente creo que la sincera confesión de su culpabilidad, sin rodeos, es señal de una sinceridad que permite mejor pronóstico que la ocultación y defensa de su acto (sosteniendo que la lesión fue casual o inferida ajenamente). En realidad hay cuatro tipos de esos casos: a) aquellos a quienes asusta tanto la batalla que prefieren matarse que ser muertos; b) los que desean tan sólo unas vacaciones temporales en retaguardia y se aprestan a pagar con sangre su precio; c) los que desean tener una oportunidad de quedarse en la tierra de nadie para pasarse, después, al enemigo (y para ello rechazan ser curados de primera intención, pretextando estoicismo) ; d) los que se automutilan como primera evidencia de un desequilibrio mental. Los mayores mentirosos se hallan, claro es, en el segundo y el tercer grupo; los del tercero son, en realidad, más tributarios del campo de concentración que del intento de reajuste psicoterápico.

CAPITULO VI

TRASTORNOS ESPECIALES

Las reacciones psiconeuróticas.

Entendemos por psiconeurosis un agregado mórbido de alteraciones funcionales psíquicas y somáticas, que causan al sujeto un intenso sufrimiento íntimo; que son psicológicamente comprensibles, aun cuando no son siempre puramente psicógenas; y que tienden a persistir y agravarse, si no son tratadas convenientemente. Ni el juicio ni el raciocinio se hallan afectados, ni tampoco la percepción, pero hay una disminución de los intereses objetivos y del rendimiento social del paciente. Tales alteraciones pueden ser curadas solamente por psicoterapia, aun cuando la fisioterapia es capaz de aliviarlas o de anular algunos de sus síntomas.

Como vemos, los rasgos principales de un estado psiconeurótico son: la gran intensidad del sufrimiento subjetivo, la tendencia a la cronicidad, el mantenimiento del contacto y el beneficio aportado por la psicoterapia. En condiciones de paz casi todos los psiconeuróticos manifiestan una inestabilidad emocional y rasgos psicopáticos, con antecedentes de introversión, precocidad, angustia y brillantez imaginativas, en su infancia. Comúnmente pertenecen al tipo ectomorfo y cerebrotónico de Sheldon-Stevens.

Las reacciones psicopáticas.

Las reacciones psicopáticas han de ser consideradas como breves períodos de existencia psicopática, durante los que el paciente pierde casi por completo su autodominio y se comporta como si estuviese loco. Tales explosiones son desencadenadas súbitamente por motivos externos y aun si no son propiamente tratadas, tienden a desaparecer, pero presentan tendencia a reproducirse periódicamente. El paciente mismo no entiende por qué se comporta así y se excusa diciendo que "estaba fuera de sí" en aquel momento, aunque hablando científicamente nunca ha estado tan dentro de sí - o sea tan de acuerdo con su modo de ser - como cuando exhibe esa forma de reacción, que se halla profundamente insertada en su constitución.

Las órganoneurosis.

Reconozco que el término "órganoneurosis" se presta a confusión, pero creo ha de ser conservado para designar algunos síndromes psicósomáticos, en los que los síntomas se localizan casi por completo en el área visceral de la imagen o esquema corporal, siendo objetivamente referibles a un órgano determinado, que sirve, así, de puente de conversión y expresión para todos los conflictos mentales y tendencias reprimidas del enfermo. Este órgano es, frecuentemente, considerado como un "locus minoris resistentiae" y, por ello, propende a absorber y enfocar la atención del sujeto sobre él. A su través, las fuentes de alteración psicósomáticas hallan un lugar común para imbricarse, de tal suerte que la normalidad sólo puede ser restablecida por la integración de los tratamientos psíquico y somático.

No hay duda que en la guerra las órganoneurosis adquieren un tinte especial: se acortan en su evolución y se simplifican en su estructura. Mientras que en tiempos de paz mantenemos la distinción entre histeria, neurastenia, neurosis compulsiva (psicastenia) y neurosis de angustia, el núcleo de las neurosis de guerra se encuentra constituido por la histeria de conversión, a la que pueden añadirse muchos síntomas raros, de aspecto físico o mental.

Por ello, en lugar de preocuparse acerca de la designación correcta, el psiquiatra debe tratar de comprender las peculiaridades de la personalidad del paciente, para seleccionar el método de tratamiento más adecuado. Este depende mucho menos de la apariencia de la llamada "fachada sintomática" que de los propósitos y fines, del nivel cultural y de los rasgos constitucionales, psicósomáticos del paciente. No obstante, para hacer nuestro trabajo

fácilmente asequible a los médicos generales, seguiré una descripción de los principales trastornos psiconeuróticos observados en la clínica psiquiátrica de guerra, ateniéndome a la manifestación externa de los mismos.

Alteraciones psicomotrices.

Temblores: son, generalmente, de origen emocional y consisten en movimientos involuntarios, oscilatorios y rítmicos, de gran rapidez y escasa extensión, casi siempre perceptibles en las partes dístales de los miembros. Muller señaló que en las personas diestras este tipo de temblor es siempre más evidente en el lado derecho que en el izquierdo y aparece solamente en ese lado en el 80 % de los casos.

Cuando estos temblores se presentan, el diagnóstico diferencial ha de establecerse entre la esclerosis múltiple, el alcoholismo crónico y la simulación, principalmente. La primera posibilidad no ha de ser olvidada, porque dicha enfermedad se evidencia, a veces, tras un trauma emocional. La ausencia de reflejos abdominales, el nistagmus, la palabra escandida, y otros signos neurológicos y de laboratorio permitirán decidir el diagnóstico, en ausencia de antecedentes clínicos. La comprobación de signos de alcoholismo crónico y la lentitud del temblor, que no cambia por ejecución de movimientos intencionales, resolverán la segunda duda diagnóstica. En cuanto a la simulación, es aconsejable: a) observar al sujeto cuando se cree estar solo y no ser visto (a ser posible debería disponerse de un cuarto con visión unilateral) ; b) cambiar súbitamente al paciente la postura de sus extremidades temblantes - si hay simulación se notará siempre un cambio del ritmo y el estilo del temblor; c) tener al paciente durante observación directa más de treinta minutos (para provocar en él la fatiga, si los movimientos son voluntarios).

Tics: los tics son movimientos que se tornan independientes del control consciente, aun cuando el sujeto no deja de darse alguna cuenta de ellos. Casi siempre tienen - o tuvieron - una motivación inteligible, o sea, que fueron inicialmente intencionales, pero su seguida repetición los automatizó e hizo parásitos. Para que merezcan el calificativo de tics ha de ser repetidos muy frecuentemente y de un modo compulsivo, es decir, independiente y aun opuesto a la voluntad del paciente.

Naturalmente los tics pueden ser más fácilmente simulados que los temblores y por ello hay que mostrarse sumamente cauto ante su existencia como síntoma aislado. El diagnóstico diferencial con los movimientos coreicos habrá de establecerse sobre todo si el paciente ha sufrido recientemente de anginas, reumatismo, etc. Los recursos a) y b) del párrafo anterior, son también recomendables aquí. Además, puede invitarse al paciente a realizar una serie de movimientos distinta de la que constituye el tic y repetirla regularmente; como quiera que el tic genuino es automático y no interfiere con la voluntad del sujeto, éste podrá seguir realizando el movimiento ordenado aun cuando aquél coincida con éste, pero será incapaz de realizar ambos tipos de movimiento simultáneamente, si es un simulador.

Espasmos y contracturas. - Los espasmos y contracturas de los músculos, lisos o estriados, son de observación más rara que los precedentes síntomas, en las neurosis de guerra. Quienes los sufren pertenecen casi siempre a la variedad "excitable", casi siempre unida a hipocalcemia. Ha de realizarse un cuidadoso examen para eliminar un posible origen orgánico. La existencia de una lesión traumática o inflamatoria puede ser obvia, si existe herida, o descubrirse mediante la palpación o la radioscopia. La existencia de dolor y de fiebre han de hacernos sospechar el origen orgánico, inflamatorio, de tales espasmos; en tal caso su terapia depende de la desaparición de este factor.

Si todo ello falta, podemos concluir que se trata de un síntoma de tipo histérico o funcional, si ha aparecido bruscamente y corresponde su distribución al tipo cortical (psíquico) y no al neurológico (periférico o radicular) ; la sospecha se hará más intensa si el sujeto trata (aun de un modo subconsciente) de obtener un beneficio con el síntoma. Si éste radica en los miembros habrá que hacer su diferenciación etiológica con causas articulares, musculares y neuríticas, pero ello será más sencillo que cuando el espasmo es interno (visceral), ya que entonces la exploración no puede ser tan directa. Conviene recordar, a este respecto, que la

forma habitual del espasmo o contractura orgánica, asociada a radiculitis o funiculitis, afecta solamente a los músculos inervados por las raíces inflamadas.

Paresias y parálisis. - La debilidad o falta de contractilidad de un músculo aislado, casi nunca se observa. En cambio, en tiempos de guerra, se presentan a menudo paresias y parálisis (histéricas) que afectan a todos los músculos que intervienen en la ejecución de ciertos movimientos esenciales para el cumplimiento de la obligación militar - cualquiera que fuese su inervación. De esta suerte el sujeto halla un medio de librarse de su deber profesional; en tales casos la excitabilidad eléctrica está conservada, aun cuando, a veces, hay alteración de las reacciones reflejas. De donde el electrodiagnóstico es suficiente para salir de dudas, si las hay.

Cuando la parálisis es unilateral se observa la desaparición de los reflejos sincinéticos y sinérgicos, que en cambio se conservan en la hemiplejía de tipo orgánico. De otra parte, la flacidez de los músculos implicados en la paresia o parálisis histérica es siempre mucho menor que la observada en los casos de origen orgánico. La diferenciación, pues, de las paresias y parálisis de uno y otro tipo es factible, aun sin esperar a ver que el supuesto miembro parético se mueve, cuando el sujeto deja de acordarse que lo tiene paralizado; por lo demás, conviene recordar que las paresias histéricas son dos veces más frecuentes en el lado izquierdo que en el derecho.

Convulsiones. - La convulsión epiléptica es distinguible por sus fases tónicas y clónicas, la completa pérdida de conocimiento, la ausencia del reflejo corneal, la cianosis y la eventual producción de lesiones traumáticas. Estas derivan de la violencia del ataque de contracciones e incluyen la mordedura de la lengua y la dislocación del maxilar o del hombro; por lo demás, las mioclonias epilépticas, se muestran independientes de los estímulos externos (presencia o ausencia de observadores y ayuda) y terminan al cabo de 2 ó 3 minutos. En cambio los ataques o crisis histéricas duran más y varían según cuáles sean los estímulos ambientales. Los movimientos son mucho más irregulares, un tanto teatrales y casi siempre "expresan" algo (erotismo, rabia, miedo, etc.) .

Una compresión testicular súbita, en los varones, o de los pezones, en la mujer, da lugar a un reflejo de defensa y puede, inclusive, detener el ataque histérico, en tanto no ejerce la menor influencia en el curso de la crisis epiléptica. El mejor medio de hacer el diagnóstico consiste, no obstante, en recurrir a la inyección de metrazol (cardiazol, pentametiltetrazol): estando el paciente en cama, en ayunas y sin haber tomado sedantes ni alcohol en las últimas 48 horas, se le administra una inyección endovenosa de dicha droga, en dosis de 0,40 grs. por cada 65 kgs. de peso. Si las convulsiones eran de tipo epiléptico, la inyección provocará una crisis de gran mal comicial, antes de 3 ó 4 minutos. Para ensayar este recurso conviene asegurarse previamente que el corazón o los pulmones no estén lesionados.

Estupor. - Los pacientes de este síntoma parecen "estupefactos", o sea, que se muestran inactivos e inmóviles, aun cuando conservan una cierta comprensión de su ambiente. Pueden permanecer inmóviles durante horas, días o semanas. Siempre es posible movilizarlos si se les empuja; otras veces, cuando se les ordena con energía, llegan a fijar su mirada en la del médico y, en los casos leves, son capaces de obedecer órdenes sencillas, si se les ayuda a empezar los movimientos, pero se detienen y permanecen impávidos, tan pronto como se les priva de esa ayuda. Este peculiar estado es típico del llamado síndrome catatónico y en la guerra se presenta frecuentemente después de bombardeos aéreos intensos o explosiones de minas, etc. Se explica por la inhibición del área cortical motriz, o de los centros de enlace (relay) subcorticales y mesencefálicos, que actúan, por así decirlo, a modo de filtro que apenas si deja, entonces, seguir su curso descendente a los impulsos que proceden de la zona rolándica. La diferencia entre el estupor y los estados de confusión radica en el hecho de que mientras en aquél hay siempre un cierto grado de actividad mental implícita, la motricidad se halla en cambio casi o del todo abolida; en la confusión el trastorno se observa, principalmente en los planos perceptivo e intelectual, y puede o no afectar, secundariamente, el plano motor. Consiguientemente, el paciente confuso está siempre desorientado, pero puede hallarse en estado de agitación y moverse desordenadamente, en tanto el estuporoso nunca se agita y puede, en cambio, estar orientado. Por ello incluimos al estupor entre los síndromes psicomotores y a la confusión en el acápite de los trastornos psicointelectuales.

Agitación. - En cierto modo podemos considerar a este síntoma como inverso del anterior, porque los pacientes que lo sufren tienen un exceso de movimientos y exhiben una desbordante iniciativa en el aspecto kinético de su conducta. Para diferenciar las posibles fuentes de la agitación deben analizarse los motivos, propósitos, naturaleza y resultados de las acciones realizadas por el agitado. Entonces se puede ver si la agitación deriva de un estado de elación, de delirio o de ansiedad, o simplemente, evidencia una falta de inhibición cortical, con aumento de excitabilidad de los centros mesencefálicos, que originan series de movimientos automáticos e inadecuados. En los estados de elación existe una sobreactividad de todas las funciones mentales, pero la conducta del sujeto es integrada y en clara correspondencia con el contenido de sus pensamientos y deseos; los movimientos corresponden al propósito y éste, a su vez, se adapta al deseo. El individuo está orientado y su ánimo oscila entre la alegría y la cólera.

En los estados de delirio los movimientos se adaptan al contenido de las ideas delirantes dominantes; pueden ser de tipo ocupacional, defensivo o agresivo, pero siempre hay un cierto grado de confusión que permite diagnosticarlos.

En cuanto a los estados de ansiedad, que pueden ser acompañados o no de alteraciones del conocimiento, el ánimo de los pacientes es característico y explica su continua inquietud cinética. Oscila entre el miedo y la desesperación, entre la indecisión y el pánico, siempre revelables en la expresión facial, de gran sufrimiento. Cuando la agitación parece desprovista de su correlación psicológica y los movimientos son puramente automáticos, hay que pensar en la posible existencia de una afección cerebral orgánica. Un cuidadoso examen neurológico puede revelar entonces una meningitis o una meningoencefalitis-traumáticas, tóxicas o infecciosas. En todos los casos de agitación debería realizarse una punción lumbar, tanto con propósitos de diagnóstico como de tratamiento, ya que en la inmensa mayoría de los casos la presión intracraneal se encuentra aumentada.

Elación. - Un cierto grado de elación se halla muy frecuentemente en quienes viven en una atmósfera de guerra. El estado de elación corresponde a la excitación encefálica, que produce la sobreactividad de todas las funciones mentales y se manifiesta en un aumento de la amplitud, rapidez e intensidad de las reacciones generales individuales. La agitación puede ser una de sus secuelas y el aumento de agresividad uno de sus peligros, cuando la elación se hace muy intensa. El paciente se considera omnisciente y omnipotente; nadie puede detenerlo si cree que tiene razón, y siempre lo cree. Por ello se hace dominante y prepotente, queriendo dirigir todo cuanto ocurre a su alrededor.

Si tales rasgos existen en forma leve pueden resultar útiles, especialmente en jefes, pero por lo general son sumamente peligrosos apenas se exageran. Todos los individuos alborotados por la elación han de ser rápidamente aislados y desprovistos de autoridad, tan pronto como con la técnica de nuestro P.M.K. se demuestre que han perdido su autocontrol (V. el Apéndice). Estos pacientes, en efecto, sólo consiguen dominarse por cortos intervalos y por ello pueden parecer normales en una conversación breve. De aquí que el mejor modo de ver su estado, consista en contraopinarlos y prolongar la conversación sobre tópicos que les resulten desagradables, cuando no sea factible hacerles el "test" antes mencionado.

Desórdenes del habla. - Las alteraciones del habla pueden ser la expresión de alteraciones del pensamiento o ser debidas a una perturbación del aspecto semántico o articulatorio de la función verbal, propiamente dicha. Si esta función está indemne pero el sujeto no la usa porque no quiere o no sabe coordinarla, decimos que sufre de mutismo. Cuando la fuente de tal mutismo se halla en la parálisis del mecanismo vocal tenemos la afonía: el sujeto carece entonces de voz.

Casos de mutismo súbito, ulterior a emociones intensas, se observan a menudo en la guerra; su pronóstico es bueno. Las alteraciones de la elocución en las que el sujeto todavía es inteligible, incluyen la tartamudez y la "disartria". En la primera, el paciente se muestra perturbado al pronunciar palabras que empiezan por consonante y ha de repetir varias veces la primera sílaba, hasta que domina el espasmo que le impide terminar su expresión. En la segunda hay una falla en la emisión vocal de ciertas letras, especialmente la "r", y si el paciente

es invitado a pronunciar palabras que la contengan varias veces, su habla se torna casi ininteligible. Algunas alteraciones especiales del lenguaje están relacionadas con peculiares enfermedades del sistema nervioso central y adquieren alto valor para su diagnóstico clínico, tal sucede con el habla monótona y escandida, lenta, en la esclerosis múltiple y la disartria en la parálisis general.

Tratamiento de las alteraciones psicomotrices

Todas las perturbaciones psicomotrices pueden ser consideradas como el resultado de una alteración en los diversos niveles del sistema nervioso central. Tal alteración puede derivar de una disminución, de un aumento o de una desintegración de los impulsos nerviosos que afecten a zonas locales o generales. Cualquiera que sea la causa, el efecto es, siempre, la alteración o la pérdida de la unidad funcional psicomotriz y el perjuicio del equilibrio reaccional. Desde un punto de vista práctico, el tratamiento de todos los síntomas psicomotores consiste en asegurar la restauración de la fluencia motriz, mediante influjos psicoterápicos, asociados al uso de recursos fisicoquímicos. El conflicto entre ondas de excitación y de inhibición puede ser indistintamente causa o efecto de casi todas estas alteraciones, y engendrar secundariamente el denominado estado de agotamiento nervioso. De aquí que la primera medida terapéutica consista en aislar al paciente y darle suficiente reposo, comida y tranquilidad, con el fin de que pueda reparar sus energías psíquicas. Este tratamiento no debe continuarse demasiado tiempo, porque el sujeto puede "ablandarse" y aprovecharlo para eludir los rigores de la vida militar. Por ello, para acelerar su readaptación, es conveniente imponerle algunos ejercicios rítmicos que sirvan para disminuir sus inhibiciones y restablecer el tono de excitación normal. El psicoterapeuta ha de comunicar al paciente la creencia o fe en el absoluto y rápido éxito del tratamiento emprendido. Esta fe se aumentará por los testimonios de los pacientes que ya convalecen. El efecto tónico de una buena atmósfera psicoterápica de la clínica, en general, es aún más importante, que la técnica de terapia que se emplee en un caso dado. Veamos ahora, brevemente, cómo pueden tratarse los trastornos más comunes.

Temblores. - Hay que proceder al entrenamiento del sujeto en la ejecución de movimientos complejos, que requieren la disociación cinésica de ambas mitades corporales. Tales movimientos se harán al principio de un modo pasivo bajo la presión y ayuda del psicoterapeuta, y luego irán seguidos por el esfuerzo voluntario del paciente para repetirlos con cierta rapidez. Finalmente, se harán superando la resistencia que les opondrá - físicamente - el psicoterapeuta, el cual aprovechará este momento para modificar su dirección, velocidad y presión, con el fin de mostrar al paciente los correspondientes cambios del temblor y demostrarle su naturaleza puramente emocional o psicógena. Una vez obtenido este resultado se empieza una nueva serie de movimientos oscilatorios, rítmicos, lentos, siempre bajo el control del experto. Si el temblor persiste, no hay que mostrar ningún signo de impaciencia, pero se continuarán los movimientos diciendo: "siga; conserve igual velocidad; no se ponga nervioso; todo va bien y Ud. se curará, aun cuando hayamos de permanecer aquí horas y horas; trate de obtener un buen ritmo; respire despacio y sincronice su movimiento al ritmo de sus respiraciones: uno, dos, uno, dos, así; ahora va mejor. . . ", etc. Lo importante es saber inspirar al paciente la confianza en nuestro superior poder personal y que nos llegue a considerar más poderosos que su miedo. Es sorprendente con qué facilidad se ve entonces desaparecer tales alteraciones funcionales.

Tics, espasmos y movimientos coreicos. - Si se ha establecido bien el diagnóstico de su naturaleza psicógena, podemos usar o la terapia hipnótica o la sugestión directa, en vigilia, asociada con: a) ejercicios de relajación muscular y b) ejercicios de movimientos pasivos, activos y con superación de resistencia -bajo control del psicoterapeuta - en los miembros o segmentos afectados por el síntoma. Estos ejercicios deben proseguir, en forma rítmica y a intervalos, hasta la desaparición del trastorno. No pueden escucharse las quejas del paciente respecto a dolor o fatiga; es al psicoterapeuta a quien corresponde graduar la duración e intensidad del entrenamiento; el paciente ha de sentir que el único medio de librarse de tales ejercicios es que consiga dominar al síntoma.

Paresias y parálisis. - Bajo ningún pretexto se permitirá al paciente estar en cama durante el día. Se le obligará a estar de pie y a moverse, pasivo o activamente, movilizando los miembros

paresiados o paréticos cada 5 ó 10 minutos. Ocasionalmente, si se rebeló, se le aplicará una sesión de corrientes farádicas, de intensidad algógena, bajo el pretexto de que éstas van a "tonificar sus nervios", y se continuarán los ejercicios, siempre ritmándolos con la respiración. A veces, en casos de paraplejia histérica, el médico se verá obligado a mantener erecto al paciente, colocándose detrás de él y poniendo sus brazos por debajo de las axilas, al propio tiempo que flexiona las piernas del enfermo y lo hace andar, impulsándolas alternativamente con las rótulas, cual si el enfermo fuese una muñeca; así se consigue un acoplamiento funcional íntimo entre la motricidad activa del psicoterapeuta y la pasiva del enfermo; mas tan pronto como se observe ligera mejoría, este ejercicio se confiará al personal subalterno, al propio tiempo que se irá aumentando la rapidez y la amplitud de los movimientos de progresión.

Convulsiones. - Lo más importante es diagnosticar bien su origen. Si son de tipo histérico el mejor tratamiento consiste en ignorarlas o detener su curso mediante una enérgica presión de zonas alógenas. Así, la compresión de los pezones o los testículos puede servir, a la vez, para el diagnóstico y el tratamiento. Si las convulsiones son de naturaleza epiléptica, el paciente ha de ser relevado de todo servicio activo que requiera permanente atención y sometido a la medicación anticósmica corriente. Cualquiera que sea el tipo de las convulsiones, conviene siempre hacer una punción lumbar y restaurar la tensión intracraneal normal, mediante el uso de soluciones hipotónicas o hipertónicas (técnica de Wood), según se halle por debajo o por encima de la cifra habitual.

Estupor. - La inyección endovenosa de amital sódico, repetida a diario, o el electroshock, son los mejores recursos contra este síntoma.

Agitación. - Si tiene una motivación psíquica, se tratará, psicoterápicamente; si no se puede descubrir su origen, lo mejor es recurrir a la "subnarcosis permanente", que también puede aplicarse a los casos de ansiedad; la técnica de esta subnarcosis está descrita en otro lugar de este libro.

Elación. - Aislamiento; labor física ritmada, monótona y fatigante; baños calientes prolongados; sedantes usuales; a veces es útil un absceso de fijación en región lumbar (con 1/2 cc. de esencia de trementina).

Alteraciones del habla. - "No es necesario hablar para combatir". - Este "slogan" ha sido frecuentemente repetido por jefes de ejército, pero lo malo es que "precisa hablar para dar órdenes" y las alteraciones funcionales del habla se hacen más frecuentes, precisamente, entre los jefes, oficiales y demás grados. Hay muchos modos de tratarlas (Stinchfield), pero ahora sólo consideraremos los de mayor eficacia en las condiciones de emergencia bélica:

El mejor medio de tratar el mutismo y la afonía histérica consiste en someter al sujeto a la acción de la aspiración prolongada e intermitente del éter, de suerte que se engendre el segundo período (excitante) de su anestesia, sin llegar a la pérdida total del conocimiento. Mientras el individuo está aún despierto, pero parece ya dormir, el médico comenta el caso con sus asistentes diciendo: "va a ir todo muy bien; todo lo más que requerirá serán dos o tres horas más de anestesia". Cada vez que el sujeto abre los ojos y mira al médico, éste le aplica una mano en la nuca y otra, levemente, en la nuez y le dice: "Trate de pronunciar ¡aaah! O "ma", Ud. verá como va a poder hacerlo, pues con la anestesia estamos quitando el obstáculo que le impedía disponer de su voz".

No hemos tenido un solo caso de fracaso con este método, aun cuando lo corriente es necesitar 4 ó 5 ensayos, en la misma sesión. A veces se ha requerido más, pero lo esencial es que el sujeto se convenza de que no se levantará sin hablar o decir algo en la mesa de anestesia.

En las restantes alteraciones, el mejor tratamiento consiste en transferir al sujeto a sitios en los que exista mayor peligro individual, pero no sea necesario hablar correctamente para cumplir la obligación que les ha sido dada.

Alteraciones neuróticas sensoriales y perceptivas.

Ceguera histérica. - Siempre que sea posible, todo paciente que aqueje pérdida de la visión habrá de ser examinado por un oftalmólogo, para evitar la confusión entre los casos puramente funcionales y los de origen orgánico, central. Si tal examen se hace imposible por el momento, se establecerá el diagnóstico correcto mediante las siguientes pruebas:

a) Pedir al paciente que relaje sus párpados todo lo posible, dejándolos caer sobre los ojos; entonces, el examinador, bruscamente trata de levantarlos con los dedos. En la ceguera histérica, el paciente opone una resistencia activa y creciente ante la maniobra, y si se le fuerza a mantener los ojos abiertos acostumbra a girar sus globos hacia arriba, para evitar la mirada fija del examinador.

b) Si conseguimos sorprenderlo con una luz intensa y momentánea, el reflejo pupilar lumínico se halla conservado en la ceguera histérica.

c) Pedir al paciente que ande en una habitación, sometida a cambios bruscos de intensidad luminosa, y pedirle que, sin cesar, realice una operación mental en voz alta - tal como sumar una serie numérica, por ejemplo -: Si la ceguera es histérica, los cambios luminosos interfieren con el trabajo mental y con la marcha, según que el sujeto dirija su atención a ésta o a aquél.

d) Si se le indica qué ande de frente, en espacio abierto, en el que se han situado varios obstáculos estratégicamente, el histérico lo hace con más lentitud y desviaciones que el ciego (teniendo ambos los ojos vendados).

e) Si se le pide encender una cerilla, el histérico exhibe signos de emoción e inseguridad (temblor, etc.), el ciego orgánico, no (a menos que tenga una seria lesión general del encéfalo).

Podemos sospechar amauresis histérica o simple simulación siempre que la conducta del sujeto se altere por la presencia de espectadores en el examen. Si persiste la duda, lo mejor que podemos hacer es tratar el caso como si fuese histérico, ya que la psicoterapia no le hará ningún daño, incluso si su ceguera es orgánica. El mejor medio consiste en mantener entonces al sujeto en plena obscuridad real y proyectarle una pseudooperación "muy delicada" diciéndole que ésta se hará o no, según el resultado de los próximos exámenes. Una enfermera explica después al paciente que si la retina conserva alguna sensibilidad será capaz, cuando menos, de diferenciar la luz de la obscuridad, al ser transferido a un cuarto iluminado. Naturalmente, la privación de luz y el aislamiento aumentan el aburrimiento del enfermo y al siguiente día, con el auxilio de un placebo (una sencilla inyección de agua destilada y un colirio, por ejemplo), el paciente aprovecha la ocasión para decir que "empieza a ver de nuevo"; entonces, la presión psicoterápica hará el resto.

Sordera. - La sordera histérica, si no está asociada al mutismo, se trata fácilmente, transfiriendo al sujeto al lugar más ruidoso que pueda haber: servicio de artillería en la zona de ejército; servicio de control experimental de explosivos, en la retaguardia; y se le afirma que estará en esos lugares hasta recuperar la audición.

Anestesia. - Casi siempre se la asocian síntomas paréticos o espásticos, que han de ser tratados primero. Respecto a la anestesia en sí, lo mejor es ignorarla o, si el paciente se queja de que le impide el cumplimiento de sus deberes, tratarla con aplicaciones de corrientes farádicas intensas. Una previa exploración neurológica nos habrá convencido de que es, claramente, histérica (la forma de calcetín es la más corriente); en todo caso su distribución cutánea es irregular y caprichosa, a la vez que total, o sea, que implica los planos cutáneos profundos, de suerte que el sujeto, aun cuando a veces se queja de espontáneos dolores, afirma no sentir la presión del examinador sobre dichos planos. Si el paciente es inteligente, podremos ayudar a su confusión inyectándole una substancia realmente anestésica (novocaína o solucaína, por ejemplo).

Dolores. - Las algias histéricas o psicógenas son una fuente de problemas; cuando el sujeto ha sufrido anteriormente un trauma en la zona en que ahora se localizan, no es posible clasificar tales dolores. El diagnóstico, cualesquiera que sea su localización, ha de basarse en: a) la ausencia, de signos orgánicos de dolor (midriasis, alteración del pulso y presión arterial, palidez facial, etc.) ; b) la falta de correspondencia entre la extensión de la zona álgida y los reflejos de defensa comprobables en el plano muscular subyacente; c) la exageración de las quejas subjetivas cuando el paciente se siente observado o atendido; y d) la falta de relación entre sus quejas y el efecto de las sustancias analgésicas reales, que se le administren sin él saberlo. El mejor modo de tratar las algias histéricas en los centros psiquiátricos de pre-frente, durante la guerra española, fué empezar en seguida ejercicios gimnásticos que movilizaran las partes álgicas, bajo el pretexto de que éstas dolían por falta de circulación; tales ejercicios se acompañaban del influjo compulsivo -verbal y motor- del psicoterapeuta, hasta conseguir que el sujeto recobrase la perfecta movilidad del segmento, sin acusar dolor en él.

Síntomas viscerales e introceptivos. - Los síntomas viscerales son el núcleo de las órganoneurosis, que en la presente guerra parecen estar sustituyendo a las psiconeurosis, en la - llamémosle subconsciente - mente de los neuróticos de guerra. Como dijo el doctor Gillespie en su conferencia Salmon, hay también "modas médicas". Hemos de admitir que el soldado de tipo medio ya sabe demasiado acerca de la energía con que son tratados en los centros psiquiátricos los síntomas de histeria de conversión; por ello, crea una nueva vía de defensa neurótica, mediante la interiorización de sus síntomas.

En este rubro, los fenómenos más comúnmente observados son: alteraciones de la deglución, espasmos gástricos, vómitos, diarrea, aerofagia, falsa obstrucción intestinal, taquicardia paroxística, estenocardia, etc. La primera medida a adoptar en casos tales, es llamar en consulta al especialista orgánico correspondiente (de medicina interna). La segunda es establecer un enfoque terapéutico "pluralista, dinámico y psico-somato-social", tal como propugna el doctor Adolfo Meyer. Los pacientes han de realizar algún trabajo, en beneficio de sus camaradas de la unidad, incluso mientras permanecen en cama para su observación.

Una tercera regla es la de evitar el uso de tratamientos medicamentosos intensos y prodigar, en cambio, los recursos fisioterápicos y la psicoterapia verbal, sugestiva y persuasiva. Lo que importa más es conseguir un contacto ampliamente humano y comprensivo entre el psicoterapeuta y el enfermo, de suerte que éste no se sienta excesivamente molestado por el tratamiento y abandone su actitud de desconfianza, disgusto y temor. Hay que averiguar qué es lo que más le molesta psíquicamente: falta de noticias de su hogar, sentimientos de culpabilidad por no haber ayudado a un camarada en situación trágica, deseo de venganza contra alguien, depresión por falta de seguridad, etc. En suma:, por la complicada estructura de los síndromes psicósomáticos, los psiquiatras hemos de evitar creer que es posible tratarlos adoptando una actitud enfática y asegurando, dogmáticamente, que la curación es rápida y completa, cual ocurre en la mayoría de las neurosis de espanto.

Por el contrario, las órganoneurosis tienden a hacerse cada vez más rebeldes y complicadas, a demandar sedantes e intervenciones, y terminan por tener que ser tratadas en clínicas psiquiátricas, a pesar de que sus portadores no se consideran mentalmente enfermos. Sus síndromes oscilan entre los estados neurasténicos e hipocondríacos, de una parte, y las reales somatosis, de otra (enfermedades corporales debidas a procesos infecciosos, tóxicos o degenerativos). Este. es uno de los motivos porque tales pacientes crean confusión, dondequiera que se les coloquen.

Reglas generales de terapia psicósomática.

Además de lo ya expresado, creo necesario destacar algunos puntos que han de ser siempre recordados por el médico militar que trate a un neurótico de guerra, cualesquiera sea su sintomatología

a) Procurar que el paciente esté rodeado por la mejor compañía, teniendo en cuenta sus rasgos de carácter. Esto presupone una buena selección de sus vecinos de cama.

b) Evitar la clinoterapia y la quimioterapia.

c) Empezar el examen médico por el nivel somático. Simultáneamente, observar y analizar la expresión - gestos, actitudes, comentarios, patomimia, etc. - del enfermo; luego procurar conocer su nivel cultural e intelectual. Finalmente, investigar la zona de sus opiniones, creencias, afectos, intereses, vicios, etc.

d) Hablarle siempre en ausencia de otros pacientes y de gente profana. No preguntarle nada que no sea conveniente para establecer el diagnóstico.

e) Anotar con perfecta separación las quejas subjetivas y los datos del examen objetivo, para luego comparar ambos. No mezclarlos con interpretaciones pseudosintéticas prematuras.

f) Recordar que un comentario oportuno puede ser beneficioso, incluso en casos de trastorno orgánico. Recordar, también, que nada de cuanto el médico dice o hace resulta indiferente para el paciente: será bueno o malo según cuál sea el grado de fe o de temor que el psicoterapeuta consiga crear en el paciente.

g) Luchar contra la pasividad tanto como contra el exceso de excitación. Tratar de obtener un buen programa de vida de los pacientes y proporcionarles una adecuada distribución de trabajo, distracción y reposo. Organizar de un modo planificado la vida social del grupo clínico.

Neurosis traumáticas.

Dos contribuciones norteamericanas han sido dedicadas recientemente a este tema. Ambas provienen del campo psicoanalítico: me refiero al libro de Abraham Kardiner *The Traumatic Neuroses of War* y al excelente artículo de Sandor Rado: *The traumatic neuroses* (En *Psychosomatic Medicine*). Aun cuando, en líneas generales, mi opinión coincide con la suya, deseo señalar algunos puntos de divergencia. Para empezar diré que el término "neurosis traumática" debería limitarse a las alteraciones neuróticas observadas indirecta y no directamente a consecuencia de un trauma físico (craneal). En efecto, en tanto la conducta píquica de un hombre afectado por un severo trauma traduce en el dominio psíquico los efectos de sus lesiones cerebrales, no podemos incluirle en este calificativo. Pero si lo haremos tan pronto como comprobemos que sus síntomas mentales obedecen a un compromiso subconsciente, engendrado en la situación postraumática (y más dependiente de los objetivos futuros que de los sufrimientos pasados).

Los camaradas del paciente se precipitaron para preguntarle como se sentía tras el accidente, se le ofrecían para atenderle y le advertían que tuviese cuidado; o, quizá, perdió el conocimiento y lo recobró en el hospital de campaña, con lo que se creyó realmente grave. De esta suerte puede favorecerse la creación de un conflicto intrapsíquico entre la voluntad de cumplir con su deber y el deseo de aprovechar la situación con fines de autoprotección. En la medida en que el paciente se considera una baja (traumática) de guerra se cree merecedor de la atención, el mimó y el cariño del ambiente, a la vez que se siente satisfecho y heroico.

El criterio psicossomático es, naturalmente, el único que permite la comprensión de las imbricaciones que pueden crearse entre los dos grupos de síntomas - el que expresa en el plano psíquico lo que ocurre en el plano somático y, viceversa, el que expresa en éste lo que ocurre en aquél. Tal es la razón por la cual los psiquiatras hemos de ser muy cautos y no tratar estos casos de un modo rudo o simplista. Mi discípulo Tosquelles, trabajando en el frente de Extremadura, halló una disminución del umbral convulsivante, medido por las inyecciones de metrazol, en todos sus casos de neurosis traumática; tal hallazgo confirma lo que acabamos de asentar.

Los síntomas de las neurosis traumáticas pueden hallarse localizados en la parte traumatizada o aparecer - y en tal caso ya no nos concierne tanto su discusión aquí - en el plano puramente psicótímico de la personalidad.

Amnesia traumática.

La incapacidad de recordar lo sucedido, inmediatamente antes o después del trauma, o incluso los sucesos relacionados de algún modo con el incidente del shock, es frecuente de observar en la guerra. Ello se debe a la denominada "inhibición paradójica". En cualquier caso de este tipo hemos de averiguar si: a) el paciente tiene una disminución de su capacidad de fijación de nuevos estímulos; b) si es capaz de reconocer sus recuerdos olvidados al serle éstos evocados, verbalmente, por quien los vivió como él; c) si hay otras alteraciones funcionales extramnéicas (tales como el síndrome de Ganser, una pseudodemencia, estupor, etc.).

La disminución de la capacidad de aprehensión y fijación de estímulos origina el llamado complejo o síndrome doméstico; cuando éste se comprueba hay que pensar en la existencia de una alteración encefalopática (es decir, orgánica).

La incapacidad de identificar la experiencia traumática puede ser debida a una represión psicógena, en la que el paciente intenta olvidar todos los sentimientos que le hacen sufrir, o una falta de comprensión, en cuyo caso el paciente no puede entender o darse cuenta de los lazos que ligan lógicamente el material ahora presentado, dándole un sentido unívoco.

Si la causa de la amnesia es psicógena, se impone el denominado método catártico para tratarla: haremos entonces un interrogatorio a presión bajo una leve hipnosis o una sugestión vigil activa.

Si dicha amnesia posconmocional es de origen encefalopático transitorio (la denominada "diaschisis" de Monakow) veremos al paciente perplejo y confuso, notando en él no tanto una disminución de su memoria como un colapso general de sus funciones intelectivas. El propio tratamiento para tales casos consiste en la punción lumbar, reposo, vitamina B a grandes dosis y medicaciones que restablezcan la tensión arterial normal.

También cabe la posibilidad de que la amnesia traumática sea secundaria a convulsiones epilépticas, desarrolladas durante el accidente traumatizante. Para hacer el diagnóstico correcto - si vemos al paciente a las pocas horas - podemos explorar si existe una hipoalgesia cutánea en la zona media limitada por los 59 y 69 segmentos cervicales (Musken's).

Aprosexia.

La debilidad de concentración y del poder de abstracción son frecuentemente aquejadas por los jefes militares, cuando se hallan sometidos a un trabajo agotador y continuado, en períodos de gran tensión bélica. Este es uno de los tantos síntomas del síndrome neurasténico, pero puede presentarse, también, de un modo aislado. El P. M. K. nos da una buena base para la diferenciación de sus posibles causas subyacentes (v. el Apéndice). Lo primero que hay que eliminar es la posibilidad de una sinusitis infecciosa, una tuberculosis o una diabetes; en ausencia de otras alteraciones se hallan indicados: preparados de fósforo, reposo y cuidadoso reajuste y entrenamiento ulterior. La benzedrina halla su indicación en los casos de presión baja, en que no exista insomnio.

Fugas.

Los soldados que abandonan sus obligaciones militares después de un trauma y son apresados por sus camaradas acostumbran a decir que no recuerdan lo que les ha ocurrido, o bien admiten que se vieron presas de una irresistible fuerza que les obligó a huir, sin saber a dónde iban. El psiquiatra es entonces llamado, para decidir si tales sujetos han de ser considerados, o no, como desertores y si merecen ser castigados o ayudados. Para favorecer el diagnóstico diferencial en tales casos transcribo a continuación un esquema de sus motivaciones.

NATURALEZA	MOTIVO	TIPO
a) Psicógena	Conflicto mental	Reacción psicopática (a)
	Falsa creencia	Delirio paranoide (b)
	Realización incontrolada de deseos	Onírico Sonambulismo histérico (c) Impulsivo y acrítico: debilidad mental (d)
b) Psicopatológica	Protesta simbólica. Defensa o ceremonial contra poderes "mágicos"	Compulsivo (e)
	Tendencia negativista sin propósito directo, mas aún capaz de mostrar una visión situacional.	Reacción esquizofrénica (f) Delirio traumático (g)
c)Orgánica o encefalógena	Sin plan ni adaptación. El sujeto carece de autodirección y vive en estado crepuscular, delirioso o confuso, a veces afásico. Se comporta de un modo automático.	Delirio alcohólico (tremens) (h)
		Dromomanía (crepuscular) epileptica (i) Psicosis tóxica o infecciosa (incluyendo la P.G.P.) (j)

Claro es que podemos considerar también la alternativa de que la fuga haya sido premeditada y detenida por el sujeto hasta el momento oportuno, en que pueda justificar que se hallaba parcialmente privado de razón (k).

Solamente un cuidadoso examen psicológico y psiquiátrico permitirá, a veces, despistar este tipo (a-k) especial de fuga. Aquí, nuevamente, nuestro P. M. K. puede ser de gran utilidad, para evidenciar la simulación.

Estados fóbicos.

Tras de un accidente traumático se observa con frecuencia una exageración del miedo al peligro. Si este miedo excede de los límites prudenciales se habla de "traumatofobia". Por la irradiación del reflejo condicional negativo, creado por el accidente previo, el sujeto se asusta tan pronto como percibe cualquier estímulo que pueda asociar con la situación traumatizante. Dos grupos especiales de estímulos se hacen, así, amenazadores: el ruido, intenso o sordo, que recuerde explosiones y los puntos móviles en el cielo. El primero es conectado con el bombardeo inmediato (por artillería) y el segundo con el próximo (por aviones). Docenas de soldados heridos, al principio de la guerra española, se levantaban de sus camas y se precipitaban por las escaleras de la clínica al oír el ruido de las señales de alarma aérea (un tanto siniestro, a decir verdad) ; otros exhibían el mismo pánico, de noche, al oír el zumbido de un motor de camión (de ambulancia). En cuanto a la aviofobia, se observaba especialmente en los convalecientes durante su estancia en las terrazas, o cercanías de ventanas: a menudo se asustaban por la presencia de inofensivas golondrinas.

Siempre que tales fobias se observan demuestran la falta de poder de inhibición y la terapia ha de consistir en restaurarlo, efectuando una recondicionalización progresiva, asociada a sedantes y ejercicios respiratorios rítmicos y relajadores. Casi todos estos pacientes pertenecían al tipo hipertímico o hiperemotivo y se hallaban temperalmente predispuestos a la ansiedad, siendo aficionados al cultivo de la imaginación y hostiles a la práctica de los deportes. Precisaban alterar sus hábitos de vida y desplazar sus energías mentales del campo contemplativo al reaccional. Han de ser entrenados en la práctica de ejercicios atléticos y

gimnásticos, tratando de realizar movimientos complicados, que requieran toda su atención, mientras se les somete, gradualmente, a la presencia de los estímulos fóbigenos.

Tan pronto como sea posible serán transferidos al centro de recuperación y readiestramiento, en donde el ambiente psicológico es más estimulante que el de la clínica psiquiátrica,. La hipnosis leve es, a veces, útil para acelerar la cura; pero ha de ser siempre suplida por el contacto progresivo del paciente con las señales de peligro, en presencia del psicoterapeuta.

Psicosis tóxicas e infecciosas.

Estas psicosis, también denominadas "formas exógenas de reacción" (Bonhoeffer) son de frecuente observación en la guerra. Infecciones reumáticas, intestinales y respiratorias que, en tiempos de paz, discurrirían sin dar lugar a reacciones psíquicas anormales, ahora se acompañan fácilmente de ellas. Lo mismo, ocurre con los estados de aguda intoxicación química, producidos por la ingestión de alimentos en malas condiciones. El umbral de las reacciones delirantes y alucinatorias se halla, pues, descendido, a consecuencia del relativo agotamiento de los centros nerviosos superiores. Poda falta de reposo los pacientes se hacen más susceptibles de sufrir estados oníroides : no están ni despiertos ni dormidos y, de esta suerte, los límites entre el mundo exterior y el de sus representaciones, más o menos fantásticas, aparece muy borroso. Entonces, la acción tóxica del virus o de la toxina química, sobre los centros corticales se ve aumentada por la falta de resistencia de éstos, y así se engendran todas las posibles variedades de vivencias e ideas delirantes y de seudopercepciones.

Tales casos requieren una combinación de tratamientos antitóxicos y restauradores. El uso de sedantes intensos y preparados de opio debería hallarse estrictamente prohibido, pero habría de ser sustituido por inyecciones de extracto hepático, vitaminas B y C, soluciones hipertónicas y la práctica de abscesos de fijación, siempre que hubiese agitación intensa. En realidad, he obtenido excelentes resultados con la inyección de 1 cc. de esencia de trementina ozonizada, en la región lumbar, a una profundidad de 2 ó 3 cm. Las ventajas de la inflamación subsiguiente se manifiestan no sólo en la esfera psíquica, sino en la mejoría general del estado somático. La única contraindicación de tal proceder es la existencia de una severa nefritis aguda. No hay objeción cuando el paciente se halla en buen estado y su agitación es muy intensa, en repetir la inyección al otro lado de la región lumbar, si los efectos sedantes de la primera no han aparecido al cabo de 24 horas.

Hay que prevenir contra la tendencia a transferir estos pacientes de las clínicas psiquiátricas a las médicas y viceversa, según el predominio de los síntomas mentales o físicos. Tales cambios son siempre perniciosos para el paciente, toda vez que suponen una pérdida de tiempo y aumentan su confusión. El psiquiatra medio puede tratarlos lo mismo que el médico general; si tiene alguna duda es siempre preferible recurrir al consejo de un especialista que trasladar al paciente de uno a otro hospital.

Psicosis sintomáticas.

En la guerra las psicosis sintomáticas son: a) la asociación de un estado diabético con síntomas de depresión y ansiedad; b) la asociación de reacciones esquizofrénicas, paranoides y catatónicas, con la reactivación de una vieja tuberculosis pulmonar; c) las psicosis hipertensivas (Krapf). En estrecho contacto con estos casos aunque de naturaleza diferente se encuentran los de astenia circulatoria o neurosis cardiovascular, acompañados de síntomas mentales. Mientras en estos últimos según W. H. Dunn nos hallamos ante trastornos psicopsomáticos, el grupo a que nos estamos refiriendo corresponde a perturbaciones somatopsíquicas. En el síndrome de Da Costa las quejas son somáticas pero el tratamiento ha de ser psíquico; en cambio, en las psicosis sintomáticas, los síntomas son mentales y la terapia fundamental ha de ser somática.

Así pues, recomiendo la primera fase de la cura de Sakel (10 unidades de insulina cada 6 horas, 15 minutos antes de las comidas) siempre que un paciente, psicótico o psicopático, evidencie una tendencia a la curva diabética en la prueba de la glucemia. Así mismo aconsejo

altas dosis de vitaminas A y D e inyecciones de calcio a los pacientes aquejados de presiones o delirios y que muestran signos de tuberculosis. Si un paciente mental sufre de hipertensión arterial, sobre todo si es viejo, ha de tratarse este síntoma antes que el síndrome psiquiátrico.

Así pues, un consejo práctico al tratar las bajas mentales de guerra consiste en obtener una curva de glucemia (o por lo menos ver si hay glucosa en la orina) hacer una radiografía de tórax y determinar la presión arterial. En mi clínica psiquiátrica de la tercera región militar hallé no menos del 6 % de casos con este tipo de reacción somatopsíquica, y creo que no hemos de olvidarlos en este momento en que parecen estar más en boga las interpretaciones inversas (psicosomáticas).

Diagnóstico diferencial de los estados depresivos.

Como la depresión es tan común entre los militares después de un período largo de guerra, creo que merece especial atención su diagnóstico. Ningún tratamiento ni pronóstico válido pueden hacerse sin conocer un poco las causas posibles de su origen en cada caso. Por esto creo que la descripción de las formas clínicas siguientes tiene algo más que un simple valor académico.

1ª Depresión fisiógena o sintomática. - Esta forma pertenece a las psicosis sintomáticas antes mencionadas y es la más frecuente de dicho grupo. El paciente se siente cansado e ineficiente, se queja de que hasta los más sencillos movimientos le fatigan y por ello trata de evitar todo esfuerzo. El trabajo intelectual también se le hace difícil y siente la cabeza demasiado vacía o demasiado pesada; dolores especiales, preferentemente localizados en la nuca, le molestan; sus pensamientos se le van y se siente inseguro. Esta descripción es muy parecida a la del síndrome neurasténico, pero se diferencia de éste porque el sujeto presenta una reacción normal ante sus síntomas: hace lo posible por cumplir sus deberes, a pesar del descenso del biotono, goza con el reposo y la buena compañía. Podríamos decir que en esta forma la conciencia se da cuenta de la perturbación del organismo, pero evita el sufrimiento personal total. El P. M. K. muestra depresión (descenso del líneograma) en las verticales, especialmente del lado derecho y leve inseguridad de los zigzags, manteniéndose bien las formas complejas; la agresividad y la introversión se hallan en sus límites normales.

2ª Depresión afectiva simple. - La actividad mental se mantiene pero su autopercepción se perturba y disminuye. La timopsique, zona mental que integra las sensaciones somáticas y viscerales en un tono afectivo de bienestar o malestar, se halla afectada. Los pacientes se sienten fuertes y mentalmente normales, pero se quejan de haber perdido casi completamente la alegría del vivir y de ser incapaces de sentir nada más que aburrimiento. Cuando se les invita a realizar algo preguntan: "¿para qué?". Por lo demás el impacto que los estímulos ordinarios ejercen en su plano afectivo se halla también muy disminuido. Lo verdaderamente paradójico de estos pacientes es que lo que más les hace sufrir es que no sufren, debido a que los recuerdos de las emociones anteriores les resultan más intensos y brillantes que los de sus experiencias presentes.

Kurt Schneider habla de depresión vital en estos casos, pero yo preferiría denominarlos con el término depresión afectiva, ya que el resto de la mentalidad se mantiene normal. El tratamiento implica el uso de electroshocks, benzedrina, bebidas alcohólicas, etc., según las circunstancias. La Psicoterapia resulta útil solamente si consigue convencer al paciente que siga cumpliendo sus obligaciones, aun cuando haya perdido su fe en los valores y objetivos de la vida. Nuestro P. M. K. muestra más introversión (desviación hacia adentro de las horizontales) que depresión (desviación hacia abajo de las verticales) en esas casos.

3ª Depresión melancólica. - El nombre apropiado para esta forma clínica sería más bien el de distimia o, quizá, compresión en vez de depresión. En realidad nuestra técnica del P. M. K, confirma el punto de vista freudiano al afirmar que los pacientes de melancolía no sólo están tristes sino furiosos con ellos mismos. Tales pacientes se sienten culpables y tratan de autocastigarse, lo que les lleva, a veces, al suicidio. Todas sus energías individuales se dirigen contra su Yo y así se autoacusan considerándose elementos negativos, cuando no monstruos. La tendencia autoagresiva se muestra en forma de desviación egocípeta de las sagitales y de

intensa introversión (desviación hacia adentro en las horizontales) así como eventual ansiedad (continuo aumento del tamaño y aceleración de los movimientos). Esta clase de psicosis pertenece al grupo de las alteraciones maníacodepresivas (endógenas) ; su tratamiento no ha de ser hecho en las clínicas militares y es causa de inutilidad para el servicio bélico.

4º *Depresión agitada (ansiosa)*. -Esta forma, admitida solamente por los psiquiatras ingleses y norteamericanos, difiere de la precedente en que el paciente no se siente deprimido, sino más bien en un estado de hiperfrenia, con desorientación e indecisión. Mientras en la melancolía la emoción subyacente era la de cólera dirigida contra el Yo; en esta forma, se observa una mezcla de rabia y miedo. El paciente se siente alterado, teme un gran desastre, y aun cuando no sabe explicar por qué ni cómo va a ocurrir, vive a la espera de él. Es frecuente que interprete mal los acontecimientos y desarrolle ideas de persecución (fobia a los espías) ; las funciones somáticas se hallan muy alteradas (la sitofobia y el insomnio son casi constantes). Nuestro P. M. K. señala que esa forma se halla más cercana de la esquizofrenia que de la constelación maníaco depresiva. Su tratamiento de emergencia puede consistir en la subnarcosis permanente o en el absceso de fijación. El subcoma hipoglucémico y los electroshocks frustrados, parecen dar mejor resultado que las dosis muy altas de insulina y el electroshock completo.

Si existe un proceso esquizofrénico subyacente (revelable en el P. M. K. por la presencia de reversiones esquizofrénicas. Véase apéndice) el paciente será dado de baja del servicio militar. Si no, puede ser tratado en la clínica, militar de retaguardia. La psicoterapia es muy poco efectiva en esta forma clínica.

5º *Depresión psicógena o reactiva*. - Este tipo se caracteriza por la existencia de una situación concreta que explica., aun cuando no justifica, la conducta del paciente. Este ha sufrido una tragedia o una decepción y es incapaz de seguir su vida, olvidando o reprimiendo los recuerdos desagradables correspondientes a tal situación. Su Yo se sumerge en la constante reconsideración y recuerdo de lo sufrido y no puede dirigir su atención hacia nada más, ni tampoco proyectar para el futuro. Cuanto más rumia, tanto

más se sumerge en su estado; pero esto no quiere decir que un buen contacto psicoterápico sea inefectivo. Lo que estos pacientes necesitan es un buen consuelo y la comprensión amistosa, que les cambie su punto de vista y les abra nuevas vías de acción. Tan pronto como las circunstancias sean favorables se procurará descargar la pena o el remordimiento sugiriendo al sujeto una nueva empresa, cambiándole sus hábitos vitales, su ambiente, sus amistades, haciendo un "transfert" de sus afectos, abriéndole un refugio en la fe religiosa, etc. El paciente recobra entonces, la normalidad sin necesitar otra ayuda médica.

Estas depresiones psicógenas se revelan en el P. M. K. por la depresión de la vertical en la mano dominante (mientras la temperamental puede mantenerse a nivel) ; existe también una pronunciada desviación levogira de la horizontal derecha (si el sujeto no es zurdo. V. el Apéndice).

6º *Depresión conativa (Apatía o abulia)*. - Falta de iniciativa y entusiasmo es frecuente entre los hombres que han sido obligatoriamente llevados al Ejército y no comprenden bien los motivos de su reclutamiento. Claro es que aquí, entonces, no se trata tanto de una depresión como de indiferencia o desinterés.

Por ello, el término "depresión conativa" ha de reservarse para la actitud mental observada en sujetos frustrados o fracasados -los llamados "détraqués" por los franceses. El factor social tiene en ellos singular importancia: se hallan convencidos, a posteriori, de que son incapaces de obtener éxito en la vida. Se sienten puros parásitos o pavesas y renuncian a darse una dirección de lucha. El paciente de depresión conativa se limita. a existir - se deja llevar por la corriente vital - pero no vive. Ha perdido su autoestima y dignidad y todo le es igualmente indiferente. Se resigna a ir descendiendo, paso a paso, los peldaños morales y se hace un jugador, un perverso sexual, un borracho o un delincuente. Ni la existencia de un complejo de inferioridad, la admisión de una astenia constitucional o un temperamento esquizoide bastan

para agotar la motivación de esta forma reaccional, que es frecuente entre los pobladores de los suburbios de las grandes urbes.

Tales sujetos han de ser, siempre, tratados en un ambiente artificial, en el que puedan conseguir, honesta y fácilmente, triunfos iniciales. Cuando se oyen alabar y estimar pueden recobrar su autoconfianza y estima. La debida selección de un pequeño grupo de compañeros, para crear una buena atmósfera psicoterápica en su derredor, es una premisa para el éxito de la intervención del psiquiatra, que aquí ha de actuar más bien como reeducador.

7º Depresión esquizofrénica. - "Last but not least" llegamos a la descripción de esta forma clínica que es más bien una introversión (autismo) que una depresión. Los pacientes que la sufren se hallan bajo la influencia de una creciente inhibición interna que puede conducirlos hasta el estupor (catatónico). No hemos de fiarnos, sin embargo, de su apariencia externa, pues a cada instante pueden, súbitamente, tornarse agresivos y realizar actos de gran violencia (impulsiones).

El diagnóstico diferencial entre una depresión esquizofrénica y otra maníaco depresiva se establece fácilmente por medio del P. M. K. Los pacientes de la primera se desvían hacia abajo en los líneogramas verticales, lo mismo que los de la segunda, pero, además, muestran un predominio de la actitud de flexión y al ejecutar el zigzag se nota en ellos la típica reversión o lazo esquizofrénico (v. los grabados del Apéndice). Además, hay desviación axial en el plano sagital, y una tendencia a perder la agudeza y la claridad de las configuraciones práxicas (movimientos complejos) en las cadenas y en la escalera. Claro está que en los casos avanzados en análisis de sus contenidos verbales permitirá asimismo el diagnóstico, mas precisa no olvidar que con frecuencia tales enfermos exhiben mutismo.

Para superar el estupor inicial - que haría imposible la práctica del P. M. K. - se da al enfermo una inyección endovenosa de 4 ó 5 cc. de amital sódico, una hora o dos antes del "test".

El tratamiento ulterior incluye el uso de una combinación de la medicación metrazólica y electrochocante, con uso de vitaminas, extracto hepático, terapia ocupacional y gimnasia médica..

Desde luego sé que cualquier intento de clasificar las depresiones es insuficiente y no puede hacer encajar en él la infinita variedad de los casos individuales. A veces el enfermo presenta una combinación de dos o más síndromes y he aquí por qué el trabajo psiquiátrico resulta siempre difícil. Pero no hay duda que los obstáculos para: comprender cada caso se reducirán si el médico recuerda los tipos básicos del síndrome depresivo que acabamos de señalar, y evita así errores groseros en su interpretación y terapéutica.

CAPITULO VII

RECUPERACION Y READAPTACION

Recuperación y reajuste de los casos curados mentalmente.

Un principio general que no ha de olvidar el psiquiatra militar es que, aun cuando pueda ser tolerante y hasta generoso al examinar reclutas (propendiendo a escuchar sus alegatos y rechazando para el servicio hasta los casos en que pueda haber duda) *una vez que un hombre ha sido ya declarado soldado y entrenado como tal, hay que hacer todos los esfuerzos posibles para mantenerlo en el Ejército, aun cuando sea herido o enfermo. En otras palabras: incluso si hay exceso de reclutas, es siempre preferible restaurar a un veterano que sustituirlo por un novicio.*

Algunas de las razones de esta norma son: a) el ahorro de tiempo y energía requeridos durante el período de entrenamiento; b) la disminución de la carga de pensiones de guerra (Francia se vio obligada a crear todo un Ministerio para ellas, después de la primera guerra mundial; c) la prevención de sentimientos depresivos, que pueden engendrarse en el sujeto cuando se considera inútil; d) la evitación de las influencias desmoralizadoras que involuntariamente tales casos ejercen al retornar como inválidos a la vida civil.

Un segundo principio a observar es el de procurar que el soldado recuperado vuelva a servir en la misma unidad de la que procede y donde tiene sus camaradas. Un reajuste a un medio enteramente diferente puede ser nocivo, no sólo porque el sujeto dé informes sino por que establezca comparaciones y haga comentarios que casi nunca son oportunos.

Un tercer principio es que tan pronto como se halle curado hay que analizar la causa de su baja y procurar extraer la lección de la experiencia, para evitar, si es posible, su reincidencia, por error o descuido. Por ello, a veces es preciso cambiarle de tarea dentro de la unidad a que pertenece; otras veces, es el ambiente inmediato de su grupo el que conviene modificar; incluso, en ciertos casos, hay que proceder a cambiar la actitud de los jefes respecto a él o a la técnica de combate.

También son muchos los casos en los que la neurosis o la alteración mental se deben a una falta de información y entrenamiento militar, o a un defecto en el cumplimiento de las instrucciones y deberes del servicio (tendencia a aislarse excesivamente durante la batalla, falta de "camouflage", insuficiente orientación, etc.).

Existe la posibilidad de que la unidad haya sufrido tan graves pérdidas que sea desaconsejable mandar de retorno a ella a los pocos supervivientes recuperados, ya que éstos recordarían siempre a sus antiguos camaradas desaparecidos y no conectarían bien con los sustitutos. Por ello, la transferencia del servicio psiquiátrico al frente conviene que sea hecha por intermedio de un servicio apropiado, en el que se compruebe su eficiencia actual como combatiente y se le reajuste, corrigiendo, si es necesario, los defectos de su técnica militar: Tal centro (de recuperación y readiestramiento) debería hallarse situado inmediatamente detrás de la línea de fuego, de suerte que su disciplina fuese tan elevada como lo es en ésta pero pueda ser graduada de acuerdo con el consejo emitido por el psiquiatra, en cada caso.

Centros de recuperación y readiestramiento en el ejército español republicano.

Los soldados dados de alta de nuestras clínicas de psiquiatría militar eran transferidos a esos centros (denominados CRIM : centro de recuperación e instrucción militar). Aquí se preguntaba su opinión acerca de: a) las causas y motivos de su baja; b) su autojuicio acerca de su capacidad -física y mental- actual; c) su deseo, indiferencia o temor respecto al retorno a la misma actividad militar que estaba realizando antes (explicando el porqué deseaba cambiarla si así lo manifestaba). Una vez obtenida así la visión de los planes, opiniones y deseos del

interesado, se reunían el oficial de clasificación y el médico, para decidir si estaba o no en condiciones de reemprender el servicio (para lo que se tomaba también en consideración el dictamen psiquiátrico). Claro es que el reajuste, empero, había de atender asimismo las exigencias del momento militar que se estuviese viviendo. Tan pronto como se había tomado una decisión, se le sometía al entrenamiento correspondiente y sus maestros daban un informe semanal de sus progresos.

Una atención particular se dedicaba en tales centros al desarrollo de juegos y deportes de competición y lucha, durante las horas de recreo. Observar la conducta de tales hombres durante un partido de balompié o una película era más revelador de su estado que la observación realizada durante el cumplimiento de los ejercicios de readiestramiento; de aquí que se prodigasen tales ocasiones de aparente esparcimiento. Dos veces por semana se hacía un llamamiento para voluntarios, con el fin de que tomasen a su cargo algún servicio suplementario dentro del propio Centro. Esto permitía contactar con tales hombres de un modo más informal y obtener datos fidedignos, respecto a la moral del grupo, en general. Los ejercicios físicos eran de tipo cooperativo, es decir, que requerían el trabajo en equipo (carreras de relevos, lucha a cuerda, etc.) con el fin de desarrollar el sentimiento de comunidad. También se permitían y estimulaban discusiones acerca de problemas de moral y marcha de la guerra, bajo la inspección y guía de los psiquiatras visitantes o el comisario político (morale officer) correspondiente.

Porcentajes de incidencia y recuperación de bajas mentales en el ejército y población civil de España republicana durante su reciente guerra.

Para evaluar mejor el trabajo que acabamos de delinear, será conveniente dar cifras de la incidencia, absoluta y relativa, de bajas mentales durante la guerra española, comparando las del ejército republicano y la población civil y observando, asimismo, los porcentajes de casos recuperados. Para empezar, citaremos los datos que nos han sido proporcionados por el Profesor Dr. José Puche, Inspector General de Sanidad Militar en nuestro ejército; ellos hacen referencia a los totales de bajas en dos frentes de lucha: el de Madrid, que era un frente estable durante 1938 (guerra de posiciones) y el del Ebro, que era un frente abierto en esa misma época (guerra de maniobras). En el frente de Madrid tuvimos 600.000 bajas en dicho año, descomponibles así:

52,36 % de heridos

40,35 % enfermos

1,05 % sin diagnóstico

6,24 % muertos.

Entre los enfermos tuvimos 12,63 % de infecciones y parasitosis y, *¡solamente, 0,43 % de casos mentales!*

En el frente del Ebro, durante 3 meses de fiero batallar, tuvimos 120.000 bajas, clasificadas así:

68,4 % heridos

24,1 % muertos

7,5 % enfermos.

Y entre este porcentaje de enfermos los casos mentales constituyeron, también *¡solamente, el 0,25 % del total!*

Los casos recuperados, que fueron transferidos a las clínicas quirúrgicas de los hospitales de campaña, llegaron al 88 %; un 6 % fueron dados por inútiles; otro 6 % murió.

En cuanto a las bajas mentales, solamente puedo transcribir el último informe de la Clínica de Psiquiatría Militar de la tercera Región, dado en diciembre de 1938, cuando la guerra estaba casi terminada y nuestra moral se hallaba en franco descenso:

Sumario de servicios de la Clínica Psiquiátrica de Vilaboi (Tercera Región Militar) durante diciembre de 1938.

Camas ocupadas en 1º de diciembre 114

Admisiones en diciembre 122

Altas durante diciembre 126

Camas ocupadas en 19 de enero 110

Las 126 altas se distribuían del siguiente modo:

Recuperados:

Reincorporados a la unidad 46

Enviados al Tribunal Neuropsiquiátrico y juzgados como útiles totales 03

Como útiles para servicios auxiliares 38

Enviados al Tribunal naval 04

Enviados al Tribunal sanitario internacional (B. L) 02

No recuperados:

Considerados como inútiles totales por el Tribunal neuropsiquiátrico 11

Evadidos 04

Transferidos a otros hospitales 18

Porcentaje total de recuperados 86,11 %

Para valorar estos datos correctamente conviene recordar que nuestra Clínica no recibía hombres directamente del frente, o sea, que el porcentaje de recuperados de los centros que los atendían allí (los denominados C. P. de prefrente) era aún mayor y alcanzaba el 93,6 %. Nuestros casos consistían en soldados y oficiales evacuados, precisamente, de tales centros y de los procedentes de las zonas de retaguardia de ejército, en donde se hallaba nuestro servicio (v. Cap. V).

De un modo general podemos afirmar que el número de bajas mentales del ejército español republicano fué extraordinariamente bajo y que su recuperación fué levemente mayor - en porcentaje - que que la observada en los casos de traumatismo, a excepción, claro es, de las muertes inmediatas. El porcentaje de muerte entre las bajas mentales, incluyendo los suicidios, no pasó del 0,18 % del total de casos hospitalizados.

Si ahora dirigimos nuestra atención al campo civil, para comparar datos, nos sorprenderá el hecho de que, durante los primeros meses de guerra, hubo un notable aumento en la cifra de admisiones en las Clínicas de Observación (públicas) de Madrid y Barcelona. Este hecho puede ser explicado por los factores siguientes: a) el colapso económico subsiguiente al derrumbe del Estado, que ocasionó la afluencia a los servicios oficiales de un contingente de pacientes que, en época normal, habrían sido atendidos en sus casas o en sanatorios particulares; b) las especiales condiciones de agitación social, que durante los primeros meses, favorecían la puesta en marcha de reacciones depresivas (o persecutorias) más o menos exageradas o simuladas, por las personas quintacolumnistas, es decir, simpatizantes con el enemigo pero habitantes en nuestra zona. Si eliminamos, sin embargo, los casos de simulación y nos limitamos a los reales enfermos mentales, destacaremos dos hechos: a) el aumento relativo de las reacciones esquizofrénicas (delirios de persecución o de reforma social), b) el aumento de las reacciones parafrénicas o, mejor, la alta incidencia de delirios sensoriales y paranoides en los estados depresivos.

En mi opinión ambos hechos pueden ser explicados. El primero es debido a la imposibilidad en que muchos sujetos se hallan para seguir viviendo en condiciones hostiles y amenazadoras de un ambiente ante el que han de ocultar sus sentimientos, por temor a ser denunciados. El segundo es comprensible, teniendo en cuenta la falta de apoyo social y de asistencia que los enfermos deprimidos tenían en la situación bélica. Mientras en condiciones de paz su familia, amigos, enfermeras y médicos podían atenderles cuidadosamente, hablar largo tiempo con ellos y darles seguridades acerca del futuro, dominando sus sentimientos de miedo o de culpa, ahora todos estos elementos estaban ocupados con sus propios problemas y cumplían apenas con sus tareas supercargadas, de suerte que no podían perder tiempo en mimos y atenciones. De aquí que los enfermos se sintiesen más aislados y se sumergiesen más en sus pensamientos de autorreproche y fantasía autística.

Naturalmente, estas situaciones no se dan en los países que conducen la guerra fuera de sus fronteras geográficas, pero ocurren en aquellos que tienen sus zonas ocupadas por el enemigo, cual pasa ahora en gran parte de Europa. Como una compensación por el aumento de casos hospitalizados se notó una disminución en el número de visitas a los servicios ambulatorios, durante la guerra española. Lo mismo ha sido observado en Londres durante la guerra actual, de acuerdo a mis informes.

Así pues, la comparación entre las zonas militares y, civiles nos lleva a las siguientes conclusiones: a) las neurosis y psiconeurosis se aumentan en el ejército y disminuyen en la población civil; b) los síndromes paranoides (esquizofrénicos y parafrénicos) se acrecientan más en los civiles que en los militares; c) las condiciones para el restablecimiento de las bajas mentales, sean estas neuróticas o psicóticas, son mejores en el ejército, por la ausencia de interferencias familiares, el sentimiento más exaltado de disciplina y deber y por la concentración de recursos terapéuticos, así como por la mayor autoridad de los psiquiatras.

Delincuentes, remisos, lisiados e inválidos.

Naturalmente, ni los delincuentes ni los remisos (*conscientious objectors*) ni los inválidos ni lisiados son predominantemente objeto de preocupación psiquiátrica, pero algo tiene que ver con ellos, de todos modos, el psiquiatra militar. Respecto a los primeros, es sabido que la Justicia Militar es la más severa de todas y cualquier ofensa o trasgresión legal que, en tiempos de paz, apenas si tendría consecuencias desagradables para su autor, tiene en el Código Militar una calificación y un castigo muy severo. Debido a esto, precisa tratar de reconciliar el punto de vista de los Jefes militares, que exigen el mantenimiento de la más estricta disciplina en el ejército, y los, criterios de los especialistas que saben con .cuanta facilidad un hombre aparentemente normal puede ser llevado a comportarse de un modo inconveniente, cuando vive en situaciones de emergencia.

Naturalmente, sería deseable realizar un cuidadoso examen psicológico y psiquiátrico de cada delincuente en el ejército, pero no es posible pedir demasiadas garantías del mismo cuando se está en un campo de batalla, sobre todo si el ejército está en retirada. En el capítulo V enumeré algunas de las más frecuentes transgresiones cometidas por los psicópatas enrolados y señalé

las medidas psicoterápicas convenientes para atajarlas. Ahora me atrevo a afirmar que logramos excelentes resultados transfiriendo a una mayoría de tales delincuentes a las "brigadas disciplinarias" y "brigadas de trabajo", en las que habían de realizar pesadas labores, tales como trabajos de fortificación, de transporte a mano, etc., o proveer voluntarios para tareas peligrosas. Creemos ese medio muy superior a las cárceles y campos de concentración, que habrían de desaparecer; la pena de muerte, para casos de alta traición, ha de ser, por desgracia, mantenida en condiciones de guerra, pero ha de ser eliminada como sanción para otros delitos.

Aun cuando en el ejército español no teníamos lugar para los denominados "*conscientious objectors*" (sujetos cuya conciencia no les permite ir a matar y son, por tanto, remisos para el servicio militar) se nos presentó el problema prácticamente, al reclutar los seminaristas (estudiantes religiosos) o, incluso, el personal clerical. Se resolvió disponiendo que sirvieran para dar auxilios espirituales a los heridos (curas castrenses) y, cuando había exceso, se dedicasen a labores sanitarias (enfermería) y a servicios antiaéreos. Es curioso que las autoridades angloamericanas admitan oficialmente esa categoría de *conscientious objectors* y, no obstante, se nieguen a discutir las objeciones conscientes de quienes no han osado calificarse así. Yo preferiría que siguieran un criterio opuesto: no admitir el problema a priori y tratarlo, en cambio, con toda su extensión, en privado.

Otro problema, de mayor envergadura, es la readaptación de los lisiados e inválidos. Estos hombres creen que han dado más de lo que se les podía pedir para la causa y, consiguientemente, piden ser dados de baja y recibir una pensión vitalicia. Nosotros nos mostramos partidarios de que tales hombres conservasen su uniforme, porque no queríamos perder su enorme influencia moral. Algo había que hacer para honrarlos y, al propio tiempo, aprovecharlos. El Jefe del Gobierno Republicano y Ministro de Defensa resolvió el problema mediante un decreto, por el cual se les retenía en servicio, durante la guerra, pero otorgándoles cargos de inspección, control, enseñanza, administración, etc., que eran compatibles con sus diversas invalideces y habían de ejercer en instituciones militares de la retaguardia. De esta suerte, se hallaban sometidos, de una parte, al cuidado médico y, de otra, al readiestramiento, orientación profesional y readaptación, en tanto seguían teniendo la noción de su valor.

He de mencionar que los rebeldes siguieron el mismo criterio creando la orden de los llamados "caballeros mutilados", a los que confiaron tareas selectivas en la retaguardia. Quizá la razón de esta coincidencia fuese que los servicios de readaptación de inválidos habían alcanzado un alto nivel en la época de preguerra, gracias a los esfuerzos del Instituto de Reeducación de Inválidos de Madrid, en donde se verificó un Congreso internacional, acerca de este problema, bajo la presidencia del Dr. Oller.

Quiero destacar que todos los inválidos requieren una asistencia psiquiátrica para reajustar su personalidad a sus nuevas condiciones de existencia. De nada sirve gastar dinero en aparatos ortopédicos y ejercicios de reeducación si antes no se ha conseguido que la mente se adapte al nuevo modo de existir y se decida a seguir siendo útil, en la guerra como en la paz.

El Dr. D'Harcourt, Jefe de los Servicios Quirúrgicos que se ocupó especialmente de este asunto, insistió en que el conocimiento previo de la personalidad del inválido era indispensable para trazar el plan de su readaptación. Cómo había afectado a su ánimo la mutilación, cuál era su actitud y su ambición actual, cómo pensaba seguir viviendo, eran datos esenciales para el planeamiento de la asistencia técnica, económica, médica y social del inválido. Un cierto número de psiquiatras militares habría de especializarse en esta rama, para cooperar con los restantes técnicos en la asistencia ulterior de estas personas, que constituyen el más doloroso y permanente lastre de las guerras.

CAPITULO VIII

Moral

Concepción experimental de la conducta moral.

En junio de 1933, presenté al Congreso de la Asociación Americana para el progreso de las Ciencias, que se reunió en Chicago, una comunicación cuyo título era el mismo que el subtítulo de este capítulo. En ella presenté los resultados de varios años de trabajo experimental sobre el tema. (El texto completo de dicho trabajo apareció más tarde, en febrero de 1934, en el "Journal of Criminology and Criminal Law").

La conclusión general de este trabajo era que toda la conducta humana se halla dirigida por tres actitudes fundamentales de reacción, cada una de las cuales corresponde a una de las emociones básicas: defensa-miedo; ataque-cólera; creación-amor. El objeto o estímulo desencadenante de tales reacciones puede hallarse en el interior del organismo o en el mundo externo.

La conducta humana, considerada desde un punto de vista biológico o natural, no es moral ni inmoral. El valor moral se le atribuye a posteriori, siempre que es considerada desde un punto de vista psicosocial. Esto quiere decir que el valor ético de una acción no depende solamente de su resultado, motivos y finalidad, sino, predominantemente, del marco social y de la concepción del mundo que escojamos para juzgarla: por ejemplo, las acciones de Hitler son simultáneamente elogiadas y condenadas por millones de personas educadas.

No obstante, hay un criterio genérico para la evaluación de la conducta social, independientemente del marco histórico en que es observada. En este aspecto me aventuro a decir que la conducta humana basada en el miedo representa la forma más baja y antigua de la moral. Cuando un individuo realiza algo o deja de realizarlo, porque está atemorizado de las consecuencias de proceder de otro modo, no podemos esperar que aproveche al máximo sus recursos mentales, ya que tal conducta no obedece a una motivación primaria y espontánea, puesto que el sujeto está más preocupado por evitar el castigo o el peligro que por obtener un éxito real en su quehacer. Por esto, la educación clásica pudo tener éxito en la consecución de un cierto número de hábitos sociales, pero fracasó rotundamente en la obtención de la felicidad humana.

Cuando la conducta es impulsada por la cólera, el sujeto puede utilizar plenamente sus poderes, pero éstos se hallan dirigidos hacia una finalidad destructiva; la felicidad solamente se consigue mediante el sufrimiento de algo o alguien ajeno a su autor. Ese alguien puede ser, a su vez, estimulado por la venganza y tarde o temprano ocasionar un perjuicio, pues ya sabemos que no hay enemigo pequeño.

Solamente cuando el sujeto actúa bajo la influencia del amor, es capaz de crear algo que no presuponga ninguna pérdida o desvalor ajeno. Entonces, en vez de lucha y rivalidad, se despiertan paz y espíritu de cooperación. El amor lleva a la efusión, el miedo a la infusión y la cólera a la confusión. Incluso cuando un sujeto practica el amor a sí mismo (narcisismo o autoerotismo, que es, naturalmente, la peor forma del amor) es más aprovechable para la humanidad que cuando se odia a sí mismo.

Como ya dijimos en el primer capítulo, la vida humana es tan complicada, que frente a cualquier objeto o situación se producen mezclas de las tres actitudes reaccionales primarias y por ello resulta, a veces, tan difícil interpretar la conducta humana desde el punto de vista ético.

Otra conclusión general del trabajo que comentamos, era la de que no existe una oposición radical entre las formas extremas de la conducta moral. En una misma persona podemos observar pésimas y óptimas acciones. Todo lo que podemos afirmar es que las consecuencias

sociales de la conducta individual - y esto implica asimismo la medida de su responsabilidad - dependen predominantemente de: a) la fuerza de sus impulsos; b) el grado de su inteligencia; c) su influencia personal sobre el grupo social y el poder de este grupo. Consiguientemente, hay personas que no pueden ser dañinas ni benéficas aun cuando se lo propongan; pero otras lo son siempre, aun cuando no quieran serlo.

Si esto es así, y creo que lo es, hemos de esperar hallar grandes cambios en los valores morales cuando la vida de la población pasa de la paz a la guerra. Y aun hemos de esperar mayores cambios si la guerra se transforma en revolución.

Estas transformaciones no pueden ser objeto de una calificación general, toda vez que algunos hábitos y rasgos sociales se cambian para bien y otros para mal. Con estos calificativos (bien y mal) deseo significar ahora, la aromación o la disminución de los valores sociales, tales como: amistad, solidaridad, simpatía, honestidad, generosidad, tolerancia, cordialidad, sinceridad, etc. Si consideramos al individuo en vez de al grupo, nos sorprenderemos de ver que tal sujeto que era amable y gentil en su escritorio o taller, se nos muestra ahora resentido, celoso, desconfiado o sarcástico en la trinchera de combate. Por el contrario, el "punto negro" del pueblo - pendenciero, procaz, grosero - ahora se muestra como otra persona, cuando viste el uniforme:

Quizás es por esta razón que en la prueba de la donación de sangre hallé el máximo número de donantes entre los criminales y el mínimo entre los estudiantes de Derecho. Por esto, la única forma de evitar confusiones es identificar la moral de guerra con la determinación de conseguir la victoria militar sobre el enemigo nacional, dentro o fuera del territorio de la Patria. Desde este punto de vista, todo lo que acelere o asegure la victoria es bueno y todo lo que la retrase o dificulte es malo.

Fines de la moral de guerra.

Voy a tratar de este tema repitiendo lo que escribí en colaboración con el Profesor Douglas Fryer para su próximo libro de Psicología Militar.

La filosofía de las naciones democráticas, incluye normas legales, éticas y religiosas, de pacifismo o no-agresión, en individuos y grupos. En cambio, la filosofía de los estados totalitarios, justifica la guerra en lucha con otras naciones. Una democracia se aferra a sus hábitos de paz, adquiridos en su infancia, incluso cuando le parece justificada la necesidad de cambiar su conducta y hacerla agresiva. El estado autoritario es agresivo en la paz y la guerra, para él, no es más que un episodio de su agresividad nacional.

De aquí, que sea necesario cambiar la actitud pacifista, de los pueblos democráticos, para adaptarlos a la guerra. Precisa establecer una reversión de sus convicciones, de suerte que la supervivencia individual y del grupo, se ligen al resultado de su participación en la guerra.

Un tal cambio se conseguirá explicando con detalle los fines de la guerra y proporcionando al individuo y al grupo democrático el entrenamiento necesario para conseguirlo. Puntos básicos para esta moral de guerra democrática son:

- 1) Es mayor el peligro y el daño para soldados y civiles que enfrentan un enemigo totalitario, tanto si tratan de eludirlo como si luchan contra él.
- 2) Es mejor obedecer las órdenes y leyes oficiales que tratar de burlarlas, aun en los casos en que puedan parecer erróneas.
- 3) El enemigo no solamente es malo sino débil; será derrotado cualesquiera que sea el curso aparentemente adverso de los acontecimientos.

4) La victoria traerá todo lo bueno, la derrota todo lo malo; la victoria sólo se conseguirá sacrificando el presente individual y colectivo en aras del futuro, tras ella vendrán no sólo la paz sino la prosperidad y la felicidad - la realización de ideales y una vida utópica.

El primero de los puntos citados, requiere proporcionar a los civiles y a los soldados la demostración práctica de que van a sufrir más peligro de ser muertos, heridos o maltratados si se entregan que si tratan de destruir al enemigo. Cada soldado debe combatir hasta lo último, tanto si se halla con sus camaradas como solo, delante o detrás de las líneas enemigas. El civil debe permanecer en su comunidad y realizar todo lo pedido por las autoridades, así como cuanto se le ocurra de provecho para perjudicar al contrario, incluso la completa, destrucción de su propiedad individual cuando vaya a ser ocupada por el enemigo.

Para lograr el segundo objetivo, de aceptación de la autoridad, la prensa, la radio y todas las organizaciones sociales han de ser movilizadas con el fin de mostrar el valor que tiene, en tales condiciones de emergencia, la obtención de un temple nacional homogéneo y controlado. El convencimiento se crea por la celebración y conmemoración de efemérides nacionales, desfiles y discursos patrióticos; la participación se asegura mediante la formación de juntas y comités civiles de defensa.

Todos estos objetivos se resumen en el lema que imperó en la República Española durante la guerra: Un pacifista es hoy un desertor; mañana puede ser un enemigo. Debe, pues, ser tratado como tal.

El tercer objetivo (superioridad sobre el enemigo) se establece en soldados y civiles mediante el desarrollo y mantenimiento de actitudes y sentimientos patrióticos de fe y de orgullo por las gestas nacionales. Contribuyen a ello la exhibición de "films" en que se reproduzcan los mejores éxitos bélicos nacionales, ceremonias en honor de héroes, condecoraciones y premios por el esfuerzo de guerra, profusión de banderas, presentación del poderío militar nacional y radiación de programas bélicos.

El cuarto objetivo - una utopía posbélica - es más difícil de establecer, ya que los individuos demuestran su recelo en aceptar hipotéticos beneficios futuros, en pago de sacrificios presentes. Las opiniones y los criterios políticos pueden ser tan diversos en los ciudadanos de una nación que resulte casi imposible hallar un programa completo de posguerra, capaz de satisfacer a la mayoría. Cuando existe una alianza de varios Estados, un tal programa resulta todavía más difícil.

Para obviar tales diferencias se hace necesario un reajuste gubernamental, es decir, la creación de un gobierno de unión nacional, a semejanza de lo hecho en Inglaterra, Francia y la República Española. De esta suerte todos los grupos sociales de la nación se creen que sus ideas o fórmulas de organización social tendrán una consideración prevalente en el futuro. Deben promoverse, asimismo, reuniones de las sociedades científicas y de los clubes sociales, destinadas a discutir el problema de la reconstrucción. Pero por el momento, y debido a la emergencia, todo el mundo ha de olvidar sus propios deseos y aprestarse a aumentar sus obligaciones hacia la sociedad: "El sacrificio es inevitable para conquistar la victoria y la felicidad futuras", "Lo que ahora aparece malo será, a fin de cuentas, lo mejor"; tales son los lemas que mejor sirven para esta finalidad. Una declaración de fines de guerra aceptable por la mayoría es el aglutinante utópico preferible; ejemplos de este tipo los hallamos en los famosos puntos de Wilson (1918), Negrín (1938), Roosevelt y Churchill (1941).

Si los individuos y los grupos pueden o no conseguir sus deseos, es cuestión secundaria en la emergencia nacional. Aquellos que sean inteligentes y con buen temple lo comprenderán y desearán el buen fin de la guerra, aun cuando se convenzan de que tras de él no se podrá vivir tan bien como antes. Una vez que la situación de guerra ha sido reconocida como inevitable, ha de aceptarse también la necesidad de la victoria.

Cómo integrar la moral

A pesar de que las guerras de hoy son globales o totales, existen diferencias en el temple moral de las zonas militares de combate y las zonas civiles de retaguardia. Puede afirmarse, a priori, que es más elevada la moral en las primeras por: a) la selección de los combatientes, ya que sólo son aceptados los hombres física y mentalmente aptos; b) la acumulación del poder militar -cañones, tanques, aeroplanos, etc. - que comunica confianza en la invencibilidad; c) la existencia de un sentimiento de camaradería y cooperación que hacen al sujeto sentirse protegido y animado por su grupo.

En la retaguardia, por el contrario, se congregan los débiles y los enfermos; los cobardes también consiguen frecuentemente permanecer en ella, más o menos camuflados; existe una mayor heterogeneidad de opinión y relajación de lazos sociales, de suerte que la propaganda enemiga puede difundirse más fácilmente.

Hay muchos ejemplos concretos para demostrar que la retaguardia constituye, al final, el punto por el cual se resquebraja la moral de los combatientes. Esto ocurrió en Alemania en 1918 y en la República Española en 1939. Muchos soldados resisten mejor sus propios sufrimientos que la idea de prolongar los de aquellos a quienes aman, si continúan combatiendo. Si carecen de noticias piensan en lo peor; si las que reciben son demasiado lacónicas, se enojan con el censor; y si vienen sin censura, se dan cuenta que sus familias desean tenerlos de regreso. Esta fuerza de absorción del combatiente por la retaguardia puede minar más la moral del ejército que la propia presión del enemigo.

Inversamente, los que están en la retaguardia se preocupan más por lo que sucede a sus queridos combatientes (hijos, hermanos, maridos, padres, novios, etc.) que por los peligros de invasión o de esclavitud. Debido a que una mayoría de ciudadanos no puede llegar a imaginarse con precisión lo que sería el futuro nacional en el caso de una derrota, vive con la única preocupación de: "¿ Dónde está?", "¿ Está vivo o muerto?"

El problema es, pues, cómo integrar la moral de modo que cada zona refuerce a la otra. Previamente adelanté la idea de conceder una atención especial a la franja intermedia entre las dos, ya que ésta (llamada retaguardia del ejército) es un puente en el cual se mezclan las noticias y las actitudes, a pesar de todos los medios de prevención que puedan emplearse. En el caso de los Estados Unidos, ese puente está representado por las zonas costeras de ambos océanos.

La más importante organización para el mantenimiento de la moral de guerra debe, por tanto, localizarse en esa zona y, toda vez que la mezcla es inevitable, tratar de controlarla convenientemente. El primer cuidado ha de ser el de vigilar estrechamente al elemento femenino de la misma, ya que éste es el que mejor moviliza las noticias inconvenientes de uno y otro lado. Una segunda medida es la de distribuir un número de agentes detectores en tales zonas, para aislar a quienes hablan demasiado o dicen cosas perjudiciales. La lucha contra los rumores es tan importante como la lucha contra el enemigo, aun cuando a veces, por razones de táctica, militar, será conveniente difundir falsos rumores (contrarumores) para desorientar a los espías enemigos.

Una tercera e importantísima medida es el control de la correspondencia. Como la censura ha de estar localizada en esta zona intermedia, es aconsejable tener instrucciones impresas que serán dadas privada y verbalmente a los que la crucen en una u otra dirección. Tales instrucciones contendrán especialmente los siguientes puntos: a) Evite toda información que pueda ser usada por el enemigo si leyera la carta; b) no intranquilece a quienes le quieren con relatos desagradables; por el contrario, trate de darles la impresión más favorable de su estado de ánimo; c) avance tres o cuatro días la fecha de su carta para que les parezca más reciente cuando la reciban; d) envíeles fotos sonrientes y no descuide de incluirles algún buen chiste, si es posible.

Respecto a la transferencia de personas de la retaguardia a la zona de ejército para distraer las tropas y, viceversa, enviar a la retaguardia un héroe del frente, es siempre deseable hacerlo, a condición de que se haga con acierto la selección de tales personas. En la guerra española, no

obstante, resultó preferible organizar emisiones radiales desde el frente y para el frente (en la retaguardia), que transferir artistas de una a otra zona.

La condición más importante, sin embargo, para elevar la moral de toda la nación, es la de darle una información clara y concreta de lo que se juega en la guerra y de lo que arriesga en el caso de ser derrotada. Tal información no puede basarse en frases brillantes ni en afirmaciones abstractas, sino en hechos sólidos. Cada ciudadano, civil o soldado, debe saber cómo sería el curso de su vida si el enemigo ganase. Esa información no debe serle dada por políticos histriónicos o por empleados pagados por el Ministerio de Propaganda, sino, a ser posible, por personalidades de relieve científico. Casi todos los profesores universitarios de la España Republicana se prestaron voluntariamente a tal tarea y ésta es una de las razones por las que ahora están en el exilio. Nunca en la historia se pusieron tan en contacto los mejores cerebros de la nación con su pueblo y con el ejército, como en la reciente guerra española. Así consiguieron explicar hasta a los soldados y civiles más torpes, lo que ocurría en el mundo y por qué estaban combatiendo. Incluso consiguieron convencer al pueblo que una muerte inmediata era preferible a otra lenta y futura, más una eterna ignominia. Porque los ciudadanos tienen un gran respeto para los hombres de ciencia y saben que no les mentirán, éstos poseen un enorme crédito y valor psicológico, por lo que deben ser usados no solamente de acuerdo con sus capacidades estrictamente técnicas, sino, también, de acuerdo con sus poderes humanos de persuasión.

Persuasión, sugestión y coerción.

Ya he dicho que siempre que el pueblo teme las consecuencias de la derrota, odia a los líderes enemigos, responsables de la guerra, y ama las consecuencias de la victoria, su moral es óptima.

Hay tres medios de dirigir la conducta humana: Apelar la razón (persuasión), apelar al sentimiento (sugestión) y apelar al deber (compulsión). El primero ha de ser usado en su máxima extensión por los hombres más eminentes de la nación y, en primer término, como ya hemos indicado, por los universitarios e investigadores más solventes. El segundo deberá ser empleado por los artistas (especialmente escritores) y por los sacerdotes. El tercero estará en las manos del gobierno oficial y será regulado por la ley y la policía.

Los psicoterapeutas afirman que ni la pura persuasión ni la sugestión ni la compulsión o la prohibición son suficientemente efectivas para hacer que un hombre resista el poder de sus impulsos y fuerzas subconscientes. Tres escuelas psicoanalíticas rivales han intentado utilizar una de estas armas para reajustar a los sujetos psicopáticos: los freudianos, que dan al paciente, de un modo frío y neutral, la mayor cantidad posible de información; los junguianos, que crean en él el convencimiento de que posee nuevas e ilimitadas energías (y por tanto trabajan predominantemente en el campo de la sugestión mítica); y los adlerianos, que enfrentan severamente al paciente y le recuerdan sus deberes sociales, advirtiéndole que nunca logrará la paz y la satisfacción si no se comporta correctamente. Cada una de estas escuelas tiene sus adherentes y consigue éxitos y fracasos, según el tipo de personalidad sobre el que actúan. El buen psicoterapeuta sabe cómo combinar en cada caso la dosis apropiada de información (persuasión), inspiración (sugestión) y exhortación (compulsión o coacción), para conseguir los mejores resultados.

El entusiasmo para la lucha no es suficiente, porque aun cuando es deseable puede ser perdido bruscamente. El *convencimiento* es necesario para producir la fría determinación de proseguir la guerra cuando el entusiasmo ya pasó. *El sometimiento a una disciplina estricta* es, asimismo, requerido y deriva de la aceptación del concepto del Deber.

Debido a la gran difusión de las ideologías políticas en el mundo, apenas si existe una persona que no tenga su propia filosofía política y, por tanto, que no merezca ser informada y convencida de las razones de la lucha. No hablar de estas cosas es tan tontamente ingenuo como no hablar de los problemas sexuales a los adolescentes: éstos los descubrirán a pesar de la censura de los padres. Por ello el pueblo formará su opinión, aun cuando los líderes políticos permanezcan en silencio y rehúsen discutir las cuestiones fundamentales. .

El mejor modo de vehicular la sugestión es racionalizarla. Los alemanes son, indudablemente, maestros en este arte: usan con aparente minuciosidad principios lógicos en los cuales envuelven su propaganda gracias al truco consistente en partir de premisas falsas o soslayar otras verdaderas. Este procedimiento es semejante al que actúa en los cerebros paranoicos y todo el mundo sabe cuán difícil resulta, a veces, demostrar lo erróneo de sus aseveraciones.

Esta clase de propaganda sugestiva debe ser presentada en forma impresa y con ilustraciones. La gente cree más fácilmente lo que ve escrito que lo que oye, y acepta como fidedignos los datos estadísticos y las gráficas, aun cuando todos sabemos lo fácil que es deformarlas.

Los carteles y anuncios bien dibujados pueden tener también un tremendo efecto sugestivo. El tono cómico es superior al trágico. Así, por ejemplo, el enemigo no debe ser pintado como un monstruo o como un animal feroz, ya que tal imagen es más apta para asustar que para animar al promedio de los ciudadanos. Por el contrario, ha de ser ridiculizado y menospreciado. Un lema muy breve, a ser posible en verso, aumenta su efecto. Rusos y españoles han usado esta forma de propaganda sugestiva con gran habilidad; por ello no es de extrañar que el primer premio de un concurso internacional para elegir el mejor cartel a favor de la victoria de las Naciones Unidas, haya sido ganado por un artista español, Renau, antiguo director de Bellas Artes en Madrid, hoy exilado en México.

Un buen ejemplo de este tipo de propaganda nos lo proporciona el efecto estimulante de un cartel titulado "Franco nunca será Franco". El Führer español aparecía en él tras de una pared, sosteniéndose sobre una plataforma, apenas mantenida por soldados alemanes, italianos, portugueses y moros; sus piernas temblaban y su mano agarraba convulsamente la plataforma mientras su cabeza aparecía por encima de la pared, gritando: "¡Arriba España!". España estaba representada por un toro agonizante, en la parte inferior del cartel, aplastado por todo el embeleco anterior. En cuanto a la pared, estaba compuesta por un conjunto de obispos, generales y banqueros. La sangre del toro, derramándose entre el amarillo del trigo y el púrpura del cielo formaba la bandera republicana, que era, finalmente, flameada por los vientos de la libertad y la democracia. Esta composición poseía los caracteres de simbolismo, humor y realismo, que los alemanes sintetizan con el calificativo de: "Anforderungscharakter", o sea, valor "incitante". En efecto, quienquiera que lo mirase se sentía animado para la lucha y satisfecho por su visión.

Una palabra ha de ser dicha respecto al tercer factor, la coacción o coerción. No intento negar su eficacia, pero deseo hacer constar que es menor que la de los otros dos, a pesar de que aparentemente pueda creerse lo contrario. Si se hace imprescindible aplicar este último recurso - por leyes u órdenes sancionadas con muy severas penas - resulta preferible, al menos, aplicarlo abiertamente en vez de usarlo de un modo clandestino o secreto. Así, por ejemplo, los alemanes no ocultan el fusilamiento de sus rehenes y gracias a ello consiguen gobernar centenares de millones de europeos que los odian. El Gobierno no ha de actuar secretamente ni tiene por qué disfrazar sus intenciones, como hacen los bandidos profesionales.

Hay un solo medio de evitar el uso de los frenos coactivos: asegurar a los ciudadanos la comprensión y la aprobación de las razones de los sacrificios que se les piden. Esto, a su vez, se obtiene cuando quienes piden tales sacrificios son los primeros en realizarlos. Así, por ejemplo, las privaciones, tales como el racionamiento, han de ser compartidas no solamente por el pueblo, sino por las autoridades; las únicas excepciones serán determinadas no por la jerarquía oficial o social, sino por el tipo e intensidad del esfuerzo que cada cual es llamado a realizar. Así, durante la guerra española, cualquier muchacha que trabajaba en una fábrica de municiones recibía más comida que yo, puesto que necesitaba una ración extra para sus esfuerzos musculares y yo no.

La igualdad y la justicia en la exposición al peligro y al sufrimiento son quizá los factores más importantes para mantener elevada la moral del pueblo durante las más duras condiciones de la guerra. Este hecho ha sido comprendido por los mejores guerreros y líderes de la Historia. Hemos de admitir que Hitler también lo conoce y extrae de él el máximo de ventajas.

Evaluación de la moral combativa en soldados y civiles.

Nadie es vencido hasta que cree estarlo. Mientras se mantenga el propósito de combatir existe siempre una posibilidad, incluso en las peores condiciones materiales, de continuar la lucha y obtener la victoria. Por lo tanto, la evaluación periódica de la voluntad combativa, o moral bélica, nacional, es tan importante como la consecución de una alta producción bélica. La Historia nos da abundantes ejemplos para demostrar que el decaimiento de la moral puede ser relativamente independiente del estado de fatiga física y de la posición estratégica del ejército en un momento dado.

Dos medios distintos podemos usar para explorar la moral colectiva: la observación y la experimentación. El primero puede ser directo o indirecto. El segundo puede consistir en técnicas verbales o motoras. Mi experiencia es favorable al uso de la observación indirecta y de las pruebas motrices colectivas.

Los métodos de exploración de la opinión pública durante la paz no sirven ahora, puesto que las leyes de defensa nacional impiden la manifestación de los sentimientos opuestos a los deseados oficialmente. Por ello las entrevistas, cuestionarios y discusiones, así como las pruebas verbales, pueden darnos alguna información acerca del estado intelectual o emocional, mas no podrán asegurarnos una visión exacta de la determinación colectiva de proseguir la guerra.

Para compensar tales deficiencias durante la última guerra española, ensayé varios medios de observación directa de la moral colectiva en la población civil-militar. Siguiendo la línea de previas investigaciones (véase: "New Directions in Testing Affectivity", *Proceedings of the Ninth International Congress of Psychology*, Yale University), primero usé los datos estadísticos como índice; tales eran, por ejemplo, el número de bebidas vendidas, el número de concurrentes a los espectáculos públicos, el porcentaje de voluntarios en los diversos servicios, las cantidades recaudadas en campañas petitorias, conducidas en áreas urbanas experimentalmente seleccionadas, etc.

Pronto empecé a organizar la investigación experimental y uno de mis primeros intentos consistió en la pérdida deliberada de varias tarjetas de racionamiento en las que los nombres de los propietarios podían ser fácilmente substituidos. Anuncios en los periódicos pedían su retorno; el número de las no devueltas se suponía que estaría en razón directa del decrecimiento de la moral. El experimento falló por falta de cooperación de los empleados que controlaban la comisaría de alimentación.

Un segundo intento en la misma dirección fue la publicación en dos periódicos del siguiente anuncio: "Joven persona, de buenos modales, se necesita para asistir a vieja señora y acompañarla, eventualmente, al extranjero. Se ruega escribir a la casilla 1276". Todos los aspirantes eran requeridos para mandar sus datos personales; se suponía que el número de respuestas aumentaría en razón directa del deseo de escapar de las penalidades de la guerra. Cuando el experimento estaba en su apogeo me informé de que era mucho más fácil obtener los mismos datos investigando el porcentaje de desertores del ejército, de solicitantes de permiso por enfermedad o de ayuda social. Todos estos datos se hallaban en manos distintas y me habían parecido imposibles de reunir, mas no fue así y resultaron excelentes indicadores de las variaciones de la moral colectiva en cada momento.

Índices de moral.

Cuando la guerra estaba ya en su tercer año, me di cuenta que había descuidado otro medio de averiguar la moral del pueblo y del ejército: el análisis de los tópicos espontáneos de conversación y de las reacciones de los oyentes a los llamados "chistes exploradores" difundidos por la radio. También, la velocidad con que rumores, favorables y adversos, experimentalmente fabricados, se difundían en las ciudades, era un buen índice. Resumiendo toda la experiencia de la guerra y del exilio, creo conveniente citar los principales signos de la buena y la mala moral de guerra, juzgada por la conducta ante los acontecimientos.

La buena moral de guerra se evidencia en: a) el alto porcentaje de alistamientos voluntarios para los puestos de peligro combativo; b) el intenso y espontáneo aporte de dinero en las

campañas de colecta popular; c) lluvia de cartas, proyectos, sugerencias e inventos voluntariamente ofrecidos a las instituciones oficiales, para aumentar la eficiencia del ejército nacional en su lucha; d) exhibición de toda clase de insignias, banderas, retratos y emblemas militares en la retaguardia; e) gran venta de músicas, cantos, novelas, discos y recuerdos patrióticos; f) vítores y aplausos a los representantes de las fuerzas armadas o del Estado, bien sea en su presentación personal, bien sea en su efigie; g) chistes optimistas e historietas despreciativas para el enemigo; h) ausencia de rumores; i) completo crédito y confianza en las noticias oficiales y en las consignas de los directores nacionales ; j) planes y proyectos para la reconstrucción en la posguerra.

El descenso o la mediocridad de la moral de guerra pueden deducirse de los siguientes signos: a) aumento de las alegaciones y solicitudes legales para eludir los riesgos y obligaciones de la guerra; b) aumento de la tendencia especulativa, para asegurar la riqueza individual mediante negocios aún legales (monopolios, cambios de billetes, acaparamiento, etcétera) ; c) aumento de las discusiones referentes a fines de guerra y a estrategia, con críticas para la política gubernamental; d) aumento de las organizaciones de ayuda y socorro y de las agencias operantes con la superstición y las creencias mágicas individuales; e) indiferencia progresiva para la literatura de guerra; f) falta de asistencia a las reuniones, revistas y desfiles de las fuerzas armadas; g) chistes acerca, de los propios defectos de la organización nacional; h) resistencia a la aceptación de las noticias oficiales y fácil difusión de rumores respecto a pérdidas bélicas, o desavenencias entre los jefes militares y políticos, etc.; i) tolerancia frente a la aparentemente cándida afirmación de que la guerra es absurda y no puede ser ganada, puesto que todos pierden en ella (ésta es la primera fase del ataque de los pacifistas y negociadores) ; j) aparición de las neurosis de guerra, como problema, en las fuerzas combativas.

Suponiendo que el descenso de la moral nacional se acentúe todavía más, aparecen nuevos y alarmantes signos, como heraldos de la derrota. Tales signos, casi siempre, se observan primero en la retaguardia y de allí se infiltran lentamente en la zona militar, promoviendo el colapso de los combatientes. Podemos resumirlos así: a) continuo decrecimiento de la curva de producción, a pesar de la progresiva severidad de las medidas adoptadas para aumentarla; b) injustificado aumento de los precios de alimentos y objetos, debido a que los comerciantes no quieren cambiarlos por monedas y prefieren almacenarlos; c) desaparición total de las iniciativas privadas tendientes a ganar la guerra; d) completo desinterés por los discursos, arengas y ceremonias de propaganda bélica; e) desconfianza y pasividad o resistencia a cumplir las últimas disposiciones oficiales, referentes a los diversos aspectos de la vida nacional; f) aparición de folletos pacifistas, letreros escritos a mano (basta de guerra - queremos la paz, etc.) ; g) aumento de las dimisiones y renunciaciones espontáneas de quienes ocupan puestos directivos, dando lugar a una mayor desorganización y paralización de las actividades burocráticas; h) aumento de suicidios y delincuencia; i) aumento del número de las neurosis de guerra en la retaguardia y de las bajas mentales entre oficiales y jefes; j) aumento injustificado del número de prisioneros perdidos por las unidades militares; k) aparición, en las tropas, de la añoranza aguda por el hogar. Ésta es una especial aflicción que puede hacer desertar a los combatientes para volver a ver a sus familiares y esconderse en la retaguardia, en espera del fin de la guerra. Más que una desertión esta fuga viene a ser una reinserción del sujeto en el núcleo familiar, al cual retorna por su regresión al nivel infantil, buscando protección, en vez de darla.

Evaluación de la capacidad combativa individual.

Cuando hay una voluntad, no siempre hay un camino. Más de un ciudadano desearía ser héroe nacional, pero fracasa en su ambición por falta de oportunidad, inteligencia o valor. Lo que realmente importa en la situación bélica no es tanto lo que el sujeto desea hacer como lo que realmente hace; por ello es deseable la posesión de un índice objetivo de la eficiencia combativa individual en un momento dado. Hasta qué punto tal eficiencia sea debida a rasgos constitucionales, al amor propio, al sentido del deber, a la acción de un excitante, etc., nos tiene sin cuidado ahora, con tal de que exista.

Siempre me había llamado la atención la importancia que los jefes militares asignan a la apariencia marcial de sus soldados. Insisten una y otra vez en que éstos se muevan saluden y marchen conjuntamente de un modo uniforme y casi con precisión mecánica, como si fuesen autómatas. El general Moltke incluso dijo: "Déjenme ver cómo marchan por la carretera dos ejércitos y les diré cuál de ellos será el vencedor". Para conseguir este control muscular, todos los ejércitos dedican considerable tiempo y energía al entrenamiento físico de los reclutas, enseñándoles especialmente a "cuadrarse" y "plantarse" como verdaderos soldados. Me atrevería a decir que la diferencia en el modo de andar y de pararse es la más importante de las que existen entre los civiles y los militares.

Estudiando la teoría motriz de la conciencia y pensando desde el punto de vista de la psicología dinámica (o "topología", como Kurt Lewin la llama), me convencí de que no solamente existe un arte de la expresión, sino que puede haber una ciencia de la expresión y que un estudio cuidadoso de las posturas y los gestos de cualquier sujeto, puede ser efectivo para descubrirnos sus actitudes más íntimas, incluso si tiene la intención de simularlas o disimularlas. Las intenciones individuales son, efectivamente, in-tensiones, o sean tensiones internas que se graban en la esfera muscular; por ello se comprende que los jefes militares intenten obtener la distribución más perfecta de tensiones musculares en los cuerpos de sus soldados.

Naturalmente, todos los trabajos hechos en el dominio de la fisiognomía, la quirología y la grafología, así como los hechos por pintores y productores de "films" cinematográficos (especialmente mudos) se justifican con este criterio; y lo mismo ocurre con la teoría de James-Lange. Incluso ahora podemos comprender el beneficio de la terapéutica ocupacional en psiquiatría: la realización de nuevos movimientos deshace los distorsionados moldes de reacción muscular que se habían fijado y estratificado en el sujeto, creando así la posibilidad de un cambio favorable en sus actitudes y criterios.

Pensando así, en 1935, decidí crear algún medio de explorar el esqueleto caracterológico mediante el análisis de las tensiones musculares involuntarias en el sujeto. A la sazón trabajaba con el método de la expresión motriz de Luria, para controlar la sinceridad del testimonio y usando un especial monatómetro, como detector de mentiras (descrito en mi libro: Psicología Jurídica. Ed. Salvat, 1932), me sorprendió el hecho de que la longitud de los movimientos tendía a decrecer en los sujetos inhibidos y a aumentar en los excitados, cualesquiera fueran las preguntas y las respuestas observadas en la experiencia.

Infelizmente sobrevino la guerra española en julio de 1936 y hube de interrumpir mis trabajos sobre este punto, hasta que, en junio de 1937, para seleccionar los aspirantes al cuerpo de aviación militar, construí en Barcelona un aparato al que llamé "axistereómetro", destinado a medir la precisión de la percepción kinestésica del espacio. Trabajando con él obtuve resultados sorprendentes, que renovaron mi antigua preocupación y me llevaron a descubrir lo que denominé el principio general de la psicomikinesis. Antes de enunciarlo voy, sin embargo, a describir el aparato y a resumir los resultados iniciales que me proporcionó su empleo en los aspirantes de aviación.

El axistereómetro.

Este instrumento consiste en un tallo cilíndrico, de metal, de unos 60 centímetros de longitud por 2 centímetros de diámetro, calibrado en milímetros. Dos anillos, uno móvil y otro fijo, discurren a lo largo de dicho tallo; el inferior sirve para medir la distancia limitada por el superior y permanece a la altura en que el sujeto lo deja, cualquiera que sea la posición del instrumento (fig. 1). Este puede ser rotado y fijado en posición cada 45° en los cinco planos básicos: horizontal, sagital, vertical, oblicuo derecho y oblicuo izquierdo, permitiendo así cuarenta medidas.

Para conseguir esta movilidad el talle metálico se inserta por su extremidad central en un doble cuerpo múltiple. El primitivo modelo de este cuerpo ha sido objeto de una notable mejora por el profesor Calcagno, de la Universidad de la Plata (a quien hemos de agradecer su generosa

donación del aparato de la figura 1), pero sus detalles de construcción no son esenciales para comprender los hechos que ahora nos interesa destacar.

El sujeto se sienta en un taburete giratorio o se pone de pie frente al instrumento, cuya altura se gradúa de modo que la extremidad central del tallo axímetro corresponda al nivel del apéndice xifoide. Se empieza por obtener las medidas del plano vertical, usando la mano dominante del sujeto y dándole estas instrucciones: "vamos a ver con qué precisión puede usted medir una distancia en este tallo sin la ayuda de la vista. Por favor, tome esta anilla (inferior) entre sus dedos y muévala lentamente, de arriba abajo, tres veces entre los dos topes, para ganar una impresión de la distancia que los separa". El examinador enseña lo que le pide y sigue: "Ahora voy a interponer una pantalla, a desplazar la anilla superior y le rogaré que mueva la inferior; tomándola entre su pulgar y el dedo medio, de suerte que la vuelva a colocar al nivel en que estaba la anilla superior, o sea, a la misma distancia. Esta operación la repetirá tres veces y así obtendremos el promedio de sus errores".

El experimentador se asegurará que el sujeto se mantiene en correcta posición durante la experiencia, anotará los resultados en la gráfica (fig. 2) y dirá: "Ahora el tallo será puesto en diversas posiciones y en cada una de ellas usted seguirá haciendo lo mismo, o sea, medir la distancia de la base a la anilla superior, dejando la anilla móvil en el lugar de ésta".

Antes de obtener las medidas de otro plano o con otra mano, se permite al sujeto renovar visualmente la impresión de la distancia modelo. Tras el plano vertical se mide en el sagital, luego en el horizontal y finalmente en los oblicuos; en éstos las medidas serán tomadas con la mano correspondiente a su hemisferio; en cambio, cuando el tallo rota sobre el plano sagital las medidas se tomarán sucesivamente con ambas manos.

Imagen del Axistereómetro

Gráficos estereométricos (esfereogramas).

Para evitar la fatiga atenta se introduce una pausa de cinco minutos en mitad de la investigación. Si el sujeto da muestras de nerviosidad, distracción o cansancio, es preferible realizar la prueba en dos sesiones. Lo más importante a recordar es que debe evitarse el desplazamiento del cuerpo durante las experiencias.

Resultados con los aviadores.

Al empezar a usar, en el Instituto Psicotécnico de Barcelona, el axistereómetro en los aspirantes a la aviación militar, mi intención era correlacionar los resultados de esta prueba con los del examen laberíntico. Esperaba que el coeficiente obtenido fuese alto y suponía, asimismo, que la curva de frecuencia de los errores en el axistereómetro correspondería a la clásica de Gauss ; pero ninguna de estas dos espectaciones resultó ser fundada. Cada sujeto posee un perfil estereoquinético peculiar y los examinados tenían diámetros en los que cometían errores muy distantes del promedio. La figura 2 muestra uno de tales perfiles en los cinco planos (la línea de puntos corresponde a la mano izquierda) y es fácil observar cuán específicamente irregulares, pero constantes, son las configuraciones en los diámetros horizontal y oblicuo izquierdo y derecho. Pensando que tales diferencias en la estimación kinética podía estar en relación con un factor caracterológico, empecé a comparar las gráficas de los candidatos que tenían el mismo tipo de personalidad (según las pruebas de Rorschach, Bernreuter y Jung-Rosanoff) cotejándolas, luego, con las de otros sujetos de personalidad idéntica, pero anormalmente exagerada. Así pude ver que algunos rasgos fundamentales de carácter, expresables en el predominio de una actitud fundamental de reacción, llevaban a los sujetos a realizar con singular facilidad los movimientos que aseguraban la satisfacción de los propósitos implícitos en dicha actitud, dificultando, en cambio, los opuestos.

También me di cuenta de la mayor constancia de los resultados obtenidos con la mano menos dominada por el sujeto. El Dr. Werner Wolff estaba trabajando entonces en, mi instituto y ello me permitió relacionar este hecho con su propio descubrimiento, de que toda la mitad izquierda

del cuerpo (excepto en los zurdos) expresa mejor la vida inconsciente, en tanto la derecha, está más en relación con la vida consciente y por ello es más variable. Cuando traté de explicar el significado de las formas anormales en los estereogramas con tal criterio, obtuve una correlación casi completa entre dicha interpretación y la historia clínica psicológica de los sujetos.

No es, pues, de extrañar que al terminar la guerra española quisiera proseguir esta línea de investigación, y lo hice en el Hospital Maudsley de Londres, aprovechando la ayuda de la "Society for Protection of Science and Learning" y la gentileza de los profesores Charles Myers, Mapother y Aubrey Lewis. Como resultado de estos trabajos presenté, en octubre de 1939, una comunicación preliminar a la "Royal Society of Medicine" titulada *A New Method of Exploring the Conative Trends of Personality: Myokinetic Psychodiagnosis*. (Esta comunicación fue publicada en los *Proceedings of the Society*, sección de Psiquiatría., febrero de 1940; pág. 172-94). Desgraciadamente, no pude corregir las pruebas, pues en el intervalo me ausenté para la Argentina y por ello las cifras y gráficos estadísticos contienen algunos errores de máquina.

Una vez instalado en la Argentina proseguí la investigación, con la valiosa ayuda de los doctores. R. Melgar, C. Coronel y Ortiz González (este último ha publicado, en 1942, su tesis doctoral en la Universidad de Chile sobre: El Psicodiagnóstico Mioquinético de Mira y López). Experimentando con más de mil sujetos normales y anormales (delincuentes, psicópatas, etc.) creo hallarme en posesión de un nuevo principio y técnica de investigación de la eficiencia y el equilibrio mental, que resultan ser especialmente útiles para los psiquiatras que han de explorar gran número de enfermos en condiciones de emergencia, cual sucede en la guerra.

El principio de la psicomioquinesis.

Como hemos indicado en las páginas anteriores, este principio se hallaba implícito en los trabajos de Gall, Darwin, Chevreuil, Mosso y en los más recientes conceptos de Crepieux, Klages, W. Stern, Lewin, Downey, Wolff, Aliport, Vernon y E. Strauss. Estos y muchos otros autores han insistido sobre la importancia de los movimientos expresivos, para conocer las peculiaridades del temperamento y el carácter individuales (véase, por ejemplo, el libro de Aliport y Vernon publicado en 1933, *Studies in Expressive Movement*). Storch propuso el término miopsique para designar el sector funcional del sujeto que provee la integración de las energías destinadas a la ejecución de sus propósitos fundamentales; de otra parte, según Watson, hasta el más sencillo pensamiento no puede ser realizado sin la colaboración de la esfera muscular. En su libro: *Sinn der Sinne*, E. Strauss escribe lo siguiente:

¿Podemos decir seriamente que el movimiento está en el músculo? Claro que no; tampoco lo está en los nervios, en las células ganglionares, circunvoluciones cerebrales, en el haz piramidal o en ningún otro sitio del sistema palidal o cerebeloso. Ni menos lo hallaremos en las partes pasivamente movidas. ¿Qué significan, pues, en realidad, expresiones como las de: un movimiento, el movimiento o los movimientos? ¿Con qué derecho vamos a considerar los movimientos como algo meramente mecánico? La contracción muscular es un proceso intraorgánico, pero el movimiento es una función de las relaciones entre el individuo y su mundo.

Así, el principio general de la psicomioquinesis, del cual deriva mi psicodiagnóstico mioquinético, se hace comprensible y puede ser formulado del siguiente modo:

El espacio psíquico no es neutral; todos los movimientos ejecutados -voluntaria o involuntariamente- por el hombre, adquieren una peculiar significación, de acuerdo con la dirección en la que son realizados. (Por ejemplo, en nuestra cultura occidental, el movimiento de izquierda a derecha tiene un significado progresivo, en tanto el de derecha a izquierda parece regresivo).

Toda la actividad mental puede ser consideradas como una sucesión de cambios posturales; si el equilibrio mental se altera, su distorsión ha de ser evidenciable en los movimientos individuales, tanto más cuanto mejor consigamos eliminar los intentos voluntarios de compensarla momentáneamente.

Consiguientemente, si pedimos a un sujeto que realice pequeños movimientos oscilatorios en los planos fundamentales del espacio, sin control visual, los desplazamientos que se observen nos indicarán el predominio relativo de sus tensiones musculares y, por ende, nos darán idea de sus actitudes predominantes de reacción. (Véase en el apéndice la técnica del "test" para la aplicación de este principio).

CAPITULO IX

HIGIENE MENTAL

Higiene mental en época de guerra.

No hay duda de que el trabajo de higiene mental ha de ser acrecentado en condiciones de guerra. Incluso en tiempos de paz, los problemas de higiene mental no son suficientemente atendidos por los organismos oficiales. El Dr. A. Watters ha escrito recientemente que "alrededor de una cuarta parte de las poblaciones de más de 100.000 habitantes y casi las dos terceras partes de las de cincuenta a cien mil carecen de institutos psiquiátricos para niños o adultos"; claro, esto supone que tampoco tienen organización de higiene mental. En el mismo trabajo -referido a los Estados Unidos- Watters afirma que en este país sufren de alguna alteración mental hasta dos millones de personas; podemos imaginar cuán peores son las condiciones en otros países menos prósperos.

La nación que está en guerra no sólo enfrenta el peligro de un aumento de los desequilibrados psíquicos individuales sino el de la aparición de psicosis colectivas. Prevenir ambos peligros es la tarea de los psiquiatras que trabajen como higienistas mentales, en colaboración con los organismos rectores de la vida pública, civil y militar. Precisa diferenciar la labor de crear un buen temple de guerra y la de promover la higiene mental, pues aun cuando aquélla facilita ésta, la segunda es más extensa y complicada. Así, por ejemplo, hemos observado a menudo la aparición de psicosis en combatientes poseídos de un alto temple bélico y de un intenso deseo de derrotar al enemigo. Los problemas de la higiene mental bélica no pueden, pues, ser resueltos por la Sección de moral del Estado Mayor, aun cuando su colaboración es indispensable a los prominentes psiquiatras que dirijan los servicios respectivos en el ejército. Estos han de cooperar, asimismo, con los otros servicios de higiene militar, ya que ahora resulta imposible separar del todo las medidas de higiene somática y de higiene mental.

El criterio psicossomático.

La teoría del "doble aspecto" de la vida humana ha de ser aceptada por los médicos y, como dice Sandor Rado en un reciente artículo, sobre las neurosis traumáticas (*Psychosomatic Medicine*, NQ 4, 1942), las diferencias entre los trastornos psíquicos y los somáticos dependen más del método de examen que de la naturaleza del proceso subyacente: por *inspección* obtenemos una serie de signos de anormalidad física; por *introspección* (o, mejor, *heterospección*) obtenemos una serie de vivencias anormales; aquéllos sirven para establecer la existencia de una alteración somática, y éstas para evidenciar la de una alteración psíquica en el mismo sujeto. Yo estoy tanto más convencido de la validez del criterio psicossomático cuanto que veo a los diversos trastornos mentales manifestarse en términos de distancias físicas mensurables en el P.M.K.

Si el estudio de la alimentación propia de una unidad militar de campaña en un nuevo territorio es importante para la prevención no sólo de las alteraciones físicas sino de las mentales de sus integrantes, lo mismo puede afirmarse de la distribución de las distracciones, recreos, y tareas dentro de cada grupo militar. Por eso hice cuanto pude para dar nociones básicas de higiene mental a todos los médicos militares y traté de convencerles que mientras el jefe de la unidad ha de tomar el papel del padre primitivo en la mente del recluta, ellos deberían tratar de sustituir el de la madre primitiva, con la ventaja de conocer los fundamentos del psicoanálisis y complementar así, en vez de obstaculizar, la influencia paterna.

Hay otra razón por la cual los médicos de regimiento deberían constituir la vanguardia del trabajo de higiene mental en las unidades militares y es su conocimiento de la base bioconstitucional de los soldados a su cuidado. Solamente teniendo en cuenta este factor pueden ahorrarse tiempo y errores en el trato con tales hombres.

Desde este punto de vista creo que sería sumamente útil la difusión de la tipología de Sheldon y Stevens ya que ésta permite predecir con bastante aproximación la resistencia del sujeto ante una determinada tarea o situación. Trabajando, empero, en condiciones de emergencia, recomendaría a mis discípulos que seleccionasen para tareas de responsabilidad a aquellos hombres cuya mano "constitucional" (izquierda en los diestros y viceversa) se desviara levemente hacia arriba en el líneograma vertical del P.M.K. y cuya mano "dominante" o "cortical" (derecha en los diestros, izquierda en los zurdos) se hallase bien controlada en las horizontales y verticales y avanzase levemente en el plano sagital.

Tales personas se hallan, a priori, mejor preparadas para resistir la acción de influencias adversas, ya que, de acuerdo con los datos del P.M.K. poseen excelente vitalidad, buena agresividad y perfecto control voluntario. Entre ellas habrían de escogerse los jefes de grupo y los voluntarios para tareas difíciles.

Siento no poder citar aquí los datos concretos de las correlaciones entre los resultados del P.M.K. y la vida práctica, debido a haber perdido mi material por actuar en la guerra española y a no estar autorizado para publicar el recogido, más recientemente, en la Argentina, correspondiente a cirujanos, aviadores, profesores y estudiantes universitarios. No obstante, la técnica de realización de la primera parte del P.M.K. (v. el Apéndice) es tan fácil, que cualquier médico puede experimentarla en su círculo de amistades y convencerse de cuán íntimamente se hallan relacionadas las imágenes miokinéticas (geométricas, psíquicas y somáticas) de un sujeto y sus actos en la vida; con lo que, sin duda reforzará el criterio psicossomático para tratar los problemas de este campo.

Colaboración del psiquiatra con las autoridades civiles y militares.

Tal como ya ha sido indicado antes, la guerra significa, más o menos, la disolución de los derechos individuales y la interferencia del Estado en todas las actividades personales, que son entonces supeditadas al máximo objetivo de la defensa nacional. Los sujetos se ven reagrupados en unidades especiales de trabajo, bien sea en fábricas u oficinas de la retaguardia, o en barcos y en cuarteles en los frentes. Esto supone para ellos la adopción de nuevos planes y programas de vida que, obligadamente, habrán de ser más o menos uniformes a pesar de las diferencias psicobiológicas de quienes deben seguirlos.

Por ello será misión de los psiquiatras, conseguir el mayor número posible de matizaciones que los ajusten a las peculiaridades individuales. Alberto Einstein ha escrito que el secreto de la felicidad humana radica en una perfecta distribución de los períodos de trabajo, distracción y reposo. La guerra impone demasiado trabajo a expensas de reducir el reposo y la distracción; por ello debemos procurar aprovechar al máximo las pausas en el combate y en el trabajo, organizando a los hombres en grupos de acuerdo con su nivel cultural y sus intereses, de suerte que se beneficien del mayor número posible de distracciones sin cansarse ni excitarse demasiado. Desde este punto de vista es útil la promoción de deportes y competiciones; la organización de buenos programas artísticos, de conferencias y emisiones radiales, etc., así como localizar debidamente la distribución de tales actividades para que no perturben las más importantes, de trabajo y de combate.

Especial atención debe tenerse con los bares, cabarets, lugares de juego y demás centros que ofrecen una felicidad artificial, a precios altos. Las gentes se hallan demasiado aficionadas a ellos para suprimirlos y por esto es preferible controlarlos colocando observadores especiales en tales locales, que informen acerca de los posibles excesos, tanto por parte de los clientes como de los patrones. Es evidente que gran parte de tales distracciones es buscada tan sólo cuando faltan las satisfacciones naturales, y por ello será preferible procurar el contacto periódico de los combatientes con los seres que mejor puedan darles la felicidad; tales contactos, no obstante, sólo podrán ser establecidos por correspondencia, fotos y radio. Durante la guerra española recomendamos la organización de transmisiones de onda corta, desde puntos nodales del país, en las que gentes conocidas de la retaguardia enviasen "noticias concretas" á los hombres del frente; todas ellas, habían sido supervisadas y solamente eran transmitidas por seres muy populares y bien conocidos en las localidades respectivas. Resultó sorprendente el interés que dichas emisiones despertaron en los

soldados, los que renunciaban a otras distracciones nocturnas para escucharlas y tener la oportunidad de oír alguna voz querida.

Los psiquiatras deben cooperar también en la selección del material de lectura (periódicos, folletos y libros) y en la supresión de la literatura degradante y pornográfica en el ejército. Este es un problema delicado y complejo, que requiere todo el tacto para poder ser resuelto. Es asimismo importante la selección de soldados y clases que posean habilidades especiales, capaces de distraer a sus compañeros en los ratos de ocio. En tanto ello sea posible deberán organizarse también conferencias y discusiones libres acerca de tópicos de interés colectivo, en los que el oficial de moral o el psiquiatra actúen más bien de observadores que de actores. Tales discusiones, en efecto, proporcionan una excelente ocasión de ver el estado de la moral del grupo, así como de corregir sus defectos. Y lo que es más importante, sirven para crear un buen compañerismo entre los distintos rangos militares y los hombres de diversos cuerpos y unidades del ejército, contribuyendo así a la realización de uno de los objetivos fundamentales de la higiene mental: que cada soldado se encuentre espiritualmente "soldado" a todos sus camaradas, sin distinción. .

Importancia de un buen compañerismo en el ejército.

Como acabamos de expresar, la obtención de un buen sentimiento de camaradería es quizás el más importante objetivo de todo el trabajo de higiene mental y militar. Los psiquiatras han de luchar contra la tendencia al enquistamiento y al aislamiento de los sujetos en los grupos y de los grupos entre sí. El ejército no es una serie de unidades yuxtapuestas o superimpuestas, sino una superpersona viviente, dotada de la fuerza de todos sus elementos y respaldada en la del resto de los habitantes de la Nación, a quienes tiene la noble misión de representar y defender en un determinado momento histórico.

Todos los militares han de recordar que son de igual importancia para la Nación, aun cuando por la diversa naturaleza de sus trabajos se vean investidos de diversos grados y tipos de poder. Lo que es importante para valorar a un hombre, no es lo que *hace* si no *cómo lo hace*; de aquí que un buen soldado sea mejor que un mal cabo y que, hasta el comandante en jefe, no pueda sentirse superior al más humilde de los reclutas si éste cumple bien todas sus obligaciones. Aquí radica, claro está, la parte más difícil del programa: cómo asegurarse la obediencia ciega a órdenes superiores y sin embargo hacer brotar en todos los grados del ejército un sentimiento de compañerismo e igualdad. En la medida en que se venza esta dificultad las diversas armas del ejército adquirirán un alma y vivirán más allá de su mero poder mecánico.

Mucho puede ser ganado en esta dirección si el psiquiatra consigue convencer a los jefes militares de que sus títulos y grados les dan solamente poder para actuar, es decir, *actoridad*, pero que el prestigio, o sea la *autoridad*, deben ganarlo en el contacto diario con los hombres bajo su mando. No hay duda que las órdenes son mejor obedecidas si provienen de jefes que han sabido ganar su autoridad por su tacto y eficiencia; esto es algo que no es dado por decreto ni emana de los galones o las estrellas del uniforme. Cualquiera puede ser un actor, pero sólo quien posee inteligencia e inspiración puede ser autor. En la medida en que falla la creación de un valor, se trata de imitarlo o representarlo, compensando así la falta, de autoridad por un exceso de actoridad.

Los maestros clásicos, desprovistos del conocimiento de la psicología infantil, necesitaban continuos castigos para asegurar el orden aparente en sus escuelas; con ello arrancaban solamente un escaso rendimiento de los discípulos. Los maestros modernos, mejor preparados en Psicología educativa hacen que sus discípulos se sientan libres en la clase y no los obligan a trabajar bajo el temor del castigo; a pesar de tal aparente relajación de la disciplina escolar, son queridos por los alumnos y consiguen crear en ellos un orden interno que prevalecerá en sus vidas aun en ausencia de sus autores.

Un cambio tan enorme como el operado en la escuela, ha sido aplicado a los dominios de la Psiquiatría y la Criminología para tratar con locos y delincuentes. ¿Por qué no ha de aplicarse también para tratar con el adulto normal?

Los modernos psicólogos militares han aceptado estos puntos de vista para asegurar una nueva disciplina y eficiencia y más adelante veremos sus efectos en el ejército español republicano y en los ejércitos germanos y soviéticos. Antes de entrar en materia será bueno, empero, decir algo acerca de la técnica usada para conseguir desarrollar la camaradería y la confianza mutua en el ejército republicano español, así como para instruir a sus hombres en los principios generales de la higiene mental.

Vademécum de higiene mental del ejército español republicano.

El folleto que vamos a presentar se hizo para ser dado a todos los soldados letrados de nuestro ejército. En cada unidad militar debía ser discutido en varias sesiones. Todos los hombres, cualesquiera que fuera su situación, eran estimulados por los oficiales de moral (comisarios políticos) médicos militares y psiquiatras, a hacer su comentario acerca de él y a decir algo de su propia cosecha. No nos asustaba que tales discusiones invadieran los campos de la filosofía, la política, la religión, la ética, o la sociología. Siempre he creído que cada hombre, por estúpido que parezca ser, tiene sus propias ideas acerca de estos tópicos y que toda su conducta, en paz o en guerra, se ajusta a ellas. De donde el no hablar de tales cuestiones es tan inefectivo como querer ignorar el problema sexual al tratar con adolescentes; todos sabrán encontrar el modo de discutirlos a espaldas de aquellos cuya obligación era guiarlos. Desgraciadamente, a pesar de todos los esfuerzos, tales discusiones no pudieron ser mantenidas en muchos sectores del frente; pero en aquellos en que fueron posibles, resultó fácil comprobar sus beneficios: se obtuvieron valiosas sugerencias para mejorar la eficiencia y el bienestar del ejército, se elevó su temple moral y se registró una disminución de las reacciones mentales anormales.

Naturalmente, no pretendo que el texto del folleto que voy a transcribir, pueda ser generalizado y aplicado a cualquier ejército. Cada nación ha de enfrentar sus peculiares problemas de Higiene Mental y, de otra parte, tiene sus propios rasgos psicológicos y sus necesidades, que justifican la redacción de un texto exclusivo para ella. Creo, no obstante, que a través de tales diferencias se debe seguir una línea general y por ello mi folleto puede, cuando menos, servir para inspirar otros textos, más o menos semejantes. Tres secciones lo componen: en la primera se centra la atención en la importancia de la higiene mental; en la segunda se discuten algunos de los problemas más importantes de la vida militar; en la tercera se intenta dar a cada hombre una sólida base ética de conducta, aplicable no sólo a las condiciones de guerra sino de paz, cualesquiera sea su posición económica y cultural.

Como ya indicamos, el folleto era leído a los combatientes y luego, en reuniones especiales era discutido, por grupos de 20 a 30 hombres. Estos comentaban con el higienista párrafo por párrafo y si no se atrevían a hacer las objeciones verbalmente podían presentarlas por escrito, incluso en forma anónima, para ser discutidas.

El texto del folleto era el siguiente:

Miliciano: como soldado del Ejército Popular que te aprestas a verter tu sangre y a dar, si hace falta, tu vida en defensa de los más puros valores espirituales; como camarada, cuyo trabajo y esfuerzo, contribuirán a formar un mundo mejor, más libre y generoso: ¡Escucha!

Descansa por un momento de la batalla y atiende, en estas páginas, a las voces de quienes, incapaces por su edad de luchar a tu lado con el fusil, intentan ayudarte a conseguir la victoria dándote algunos consejos, destilados del odre de su experiencia científica y personal. Algunas de esas máximas son eternas y pueden servirte no sólo para ahora, sino siempre, como guía. Por tu propio bien y por el de todos, no las olvides!

¿De qué sirve tener un cuerpo sano y todas las riquezas imaginables si su poseedor es incapaz de usar aquél y éstas más allá de la satisfacción de sus más primitivos instintos animales, por tener una mente débil, enfermiza o deformada? ¿De qué sirve soñar con bellos horizontes e ideales si falta el ánimo o la técnica para conquistarlos? Solamente la salud mental nos permite orientarnos y conseguir la realización de nuestro sino en la vida. Una mente sana se caracteriza por su serenidad y equilibrio, incluso ante las más difíciles situaciones, por

su lealtad, comprensión y simpatía hacia aquellos con quienes convive en comunidad de ideales.

Del propio modo como hemos de seguir las reglas de la higiene física para conseguir la salud corporal, así también debemos seguir las de la higiene mental para obtener y conservar nuestra salud espiritual.

La más sencilla máquina, por bien construida que esté, puede estropearse si no es usada correctamente. Análogamente, nuestro espíritu puede agotarse si no observamos las reglas de la higiene mental que lo preservarán de los efectos desastrosos de la insatisfacción, la duda o el remordimiento. Tristezas, decepciones, resentimientos y pasiones mal reprimidas, pueden afectar más la vida individual que una neumonía o una tifoidea, e incluso pueden llevar su víctima al suicidio.

La primera regla a observar en el frente de batalla es la de aislar y denunciar a quien, por mala voluntad o natural pesimismo, trate de desmoralizar, difundiendo noticias deprimentes o desagradables. Tales noticias, ciertas o falsas, se transmiten en el frente con más rapidez que una infección y son también de peores efectos. Quienes están en peligro de muerte, viven en gran tensión emotiva y por ello, tienen aumentada la sugestibilidad. Entonces, es fácil que acepten la falsa fórmula de que han de conservar su vida para luchar mejor y por ello deben huir del peligro; o bien, se dicen que "el sacrificio individual sería estéril, pues no evitaría la derrota", etc. El mecanismo subyacente a este tipo de pensamiento está impulsado por el instinto de conservación, el cual sugiere a la conciencia: "¡Escapa!". Esta responde: "Debo permanecer en mi puesto". La imaginación se alza con el miedo y sugiere: "Los demás ya empiezan a huir" y, finalmente la conciencia, ya vencida, pero tratando de autojustificarse, murmura, mientras permite la huida: "Sería absurdo resistir si mis compañeros me dejan". Esta última afirmación es, evidentemente, siempre falsa, pues incluso si parece cierta, la . verdad es que la propia vida se defiende mejor dando la cara que la espalda al enemigo: las estadísticas demuestran que mueren 5 veces más quienes huyen que quienes se defienden. Además, la huida es un pésimo ejemplo, mientras que el sacrificio heroico, incluso cuando parece ignorado y estéril, llega siempre a tener un altísimo valor inspirador. Miles de casos podrían mencionarse en los que uno de tales sacrificios, aparentemente ignorado, cambió por completo el curso de una importante acción militar. Por ello el soldado derrotista es más peligroso que las balas enemigas y debe ser denunciado y aislado públicamente.

La segunda regla esencial es la de mantenerse intensamente "soldado" al grupo militar correspondiente y obedecer las órdenes, aun cuando no se comprendan o justifiquen. Desde el momento de su incorporación, el soldado debe comprender que la iniciativa individual, la desobediencia y la falta de disciplina, comprometen la eficiencia de las fuerzas colectivas cuya suerte, en definitiva, es la suya. Además, pues, de exponerse a un castigo, el miliciano que desobedece o descuida el cumplimiento de una orden, es tan dañino como quien deserta de la línea de combate; al separarse espiritualmente de su cuerpo de ejército, se expone a morir, igual que un dedo amputado.

Si deseas superar las dificultades de la lucha y cumplir tu misión en la misma, recuerda que no solamente luchamos para defender un régimen político o ciertas ventajas sociales sino para el futuro de toda la humanidad. De nuestras victorias o derrotas depende un nuevo mundo basado en la Justicia, la Libertad y el Amor, en el que todos tengan las mismas oportunidades de triunfo y de goce. Eres, pues, más que un gigante, eres un pequeño creador y de tus manos puede emerger una parte de esa fecunda victoria. Sé consciente de la importancia de tu esfuerzo. Concéntrate en él y dedícale toda su energía. ¡No luches ahora para vivir si no vive para luchar!

Dentro de poco, gracias a ti y a tus camaradas, habrán desaparecido de la Historia, las guerras de invasión y los habitantes del mundo se organizarán de suerte que asegurarán la paz en la tierra, de un modo definitivo, para todos los hombres. Por eso es necesario que combatas ahora con toda tu energía; cuanto más deseas y anheles una vida reposada y feliz, tanto más enérgicamente has de luchar ahora para conquistarla. Cada hora que se prolonga la guerra ocasiona nuevas víctimas entre los tuyos; tú puedes ahorrarlas indirectamente si aumentas tu

valor combativo. Para ello no te prodigues en diversiones excitantes ni en abusos nocturnos, alcohólicos o sexuales. Trata de descansar cuanto puedas en tus horas de recreo.

Si te sientes exhausto, deprimido o vacilante; si envidias a tus camaradas porque sufren menos las durezas de la lucha o las soportan mejor, recuerda que el deber de cada: cual no es compararse con los demás sino consigo mismo! Trata de valer cada día más que el anterior, lucha contra tu egoísmo, supera tu miedo, procura ser mejor hoy que ayer y mañana que hoy; ése es tu deber. En la medida que sepas cumplirlo podrás sentirte feliz, aun en medio de las mayores calamidades.

Cuando no puedas controlar tus emociones o pasiones, si no puedes resolver solo tus conflictos o si te crees incapaz de cumplir bien con tus deberes, consulta sin vacilar al médico de tu batallón y exponle tus cuitas. El te ayudará y si lo cree necesario te enviará a un especialista. No te avergüences de confesarle tus temores o tus bajezas; confíesale tu intimidad y muéstrale el fondo de tus pensamientos con igual tranquilidad que le enseñarías un grano. Recuerda-que por su honor ha jurado guardar secreto de tus confidencias. Ante todo, no trates de darte ánimo bebiendo en exceso o tomando tóxicos (café, tabaco). Si lo haces así, aunque al principio te parezca mejorar, irás de mal en peor.

Ahora lee y medita las siguientes máximas. Ellas te servirán para obtener tu más valioso objetivo: Ser nada más ni nada menos que todo un Hombre, es decir, 'una persona libre, serena, razonable, honesta, activa y magnánima.

Es mejor morir de pie que vivir de rodillas.

Tu peor enemigo eres tú mismo. Obsérvate y analízate.

Nunca trates de justificarte aparentemente; apela al juicio severo de tu propia conciencia.

Recuerda que quien más grita acostumbra a ser quien menos vale.

Dime de qué presumes y te diré de qué careces.

El supremo bien es la justificada satisfacción de ti mismo.

No juzgues una acción sin conocer sus motivos.

El valor de un hombre se mide por el número de personas que comprende y respeta.

No encargues a los demás lo que puedas hacer tú mismo.

No intentes mandar si no sabes obedecer.

La palabra es plata; el silencio es oro.

No vivas en el pasado sino en el futuro, pues el hombre es lo que llega a ser.

Triunfar es bueno, perdonar es mejor.

Un buen libro vale más que un mediocre compañero.

Protege al débil y respeta todas las opiniones sinceras; lucha sin tregua contra la hipocresía y la mentira, incluso si te alaban.

Trata de hacer de cada una de tus acciones un modelo de conducta universal.

Sigue la máxima de uno para todos antes de la de todos para uno.

Además del precedente folleto, pieza esencial de la campaña, se elaboraron diferentes cuestionarios para ser llenados por los combatientes que hubiesen de ser retirados de la línea de fuego. Es sabido que todas las bajas de guerra desmoralizan o deprimen, puesto que demuestran los peligros del combate. Por ello es importante no exhibirlas demasiado, así como cuidar de su reanimación. Uno de tales cuestionarios hacía preguntas referentes a : a) cómo ocurrió el trauma; b) cuál fue su reacción personal; c) cuáles son sus preocupaciones actuales; d) qué piensa hacer en el futuro inmediato y mediano; e) cómo cree que se desarrollarán los sucesos; f) qué lecciones ha derivado de lo ocurrido y qué consejos podría dar a sus camaradas para evitarles igual suerte. No esperábamos sinceridad en las respuestas, pero sí queríamos obtener un medio de explorar impersonalmente a su autor.

Con el mismo fin se dispuso la colocación de buzones de reclamación en diversos lugares (hospitales, cuarteles, etc.); se pedía que las reclamaciones o quejas fuesen firmadas y tuviesen la identificación de su autor; el número de las anónimas podría ser considerado como un índice de moral, pero la práctica demostró que esta técnica, no era eficiente.

Atención especial se dedicó a los infractores del código militar, radicados en batallones disciplinarios. El examen psiquiátrico demostró que muchos de ellos eran retrasados mentales o psicópatas; consiguientemente se emprendió su reajuste, de acuerdo con las normas psicoterápicas, para evitar ulteriores inconvenientes.

Puntos de vista germanos y soviéticos.

A pesar de las radicales diferencias de ideología y de estructura política entre Alemania y la U.R.S.S., ambos países han efectuado cambios muy semejantes en sus ejércitos, desde la I guerra mundial. Como mi amigo, el profesor Douglas Fryer, señala en su próximo libro de Psicología Militar, ambos ejércitos han combinado los efectos de una severa disciplina con una estimulante preparación política. Los oficiales germanos y soviéticos viven mucho más en contacto íntimo con sus soldados que los de los ejércitos aliados. Fryer afirma, con datos fidedignos, -que "los soldados nazis oyen a diario de labios de sus jefes la explicación de los sucesos políticos y son invitados a participar en ellos". Lo mismo ocurre en el ejército soviético. Este contacto se extiende a otros campos de actividad tales como el deporte, las distracciones, etc. Los oficiales germanos y soviéticos comparten las mismas penalidades y los riesgos que sufren los hombres a su mando. Es este un rasgo de los llamados ejércitos revolucionarios que debería ser introducido en los ejércitos "tradicionales" para inyectarles el suero "anti-apático". En efecto, muchos jefes y psiquiatras de estos ejércitos clásicos se quejan de la apatía y la falta de cooperación de sus soldados; éstos no son ni cobardes ni rebeldes, pero se limitan al mínimo rendimiento compatible con la evitación de castigos, a excepción de un pequeño grupo de entusiastas y otro pequeño grupo de masoquistas, exhibicionistas o penderciosos.

La apatía es una resistencia pasiva y constituye una forma del resentimiento. El mejor medio de eliminarla es desarrollar la fe de esos hombres en quienes los mandan; éstos a su vez, la han de tener también en sus superiores, quienes han de serlo no sólo en autoridad sino también en autoridad.

Tal criterio requiere una gran movilidad de los mandos; relevando en seguida a los jefes que no sepan conquistar la admiración y el afecto de sus tropas. Claro es, que para ello, precisa destruir la clásica rigidez de la burocracia militar.

Unas palabras sobre el mundo de la posguerra.

Un amigo mío, muy inteligente, dijo una vez: "Hemos de temer más a la explosión de la paz que al final de la guerra". Creo que estaba en lo cierto y que la tarea de los psiquiatras militares no terminará con la firma del armisticio sino que, por el contrario, se hará aún más necesaria entonces. Las fuentes de inquietud mental y de trastorno mental colectivo no se hallan exclusivamente en la dificultad de las condiciones inmediatas. de vida. Las gentes se

acostumbran a la falta de alimento, de distracciones e incluso de seguridad personal, a condición de que prevean una recompensa ulterior. Cada cual se consuela en una situación difícil diciéndose: "mañana será mejor". Pero si este "mañana" llega finalmente y no es mejor; si incluso es peor que el ayer, porque entonces existía todavía una fuente de esperanza que ahora ya no puede alimentarse, entonces, todos los sentimientos de disgusto, desesperación, desconfianza u odio que habían sido reprimidos, pueden liberarse bruscamente y dar lugar a una perturbación colectiva. Probablemente por esto casi todas las guerras son seguidas de períodos revolucionarios, no limitados a los pueblos vencidos...

En el planeamiento del mundo de la posguerra, he visto emerger muchos proyectos de las manos de políticos, sociólogos, educadores, etc. mas no he visto ninguno que salga de un Congreso de los hombres que están mejor preparados para comprender las causas de inquietud y sufrimiento individual y social: me refiero a los psiquiatras. Claro está que éstos no pueden por sí solos dar la solución que traiga una vida más tranquila y feliz a la Humanidad. Pero deberían, no obstante, sentarse en todas las mesas en que esta finalidad ambiciosa fuese discutida. Precisamente porque son llamados a tratar lo peor, deberían ser escuchados cuando se intenta eliminar las causas menos serias de alteración de conducta, sobre todo si son peritos en Psiquiatría social. Tengamos fe en el futuro de esta nueva rama de nuestra especialidad.

¡Ojalá las palabras pronunciadas por Samuel Hartwell, en su discurso inaugural de la reunión de la American Orthopsychiatric Association en 1940, lleguen a ser proféticas, de suerte que, los psiquiatras podamos estar orgullosos, en un próximo futuro, de contribuir a cambiar este "valle de lágrimas" en un "valle de paz y felicidad" dedicando tanta atención a las enfermedades de las personas colectivas como hemos tenido, hasta ahora, para las enfermedades de las personas individuales!

APÉNDICE

TÉCNICA E INTERPRETACIÓN DEL PSICODIAGNÓSTICO MIOKINÉTICO

OBJETO DEL PSICODIAGNÓSTICO MIOKINÉTICO

Exploración de las tendencias de reacción predominantes en el carácter individual, hecha a base del estudio comparativo de las desviaciones observadas en movimientos de vaivén y en otros movimientos elementales realizados con ambas manos juntas o separadas, en diversos planos del espacio y sin el control visual.

TÉCNICA ACTUAL

a) Material.

Se requieren para realizar el P.M.K. (anagrama de nuestra técnica) los siguientes elementos:

1º) Una plancha o tablero de madera bien pulida, no menor de 30 por 40cm.

2º) El cuaderno-test que contiene las diversas pruebas del examen miokinético (y que describiremos seguidamente).

3º) Media docena de chinchas de dibujo.

4º) Un par (por lo menos) de lápices Faber (N9 2) bien afilados.

5º) Una hoja de papel, de cartón o cualquier otro objeto liviano y no transparente, de forma rectangular y suficientemente grande para que al ser interpuesta entre los ojos del sujeto y el test le prive la posibilidad de verlo.

6º) Una regla graduada en milímetros.

7º) (Eventualmente) un cronógrafo.

b) Instrucciones previas

La prueba ha de realizarse hallándose el sujeto cómodamente sentado ante una mesa o mesilla que sea lo suficientemente baja como para que pueda levantar con facilidad los codos sobre ella (de un modo aproximado, su altura ha de ser tal que llegue a 5 o - todo lo más - a 10 cm. de la cicatriz umbilical del sujeto sentado). La distancia del cuerpo del sujeto a dicha mesa será la habitual para la escritura, más no así su posición, pues ésta no puede ser torcida sino perfectamente paralela al eje longitudinal. Se fijará con las chinchas, centrándola bien sobre el tablero, la primera página interior del cuaderno-test. El tablero, a su vez se centrará bien sobre la mesa y quedará colocado de tal suerte que su línea media coincida con el plano medio o sagital que divide exactamente al sujeto en una mitad izquierda y otra derecha igualmente, las líneas horizontales dibujadas en el centro de dicha: página habrán de quedar paralelas al eje longitudinal de la mesa y a la superficie corporal anterior del examinado. Una vez esto conseguido, se advierte al sujeto que se le van a hacer trazar "unas rayas y diversas líneas para comprobar la precisión seguridad de su pulso". Se le agrega a continuación que "deberá trazarlas sin apoyar la mano ni el codo en ningún sitio, es decir, dibujar al aire y moviendo su brazo libremente". Finalmente, se le dice que "al principio hará esas líneas viendo el modelo, pero que luego se le interpondrá una pantalla y deberá seguir haciéndolas de memoria, esto es, sin ver; a pesar de lo cual no podrá interrumpir su trazado y tratará de seguirlo como si estuviese viendo lo que hacía".

c) Técnica propiamente dicha

El P. M. K. consta en realidad de cinco partes seriadas:

- a) Kinetogramas lineales (fundamentales);
- b) líneas en zigzag;
- c) escalera círculos;
- d) cadenas;
- e) paralelas y U.

Puede decirse, sin gran exageración, que los datos esenciales se obtienen ya en su parte primera, siendo las restantes destinadas a comprobarlos, ampliarlos o rectificarlos. Por esto no siempre es necesario realizar la totalidad del "test pero siempre lo es, efectuar, cuando menos, su parte primera. Como todos los "tests", debe ser repetido al cabo de un determinado intervalo (no inferior a 24 horas y, de preferencia, a una semana) con el fin obtener una idea de la *constancia o fidelidad* de los datos obtenidos. En todo caso, ésta y otras - siempre deseables - repeticiones se guiarán por las mismas instrucciones que la ejecución original.

Obtención de los kinetogramas lineales.

Una vez colocado el sujeto en posición correcta se le indica la horizontal derecha de la primera página del P. M. K. y se le dice: "Haga el favor de tomar el lápiz con su mano derecha y repasar de uno a otro extremo esta línea. haciendo un movimiento de vaivén. sin levantar el lápiz, procurando no salirse de ella. Recuerde que no puede apoyarse en ningún sitio ni ha de pararse aun cuando yo le tape la vista. Ha de continuar siempre repasando la misma línea hasta que yo le diga "basta". Tratándose de personas poco comprensivas lo mejor es que el examinador acompañe las instrucciones con la acción y, sentándose en lugar del sujeto, le indique con su ejemplo lo que espera de él). En ésta como en las 5 restantes líneas de la página se permite al examinado hacer tres movimientos completos de vaivén bajo el control visual y a continuación, sin interrumpir el movimiento, se obtienen 10 trazados completos a ciegas, o sea, con interposición de la pantalla.

Una vez obtenido el trazado de la horizontal derecha se pasa a la línea sagital derecha; luego se procede a obtener los de la horizontal y la sagital izquierdas, pasando el lápiz a esta mano. Finalmente, se coloca el tablero en posición vertical y se obtienen - siempre renovando la instrucción de mantenerse sobre la línea modelo - los trazados de la vertical derecha e izquierda.

Para evitar que el sujeto vea lo que acaba de hacer y se desanime o intente corregir su desviación en el trazado siguiente, hay que procurar tapar, con la misma pantalla que ha servido para privarle del control visual, dichos trazados, tan pronto como han sido realizados. Si la curiosidad del examinando es tal que insiste en saber lo que ha hecho se le promete que se le enseñará todo el trazado al final de la prueba. Para facilitar la evaluación de los resultados es muy conveniente que el examinador marque con dos puntos rojos los extremos de la última línea trazada por el sujeto.

Obtención de los zigzags.

Terminado el trazado de los kinetogramas lineales se dobla la hoja y se fija nuevamente con chinchas la página siguiente, en cuyos extremos inferior y superior se hallan impresos los modelos de las líneas de zigzag.

Se empieza por la obtención del denominado zigzag "egocífugo", o sea de avance del sujeto a partir de su cuerpo hacia fuera (dirección Yo - Mundo exterior). Al sujeto se le hace tomar un lápiz en cada mano y se le dice: " Ahora tendrá la bondad de repasar estas líneas moviendo ambos lápices a la vez, hacia fuera y hacia dentro - como si tocase un acordeon - y cuando

haya llegado al final las *seguirá trazando* sobre el papel blanco, procurando conservar su tamaño y su dirección, de modo que el dibujo sea lo más regular y exacto posible al modelo". La tendencia natural del sujeto es la de realizar la prueba con los codos más bajos que la mesa, pero el examinador se los levantará a unos cinco centímetros por encima de ella, advirtiéndole que lo hace para evitar que al avanzar en el trazado tropezase su antebrazo con el borde; *esta precaución es indispensable*, como también lo es la de evitar que durante la ejecución del zigzag, empiece a mover ambas manos en el mismo sentido (o sea, que trace dos zigzags homólogos en vez de opuestos). Tratándose de sujetos distraídos, confusos o poco inteligentes, hay que asegurarse de que han comprendido bien la forma del trazado, pues de lo contrario pueden propender a invertirla haciendo lazo en vez de ángulo: (α ; en vez de $<$) y esto es de suma importancia pues como más adelante veremos podría originar una equivocación lamentable con la llamada "reversión esquizofrénica". Conviene asimismo evitar el temor que algunos examinan dos tienen de que "se les acabe el papel" diciéndoles: "Usted siga haciendo el trazado hasta que yo le indique 'basta' y no tenga cuidado de que lo haré antes de que usted vaya a salirse del papel". La pantalla se interpone cuando el sujeto ha realizado ya tres movimientos completos sobre el papel blanco (o sea, que ha hecho seis zigzags, los tres del modelo y los tres primeros originales).

Una vez obtenido el zigzag de dentro hacia fuera (egocífugo) se tapa y se procede a obtener el de afuera hacia dentro - que corresponde a los modelos situados en la parte superior de la página (por fuera de los ya seguidos). Para ello se invita al sujeto a que, siempre con los codos en el aire, repita el trazado "volviendo hacia abajo" (en realidad, hacia dentro, o sea, siguiendo la dirección "egocípeta" : Mundo exterior -Yo).

Algunos sujetos propenden a no apoyar apenas los lápices sobre el papel; en tal caso (ya habrá sido observada esa tendencia en la prueba anterior) se les advierte previamente de que marquen con mayor firmeza la línea para que pueda ser vista luego sin dificultad. También debe advertírseles que procuren conservar la misma velocidad de movimiento durante su ejecución. No obstante esta advertencia, en los estados de ansiedad y excitación se produce una *aceleración* en el transcurso del trazado, en tanto que en los estados de inhibición y estupor se origina un *retardo* que puede conducir incluso a la detención del trazado a medio hacer; en este último caso no debe reanudarse sin marcar debidamente el examinador -con su lápiz- el punto de interrupción.

Trazado de la escalera y el círculo

Doblado nuevamente el cuaderno-test sobre la página correspondiente a estos modelos y fijado con las chinchas, se procede a elevar verticalmente el tablero, de suerte que la escalera superior quede a la izquierda del sujeto y el círculo a su derecha. La instrucción que se le da es la siguiente: "Ahora le ruego que siga el dibujo de esta escalera, repasando estos peldaños con su lápiz y continuándolos hacia arriba y a la derecha, sobre el papel blanco, siempre sin apoyarse (el examinador debe trazar sobre cualquier papel blanco el movimiento que espera obtener del sujeto). No se detenga ni descanse durante la prueba; procure hacer todos los peldaños iguales, tanto al subir como al bajar. Recuerde que cuando le interponga la pantalla usted ha de seguir haciéndolos de memoria".

Cuando el sujeto está a punto de alcanzar el borde superior del papel se le invita a detenerse ya descender, tal como ya se le había indicado,.

Al llegar cerca de su borde derecho se le dice: "¡basta!". A continuación se le enseña el círculo (superior derecho) y se le ruega lo repase sin salirse de él continuamente. Cuando ha hecho tres vueltas completas se le interpone, como siempre, la pantalla y se obtienen, a ciegas, diez vueltas más. Una vez terminada la prueba con la mano derecha, se da vuelta la página y se procede a realizarla con la mano izquierda, a partir de la escalera que entonces queda a mano derecha y que deberá ser continuada hacia arriba y a la izquierda primero, y hacia abajo y a la izquierda después. Análogamente se procede a obtener el trazado circular con la mano izquierda.

Obtención de las cadenas.

La siguiente página del cuaderno-test tiene, como puede ver el lector en la figura correspondiente, seis grupos de tres eslabones que sirven para formar ocho cadenas, de la siguiente manera: los dos inferiores centrales han de ser prolongados por el sujeto, hacia fuera, constituyendo las cadenas "egocífugas"; los dos grupos centrales externos sirven a la vez para iniciar las cadenas "egocípetas", y cuando se pone el tablero vertical, constituyen la partida para las cadenas "ascendentes"; los dos grupos centrales superiores son el principio de las cadenas "descendentes". El orden de obtención es éste: a) cadena egocífuga y egocípetas de mano derecha; b) íd. de mano izquierda; c) cadena ascendente y descendente de mano derecha; d) íd. de mano izquierda.

Las instrucciones que se dan al sujeto son: "Haga el favor de repasar con el lápiz, uno a uno los eslabones de esta cadena y continúela en la misma dirección, tratando de hacerlos todos iguales. No ha de apoyarse en ningún sitio para dibujarlos y ha de levantar el lápiz cada vez que termine uno. Procure no torcerse y siga haciendo eslabones, hasta que le digan basta, sin pararse cuando le interponga la pantalla".

Las cadenas sagitales serán dibujadas con el antebrazo en la misma posición para el zigzag, o sea, teniendo el codo en el mismo plano que la mano (a unos centímetros por encima de la superficie de la mesa). Las verticales también habrán de ser trazadas con los codos más elevados que el plano de apoyo del tablero y habrá de serle advertido al sujeto que no tema el salirse del papel (pues de lo contrario podría observarse una disminución de la amplitud del ascenso que no fuese debida aun factor intrínseco, sino extrínseco, de la actitud que se quiere evaluar).

Trazado de las paralelas y U.

A él corresponden las dos últimas páginas del cuaderno. En la de la izquierda - por la que deberá empezarse - se hallan dibujados dos pares de paralelas que habrán de ser divididos en toda su extensión, mediante horizontales transversales, en partes iguales a la marcada en su extremo inferior (v. figura). Por encima se hallan dos U. La prueba se empieza con la mano derecha y se dice al sujeto: "Haga el favor de dividir este espacio en partes iguales a ésta (se la indica con el dedo o con el lápiz) trazando líneas paralelas como ésta (se hace una sin apenas marcar sobre el papel) y procurando no salirse de los márgenes. Siempre empezará el trazado de izquierda a derecha y continuará realizando el trabajo, a ciegas, hasta que yo le diga basta". Se le deja trazar tres paralelas con el auxilio visual y se le interpone acto seguido la pantalla, hasta que alcanza el final o está a punto de salirse, lateralmente, del papel. A continuación se obtiene el trazado homólogo con la mano izquierda, dibujando esta vez de derecha a izquierda. Finalmente, se levanta el tablero y se invita al sujeto a seguir o repasar la U del propio modo que antes hizo con el círculo.

Terminada esa página se procede en la siguiente al mismo ejercicio pero en sentido egocípeto, o sea, empezando a dividir la distancia desde el extremo más alejado del cuerpo y acercándose progresivamente a éste. Finalmente, se repasan las U colocadas en la porción inferior de la página (siempre se le permiten al sujeto tres movimientos completos bajo el control visual y se obtienen a continuación otros diez sin él).

d) Datos a considerar en el P.M.K.

Son de dos órdenes: gráficos (registrados permanentemente en el "test") y verbomotores extrínsecos (gestos, actitudes, y comentarios del sujeto durante o después de la ejecución gráfica). Accesoriamente, por ahora, hay que considerar también los datos cronológicos, o sea, los tiempos de ejecución de las diversas fases del "test"; éstos, en general, se hallan en relación con el denominado "tempo psíquico" individual, toda vez que no se le señala al examinando ningún ritmo determinado para sus movimientos y se le deja en plena libertad - en límites prudenciales - para realizarlos de prisa o despacio.

En gracia a la brevedad, nos ocuparemos solamente de los más importantes o sean los gráficos. Estos consisten en todos los trazados hechos por el sujeto, y son, a su vez, subdivisibles en dos clases: a) cuantitativos; b) cualitativos. Como quiera que el P. M. K. ha de

ser realizado cuando menos en dos ocasiones distintas, tanto unos como otros datos también pueden ser considerados desde el punto de vista de sus interrelaciones (de constancia, fidelidad, periodicidad, etc.) mas en nuestro deseo de simplificar al máximo y hacer práctica la exploración, nos referiremos tan sólo a los que resulten del examen *aislado* de cada P. M. K.

Empecemos, pues, por los datos cuantitativos correspondientes a cada una de las cinco fases descritas:

Datos de los kinetogramas lineales.

a) *Tamaño lineal.* - La longitud de los seis modelos es de 4 cm. Interesa saber si el tamaño de la primera línea trazada sin el control visual es mayor o menor de cuatro cm; interesa asimismo conocer el tamaño de la última línea trazada, con el fin de ver cuál es la tendencia general del sujeto (aumento, disminución, conservación del tamaño lineal inicial). Conviene asimismo establecer el promedio de tamaño lineal en cada mano y la mayor o menor constancia de este tamaño (expresada en función del valor de la desviación media cuadrática) .

b) *Desviación lineal directa.*- Esta constituye el dato más significativo de los kinetogramas. Precisa considerar en ella su dirección y su intensidad. Existe una tendencia general, en los sujetos normales, a desviarse - en todo movimiento de vaivén - hacia la dirección en que se inicia el movimiento. No obstante, el valor de esta desviación es prácticamente despreciable, pues apenas si alcanza en nuestro "test", a unos milímetros. Su producción se explica por un fenómeno de auto- inducción motriz observable en el movimiento inicial, predominante sobre el de retorno.

Con el fin de eliminar, no obstante, la posibilidad de su aumento en sujetos "sugestionables", se aconseja que al verificar el control del "test" se les haga empezar el movimiento en la dirección contraria a la en que lo hicieron la primera vez.

Cada par de kinetogramas corresponde a un plano de movilidad distinto y sus desviaciones adquieren, asimismo, diversa significación según veremos más adelante. Ahora nos interesa aclarar que el *sentido* de la desviación viene dado por la relativa posición de la línea fina respecto a la modelo y en cuanto a su *intensidad* queda expresada por la *distancia que hay entre los puntos medios de ambas.*

Si bien lo corriente es que una vez iniciada la desviación lineal en un sentido persevere en él y aumente a medida que el sujeto sigue efectuando sus trazados, hay ocasiones en las que éste se corrige espontáneamente en el curso de los mismos, de suerte que la intensidad de la desviación durante el 39 ó el 49 movimiento, por ejemplo, resulta menor a la del último. Esto se da especialmente en personas inestable y dubitativas, que carecen de una orientación y una estructura caracterológica definida; cuando constituye un fenómeno que se produce en más de un trazado conviene estudiarlo aparte (haciendo trazar a sujeto, en vez de una misma línea en dos direcciones, líneas paralelas muy próximas y en dirección alternativamente opuesta; ello permite medir entonces junto a la desviación final - relativa - todas las desviaciones elementales (absolutas).

c) *Desviación axial.* -Ya no se trata aquí de un desplazamiento total de las líneas, que "se salen por uno o por ambos extremos" sin de una torcedura del propio eje del movimiento, de suerte que la líneas basculan alrededor de su imaginario centro, o sea, que el *trazado pierde su paralelismo respecto al modelo.* Esta desviación puede observarse solamente en uno de los recorridos del vaivén (siendo compensada en el otro) o en ambos. Su valor patológico es, evidentemente, mayor en este último paso. Su intensidad se aprecia por los grados del ángulo formado por la línea más desviada o torcida y por la modelo; si se produce tan sólo en uno o en dos vaivenes pero las línea finales son correctas, habrá que atribuirla a momentánea distracción (o a cambio de postura kinética) del sujeto. Esta desviación es much más frecuente de observar en los kinetogramas horizontales y sagitales que en los verticales.

d) *Desviación lineal secundaria*.- Esta es la que se produce no en el sentido del movimiento sino en el plano perpendicular al mismo. Así, en el kinetograma horizontal derecho, la desviación lineal directa se producirá hacia la derecha, hacia la izquierda o en ambas direcciones, mientras la desviación lineal secundaria tendrá lugar hacia arriba (afuera) hacia abajo (adentro) o hacia arriba y abajo. Esta desviación secundaria, tratándose de personas normales y equilibradas es mayor que la directa y se explica, puesto que el sujeto aplica todos esfuerzos a no salirse de los extremos de la línea que dibuja, pero descuida la precaución de no cambiar de dirección en el momento mismo en que emprende el movimiento de retorno y entonces emerge la acción de la tensión predominante en el plano perpendicular al que dibuja. Esta desviación secundaria acostumbra por ello a encontrarse en relación con la desviación directa del kinetograma perpendicular; así, cuando un sujeto se desvía hacia arriba (afuera) secundariamente y hacia la derecha (directamente) en el kinetograma horizontal de mano derecha, es casi seguro que se desviará hacia la derecha secundariamente y hacia arriba (afuera) directamente en el kinetograma sagital de dicha mano. Podríamos decir que la tendencia reprimida durante la ejecución de un movimiento en vaivén aparece manifiesta durante la ejecución del otro y viceversa, originando de esta suerte una correspondencia entre las desviaciones directas y secundarias de los diversos kinetogramas, que será tanto más evidente cuanto mayor sea la fuerza de las tendencias existentes. La intensidad de esta desviación secundaria se mide por el máximo ancho del haz de líneas trazado en cada experiencia.

Datos del zigzag.

a) *Mano dominante*. -Siendo esta prueba realizada simultáneamente con ambas manos casi nunca se reparte de un modo igual el impulso kinético en ambas; de ordinario la atención del sujeto se concentra en la derecha y la izquierda sigue a ésta como una sombra; otras veces, por el contrario, es la izquierda la que acapara la atención y la derecha se reduce a acompañarla; otras, en fin, se alternan y suceden una y otra en su predominio. En casos patológicos puede observarse una cuarta posibilidad; cada mano va por su lado, independizada totalmente de su congénere obteniéndose entonces dos zigzags enteramente distintos. La dominante se revela, en primer lugar por ser la que avanza con mayor rapidez y, además por ser su trazo más seguro y rítmico.

b) *Relación de las amplitudes (aberturas angulares) del movimiento egocéfugo y egocípeto*. - Para establecerla se toma con la regla una distancia de 10 cm. a partir del 5º zigzag hecho en cada dirección, sin control visual, y se cuentan el número de ángulos que se hallan en dicha distancia, determinando a continuación el cociente correspondiente. Si el zigzag egocéfugo es aproximadamente igual al egocípeto, el valor de ese cociente será muy cercano a la unidad, poniéndose en el numerador los vértices del movimiento egocéfugo y en el denominador los del movimiento egocípeto, el cociente será tanto mayor cuanto más agudos sean los ángulos egocéfugos (pues habrán más vértices en igualdad de distancia y aumentará el numerador); ello equivale a decir que cuando el movimiento de extensión del brazo se hace más difícil que el de flexión el cociente aumenta, y viceversa.

c) *Presencia de ángulos nulos o inversos*. - El predominio de la actitud de flexión sobre la de extensión en el avance sagital puede ser tan marcado que al llegar al término de la línea, y perder el impulso inicial, el nuevo movimiento carezca de impulso extensor y se haga sobre el anterior o, incluso, pierda terreno y dé lugar a un lazo: este fenómeno es designado con el nombre de *reversión práxica* y origina la presencia de ángulos nulos o inversos en el zigzag egocéfugo. Pero también puede presentarse en el zigzag egocípeto, si el movimiento de extensión predomina grandemente sobre el de flexión, o sea, si el sujeto presenta una resistencia subconsciente para dirigirse contra sí mismo (vulnerabilidad del Yo); en personas asténicas, tímidas y fatigables pueden observarse algunas de tales reversiones o anulaciones del avance egocéfugo al final del zigzag, habiendo sido normal hasta entonces su avance; la significación patológica de este dato es tanto mayor cuanto más inicialmente se presenta en el curso del trazado y cuanto mayor es su frecuencia. Si ésta alcanza un cierto límite, se acompaña por lo demás, invariablemente de la desviación axial del zigzag, que señalamos a continuación.

d) *Desviación axial.* -Dejando aparte su amplitud y la regularidad de su trazado, el zigzag ha de tener una dirección que de acuerdo con el modelo, debe ser perpendicular al plano del sujeto. Raras veces se obtiene, sin embargo, tal rectitud de avance, siendo lo común el observar más en el zigzag egocéfugo que en el egocípeto, una desviación o torcedura de su trazado. Esta puede ser uni o bilateral, abierta o cerrada, sinuosa, etc. Cuando predomina en el sujeto la actitud de introversión, el zigzag tiende a cerrarse, observándose, incluso, el entrecruzamiento de los lápices (ver fig. 3(d)) que conducirá a la detención del trazado, a menos que una mano no vaya tan avanzada sobre la otra que no lleguen a tropezarse las puntas de aquéllos; por el contrario, cuando existe una tendencia ala abducción aumento del "espacio vital" el zigzag se abre en el movimiento egocéfugo, "como si fuese a recoger el Mundo entre sus brazos". En el movimiento egocípeto, coincidiendo con la presencia de reversiones, puede observarse también la desviación axial del zigzag, en una o en ambas manos, con tendencia a salirse del papel, cual si el sujeto subconscientemente tratase de eludir el contacto de los lápices con su cuerpo.

e) *Pérdida de la configuración práxica.* -Su significado es netamente patológico y consiste en la "desorganización" del doble movimiento zigzagueante, que es entonces sustituido por un verdadero barullo de movimientos elementales, de diverso tamaño y dirección, en una o en ambas manos. Los casos más evidentes de esta pérdida corresponden a trastornos lesionales del neuroeje y a psicosis procesales, según veremos pronto.

Datos de la escalera y el círculo. - Como sabemos se trata de una prueba hecha sobre el plano vertical y destinada principalmente a comprobar los resultados de los kinetogramas verticales. He aquí los datos esenciales, que precisa considerar en ella:

a) *Relación entre el número de peldaños o escalones ascendentes y descendentes.*- Para obtenerla se traza una horizontal que parte del tercer peldaño trazado sin control visual y corta el trazado descendente en el otro extremo. Se cuenta entonces el número de escalones que haya cada lado y se pone en el numerador el de los ascendentes y en el denominador el de los descendentes. Si el "ascenso" ha sido más difícil que el descenso, la altura de los peldaños habrá sido menor, el trazo horizontal habrá descendido haciéndoles perder altura y, por tanto, habrá más peldaños, el numerador será mayor y el cociente sobrepasará de la unidad. Viceversa, si el ascenso ha sido fácil y el descenso se ha hecho venciendo una tendencia al movimiento ascensional del brazo, sucederá exactamente lo contrario y el cociente será una fracción.

b) *Amplitud relativa del trazado en sus dos verticales.*- Esta se encuentra por lo general, en relación con la mayor o menor dificultad de su ejecución: por regla general cuanto más fácil resulta el movimiento de ascenso o descenso, más tiende a predominar sobre el trazo horizontal y por tanto resulta más estrecha la amplitud de la escalera, en cambio cuando hay dificultad en el ascenso o descenso, se exagera la longitud de las horizontales, porque éstas sirven de "descanso" relativo al sujeto en su trabajo.

c) *Presencia de reversiones.* -En personas de escasa inteligencia o en las que sufren de trastornos psicóticos, se observa a veces una inversión o reversión del trazado de alguno o de varios peldaños. En ocasiones, sin llegar a producirse tal reversión, se contiene una alteración de su forma, dibujando el sujeto una serie de dientes, en vez de peldaños (v. figura 3(c)). Finalmente, también existe la tendencia, en personas torpes, a agudizar los ángulos rectos de los escalones, realizando más bien un zigzag vertical que una escalera.

d) *Desorganización de la configuración práxica.* - Netamente patológica es la pérdida de la integración del movimiento, que lleva como consecuencia la "desaparición" de la figura de la escalera y su sustitución por una serie de garabatos más o menos imbricados e inexpresivos.

e) *Desplazamiento del círculo y alteración de su tamaño.* -El tamaño de los círculos dibujados sobre el modelo varía en correspondencia con lo observado en el tamaño de los kinetogramas respectivos. y lo propio debe ocurrir en su desplazamiento, en relación con el de los kinetogramas verticales. Siempre que existe una disminución de la energía o carga psicomotriz liberable se observa una "caída" de los círculos. Cuando existe un aumento (por excitación) se

observa una "elevación"; ambos movimientos acostumbran a asociarse a un desplazamiento secundario, hacia la izquierda o la derecha (cual ocurre en los kinetogramas). Por lo general el descenso y la interiorización, el ascenso y la exteriorización de los círculos. Como más adelante veremos, en los estados de ansiedad se nota un constante aumento del diámetro circular (fenómeno de "heating" o "calentamiento") producido por una irradiación fácil del esquema de movimiento,

Datos obtenidos de las "cadenas". -Estas constituyen una variante para comprobar los datos de los kinetogramas, de zigzag y de escalera. En ellas se aprecian mejor que en ninguna otra parte del "test" las variaciones *cualitativas* constituyentes del "estilo" individual. No obstante, ahora nos referiremos tan sólo a las alteraciones *cuantativas*, que han de anotarse y que son las siguientes:

a) *Relación entre el tamaño inicial y el final de los eslabones.*- Este dato ha de hallarse en correspondencia con su homólogo en los kinetogramas respectivos.

b) *Tendencia a la "rotura" o, viceversa, al "apelotonamiento" de la cadena.* -La primera se origina cuando la precipitación del movimiento de avance en el trazado da lugar a que los eslabones se suelten, es decir, no queden imbricados como en el dibujo modelo. La segunda se observa cuando a consecuencia de lo contrario - falta de impulso para avanzar en la dirección emprendida - el sujeto vuelve dibujar sobre el mismo sitio o incluso retrocede, de suerte que en vez de cadena termina dibujando un ovillo.

c) *Grado de "cerrazón" de los eslabones.*- Según termine el sujeto cada eslabón antes de llegar al punto de partida o después, queda aquél abierto o supercerrado; en el primer caso hay que suponer un descuido en la terminación; en el segundo, un exceso de precaución o perseveración en la ejecución de cada movimiento elemental.

d) *Levogiria o dextrogiria de los círculos.*- Los eslabones pueden hacerse trazándolos en el sentido de las agujas de un reloj (dextrogiria) o viceversa. Conviene anotar este dato, pues casi siempre corresponde al predominio de rasgos de extrogiros o levogiros en la escritura. (Hay que tener en cuenta que la mano derecha es ordinariamente dextrogira y la izquierda levogira).

e) *Grado de rectitud de la cadena.*- Este suele ser homólogo de zigzag, en las cadenas sagitales, y en las verticales se altera de acuerdo con la dificultad de su trazado (coincidiendo el apelotonamiento la torcedura). Hay que tener presente que es excepcional no observj una leve desviación en esta prueba ya que en ella la conservación y la dirección se halla dificultada por las continuas interrupciones de trazado (es en efecto, la parte más "discontinua" del P. M. K.).

Datos de las paralelas y las UU.- La prueba de las paralelas tiene por objeto comprobar y ampliar los datos obtenidos en los trazados sagitales (kinetogramas, zigzag y cadenas correspondientes). Interesa principalmente en ella saber si el movimiento de avance hacia fuera y hacia dentro es regular o irregular, se encuentra facilitado, dificultado, o esencialmente alterado, pues nuestra experiencia nos demuestra que es en el plano sagital en donde mejor se revelan las alteraciones de la relación Yo-Mundo (esencial para la conservación del equilibrio psíquico) .En efecto, trazados más o menos anormales horizontal y vertical son aún compatibles con una normalidad de la conducta exterior, en tanto ésta se halla siempre alterada cuando se observan modificaciones sensibles en dicho plano sagital. He aquí, pues, los datos que habrá que obtener o buscar en esta fase del P. M. K.

a) *Relación entre la amplitud de la división modélica y el promedio de las trazadas por el sujeto, en cada mano y dirección.*- La anchura de la división que sirve de modelo es de 8 mm. y constituye el numerador del cociente, cuyo denominador se obtiene con la media aritmética de cada una de las cuatro series de divisiones realizadas por el sujeto. Consiguientemente se obtienen 4 cocientes (correspondientes a los movimientos egocífugos y egocípetos de cada mano). Estos serán mayores o menores que la unidad, según el promedio de las divisiones trazadas por el sujeto no llegue o exceda respectivamente a la amplitud de la que sirve de modelo.

b) *Diferencia entre las tres distancias máximas y mínimas de las divisiones de cada serie.*- Se obtiene el promedio de las 3 divisiones más amplias y el de las más estrechas (a veces resultan negativas, o sea, que el sujeto en realidad ha invertido el sentido del movimiento). (Siempre que esta diferencia sobrepasa el valor de la amplitud de la división modelo hay que suponer que se halla perturbada la variabilidad normal) .

c) *Valor máximo angular de la torcedura lineal.* -Respecto a las paralelas modélicas. Se mide con el goniómetro en cada serie.

d) *Desviación del trazado respecto a las paralelas marginales o mayores.*- Esta corresponde a la desviación axial del zigzag y en condiciones normales se halla en relación con la desviación respectiva de los kinetogramas horizontales.

e) *Presencia de cruces.* -Cuando la tendencia opuesta a la del avance (en cualquier sentido) es intensa, ocurre que en *el curso del movimiento la mano retrocede oblicuamente* y la línea que traza *corta* a la precedente, en forma de X, cruz o aspa de molino. Si esto se produce con cierta frecuencia, es seguro que han de observarse reversiones en el zigzag. En cambio la recíproca no es verdadera, pues la reversión en éste puede ser debida a descuido de conservar la forma por parte del sujeto, si éste es poco atento. Por ello damos más valor patológico a la presencia de cruces en las paralelas que a la de reversiones en el zigzag y concedemos el máximo crédito a la conjunción abundante de ambos datos.

f) *Valor medio del tamaño lineal y tendencia dominante en su variación.*- La relación entre el promedio de longitud de las líneas horizontales trazadas por el sujeto y la longitud de las líneas modelo habrá de ser comparada con la existente entre los términos correspondientes de los kinetogramas horizontales. De otra parte, por el hecho de no superponerse aquí las líneas como en ellos es fácil apreciar si existe una tendencia determinada al aumento o a la disminución del tamaño lineal - tendencia que puede ser independiente de la tendencia al aumento o a la disminución del avance sagital. Asimismo se observará si existen "fluctuaciones" en dicha tendencia (lo que es característico de las personalidades inestables) .

Las UU constituyen el último control de los datos obtenidos en los planos vertical y sagital. En ellas los movimientos fundamentales, de ascenso y descenso, extensión y flexión, se hallan separados por un intervalo neutro, representado por el trazo horizontal intermedio, interruptor del movimiento bifásico, de vaivén. Gracias a este artificio se evita un tanto la denominada "sugestibilidad motriz" o mejor, automatismo kinético, que lleva a la perseveración y exageración de las desviaciones iniciales (en virtud de un fenómeno de inducción recíproca) y, de otra parte, se complica el molde (pattern) kinético, revelando así trastornos leves, que podían quedar disimulados en las pruebas anteriores. Los datos a observar en este caso son *el tamaño inicial y final de las UU; su desviación directa y secundaria; su rectitud o su torcedura axial* y sobre todo la correspondencia entre ellos y los obtenidos en las fases anteriores del P. M. K.

Resultados normales y patológicos.

Hemos operado hasta ahora con los siguientes grupos de sujetos

a) Adultos supuestos normales, de ambos sexos (87V (varones) y 63H (hembras)).

b) Adultos d'*élite*, seleccionados por su demostrado equilibrio y armonía de carácter (18V y 11H) .

c) Niños normales o levemente psicópatas, de 7 a 13 años (25V y 6H) .

d) Jóvenes y adultos mentalmente anormales en el momento de examen (482V y 456H)

La elaboración estadística adecuada de estos resultados no está terminada y, de otra parte, aproximadamente el 20 % de los casos no tiene examen repetido o lo ha sido con alguna

variación de técnica, por lo que se hace imposible usarlos con garantía. Debido a ello, todo cuanto vamos a exponer es provisional, aun cuando dudamos que pueda ser *esencialmente* modificado por elaboraciones estadísticas más completas. Precisa agregar que algunos datos concretos han sido investigados en grupos sociales específicos (delincuentes, etc.) por algunos colaboradores, pero a ellos no vamos a hacer referencia en este artículo destinado exclusivamente a exponer lo que de el P. M. K. interesa al neuropsiquiatra.

Grupo de adultos normales.

Los resultados globales indican lo siguiente:

1º Es normal una disminución del tamaño lineal del primer líneograma trazado sin control visual en los kinetogramas horizontal y sagital derecho (promedio de longitud igual a 3,6 cm. contra 4 cm. del modelo) .Esta disminución es mayor en el grupo femenino (3,5 cm.)

2º Existe en todo el grupo una leve tendencia al aumento del tamaño lineal a lo largo de la ejecución de los trazados, de suerte que, p. ej., el promedio de tamaño del líneograma final de las horizontales derechas es de 4,4. (dicha tendencia al aumento del tamaño lineal se observa más claramente en los kinetogramas verticales, si bien en éstos se manifiesta principalmente a expensas de la exageración del movimiento de descenso en las líneas finales (probable iniciación de fatiga muscular).

3º Los kinetogramas lineales de mano izquierda son mayores que los de mano derecha en todos los planos; en el horizontal los valores de los líneogramas inicial y final son, respectivamente, de 4,3 y 5cm.

4º Las desviaciones lineales directas, contra lo que podría imaginarse, no son sensiblemente mayores en los kinetogramas izquierdos. En conjunto su promedio es de 6mm. en mano derecha y de 8mm. en mano izquierda. En cuanto a su dirección, es muy variable, de unos a otros sujetos e, incluso, cambia a veces en un mismo individuo, pero puede afirmarse que acostumbra a producirse en el sentido del movimiento inicial en los líneogramas horizontales, en el de avance egocéfugo en las sagitales y en el descenso en los verticales derechos. Si se designa con signos positivos las que corresponden a los movimientos de abducción, extensión y elevación del brazo y con signos negativos las contrarias, la suma algebraica de sus promedios en este grupo, es prácticamente nula, pero aún tiene signo positivo (0,01cm.). Un 85% de nuestros sujetos normales ha exhibido en alguna dirección desviaciones lineales cuyo valor oscila entre 1 y 2cm. Solamente un 2% ha tenido desviaciones aisladas de valor superior a 2cm. *En ningún caso el promedio de las desviaciones ha excedido de 1,5 cm, y el promedio total de desviación del grupo es inferior al centímetro.*

5º La desviación axial es insignificante a los kinetogramas lineales. Unicamente se la observa en los horizontales y sagitales izquierdos, de siete casos (entre 150) con un promedio de valor angular de 7º.

6º La desviación lineal secundaria es sensiblemente mayor en la mano izquierda que en la derecha, pero no tenemos calculados sus promedios. De todas suertes, son inferiores a los de los grupos patológicos

7º La correlación entre las desviaciones lineales directas (provistas del signo algebraico correspondiente de acuerdo con el criterio señalado en el apartado 4) de una y otra mano, en los kinetogramas lineales, expresa lo que podría denominarse el grado de simetría entre las pulsiones predominantes en ambos hemisferios cerebrales. Cuanto menor sea esta correlación mayor será la desarmonía en la praxia y más difícil será que la conducta individual sea flúida. Por ello he dado a ese valor el calificativo de "coeficiente de coherencia", Cabía esperar que en el grupo de adultos normales fuese mayor que en lo diversos grupos psicopáticos y menor que en el de los adultos seleccionados; así ha sido en realidad (CC, igual 0,74, 0,53 y 0,85, respectivamente, en 20 casos de cada grupo).

8º La correlación entre las desviaciones directas de una sola mano, en dos pruebas idénticas pero intercaladas, de la hoja de kinetogramas lineales arroja la denominada "constancia" o "fidelidad" de los rasgos revelados por el "test". Con inicial sorpresa vimos, ya e 1939, que es mayor para los kinetogramas izquierdos que para los derechos, lo que prácticamente significa que, excepto en las personas zurdas, la mano derecha es más inestable en sus resultados y refleja mejor las variaciones momentáneas de las actitudes del sujeto, en tanto la izquierda es menos influenciada por ellas y conserva de un modo más permanente sus desviaciones. Así, en 20 casos el valor medio de dicha correlación ha sido de 0,73 para los kinetogramas derechos y 0,88 para los izquierdos.

Grupo de adultos d'élite.

Es evidente que, dada la frecuencia de la denominada "personalidad psicopática" el empleo indiscriminado del "hombre de la calle" para obtención de medidas que sirvan de modelo al concepto de equilibrio psíquico es un tanto aventurado. Por ello, al empezar mi investigación decidimos con el Prof. Aubrey Lewis, crear un pequeño grupo control formado por personas acerca de las cuales - por sus antecedentes y conducta - existiesen seguridades de que no se hallaban afectadas de anomalías caracterológicas ni de fuertes taras genotípicas. Los resultados obtenidos en Londres con ese grupo me convencieron de la bondad del P. M. K. ya que en él obtuvimos una limpieza de trazados y un promedio tan escaso de desviación que confirmaba nuestra sospecha de que en el grupo anterior existiesen psicópatas indagnosticados y, a la vez daba los medios para diferenciarlos. En los dos años que llevo en la Argentina he cambiado la técnica primitiva lo suficiente como para necesitar una nueva comprobación y por ello me he esforzado en reunir otro grupo control; en conjunto he obtenido los kinetogramas de dieciocho varones y once mujeres que podrían ser considerados como "super-normales", no desde el punto de vista de su inteligencia sino de su serenidad, cordura y armonía de conducta. He aquí, brevemente resumidas sus principales diferencias respecto al grupo de adultos indiscriminados: a) menor diferencia entre los tamaños lineales, los modelos y los trazados; b) menor promedio de desviaciones lineales directas y secundarias; c) ausencia total de desviaciones axiales; d) mayor valor de los coeficientes de coherencia y de constancia. En gracia al ahorro de espacio - y por no ser esenciales para nuestro propósito - omitimos los datos estadísticos concretos, que figurarán en la monografía que publicaremos en el Index sobre el particular.

Grupo de niños.

Este es el punto medio de nuestro trabajo, pues por falta de tiempo no poseemos material suficiente ni datos dignos de confianza para asentar conclusiones, siquiera fuesen éstas de tipo provisional. No obstante, la simple visión global de los trazados obtenidos en los treinta y un casos que hemos explorado, sirve para demostrar cómo *gran parte de las alteraciones que serán descritas en los grupos de adultos patológicos se encuentran, incluso exageradas, en los trazados infantiles*. Ello confirma la certeza de los puntos de vista jacksonianos y freudianos, acerca de la *regresión* de las funciones mentales en las psicosis.

Otro hecho, de singular importancia, a mi entender, emerge de tales trazados y es la *escasa diferencia cualitativa que se observa entre los de la mano derecha y los de la mano izquierda* antes que el sujeto llegue a dominar con la primera la escritura. Ello confirma, desde otro punto de vista, lo que ya podía suponerse de antemano: la mano derecha se halla más en relación con la personalidad y la izquierda con la persona individual; por hallarse aquélla apenas desarrollada en los niños, ambas manos expresan casi idénticos datos, en tanto en los adultos cultivados o culturados su mano izquierda revela el aporte genotípico y fenotípico primario, a veces en contraposición con el aporte paratípico secundario (o expresado de otro modo: la mano izquierda es "temperamental" y la derecha caracterológica).

Es singularmente característico de los trazados infantiles la falta de integración de las configuraciones complejas y la *desviación axial en el plano sagital*; ésta es producida porque al privárseles de visión les falta posibilidad de compensar la tendencia instintiva a moverse la mano, el lápiz y el codo en un mismo eje (oblicuo) correspondiente al plano de semiflexión en que aquellas partes se hallan colocadas respecto al brazo. *Por eso mismo se explica la*

tendencia infantil a torcer la cabeza al escribir y a torcer, análogamente el papel hasta colocarlo en posición perpendicular a dicho eje. Esa función compensadora, secundaria, sería la que inicialmente se pierde tan pronto como se desorganizan las coordenadas del espacio-tiempo racional (de las que dependen, a su vez, las formas lógicas del pensamiento) .

La similitud entre algunos kinetogramas infantiles y de adultos patológicos es tal, que en ausencia de todo otro dato, puede resultar difícil diferenciarlos; no obstante, los primeros se distinguen generalmente por la imprecisión y disritmia de los movimientos *elementales*, en tanto en los segundos predomina el trastorno en la *coordinación* de los mismos (o sea, que los niños propenden a mostrar alteraciones del impulso intrakinético que priman sobre las anomalías interkinéticas).

Jóvenes y adultos mentalmente anormales en el momento del examen.

Este grupo, sin duda el más numeroso de nuestro material, pues comprende novecientos treinta y ocho casos, puede ser descompuesto en varios subgrupos. de acuerdo con la psicopatología predominante en ellos. Es de notar que el P. M. K. ofrece datos suficientes para inducir dicha psicopatología en correlación con las manifestaciones clínicas y con los antecedentes personales, según vamos a ver seguidamente. No obstante, tratándose de una prueba de *actitudes de reacción*, en las que el contexto verbal puede servir para expresarlas o para disimularlas, el control de su resultado habrá de ser establecido no tanto con las manifestaciones apreciables por el lenguaje como con los actos que la persona realiza cuando no se siente objeto de observación. Empezemos por resumir los resultados que ha proporcionado el P. M. K. en la más común de las formas psicóticas: la esquizofrenia

a) Enfermos afectos de síndromes esquizofrénicos.

En este material clínico podemos diferenciar los siguientes cuadros: 1º Formas reactivas; 2º Brotes procesales iniciales; 3º Procesos temporalmente inactivos (por insulinización o por remisión espontánea) ; 4º Formas terminales, con destrucción y reversibles de la personalidad (demencia esquizofrénica, o mejor, estupidez final (Verblödung), de Kraepelin).

Antes de anotar sus características diferenciales en el P. M. K., precisa decir que los elementos anormales hallados en los casos en los que el diagnóstico clínico del síndrome esquizofrénico era indudable, han sido los siguientes: a) Desorientación o torcedura axial, preferentemente visible en los kinetogramas sagitales; b) Tendencia a la reversión del movimiento en curso; c) Tendencia a la desintegración de las configuraciones; d) Irregularidad funcional, evidenciable unas veces en el agotamiento del impulso y otras en bruscos refuerzos de su velocidad, intensidad y extensión; e) discronología o falta de sincronía en los movimientos combinados y simultáneos de ambas manos en el zigzag.

A estos signos hay que agregar una peculiar impresión global y cualitativa de todos los trazados que les da una *borrosidad* y una falta de estilo, o sea, una pluriformidad correspondiente a la falta de unidad que se observa en la síntesis personal de su autor. Veamos, ahora, cómo se combinan tales signos en las formas clínicas antes mencionadas:

Formas reactivas del síndrome esquizofrénico. -Por tales entendemos aquellas en las que la sintomatología, por aparatosa que sea, resulta comprensible psicológicamente y condicionada o motivada por conflictos y situaciones de orden psíquico, o capaces de alterar los modelos de reacción individual sin comprometer seriamente la arquitectura fundamental de la personalidad y, por tanto, susceptibles de una curación completa. Pues bien; estas formas se denotan en el P. M. K. *por el predominio de las alteraciones en la mano que el sujeto controla mejor habitualmente* (derecha en los diestros, izquierda en los zurdos); por la conservación satisfactoria de las configuraciones o "moldes cinéticos" de tipo completo (escaleras, cadenas, UU) y por el escaso valor de la desorientación axial en comparación con el gran valor de los signos de introversión y negativismo activo (gran interiorización de los kinetogramas horizontales y numerosas reversiones del zigzag *en su período terminal*).

Brotos procesales iniciales. -En ellos hallamos casi constantemente el denominado "enfoque paranoide", caracterizado por la confluencia de las desviaciones directas de los kinetogramas derechos hacia el centro del papel. Asimismo se aprecia la presencia de reversiones y torcedura axial en el zigzag, el cruzamiento de las paralelas y la desviación de las UU; principalmente en los trazos egocífugos, Pero todavía se conservan bastante bien las configuraciones complejas es decir, no se pierde el estilo ni la arquitectura general de los moldes kinéticos iniciados bajo el control visual. En la medida en que el proceso avanza y empieza la desintegración de las capas profundas de la personalidad, es decir, en la medida en que se establece la rigidez el tabicamiento y esquizofrenización de la individualidad - por avanzar la disgregación y la interceptación de las vías psiconéuricas - van nivelándose los síntomas en ambas manos y, sobre todo, van siendo afectadas las formas globales de los trazados kinéticos: las cadenas se retuercen, dislocan y nebulizan, la escalera empieza a transformarse en un agregado incoherente de movimientos y el zigzag desaparece como tal, dando paso a una franja espesada en unas zonas y aclarada en otras pero siempre borrosa por entrecruzamiento de líneas en diversas direcciones. Cuando a esto se llega en ambas manos no hay duda de que han habido brotes anteriores o de que se trata de una forma de "esquizocaria" (esquizofrenia catastrófica de Mauz), en la que la virulencia del proceso conduce al derrumbe de la personalidad rápidamente. En ausencia de antecedentes genotípicos habrá que pensar entonces en algún factor de organicidad (lúes, toxemia, disendocrinia, etc.) complicante del morbo.

Procesos temporalmente inactivos.- Cuando bajo los efectos de la terapia o de la *Vis medicatrix Natura* se ha dominado sin el brote y el proceso permanece en fase de inactividad, no sólo se observa la re.estructuración casi satisfactoria de la personalidad (en virtud de la denominada "ortopedia psíquica" o, mejor, función re-menciadora) sino que en el P. M. K. se traduce tal cambio por la desaparición casi completa de las alteraciones de los trazados de la mano derecha, persistiendo, empero, los signos anormales en los de la mano izquierda (si el sujeto es zurdo este signo no tiene valor diagnóstico; no poseemos material para poder afirmar que en este caso se invierten los fenómenos) .La persistencia del proceso tras una aparente remisión se denota especialmente por la imprecisión y borrosidad de la escalera la cadena y el zigzag izquierdos, así como por el entrecruzamiento de las paralelas del propio lado.

Formas terminales. -Aquí se observa toda la gama de alteraciones en ambas manos. Singularmente destaca la gran desviación secundaria en las horizontales (o sea, imprecisión del kinetograma en la dirección más controlable) , así como la "disolución" de las configuraciones o moldes cinéticos, transformándose los líneogramas en verdaderas manchas de lápiz.

La aplicación de los modernos tratamientos (insulinoterapia, medunoterapia, electroshock) a los brotes esquizofrénicos permite condensar en breve tiempo su evolución y brinda excelentes ocasiones para ver el paralelismo existente entre la mejoría o la reintegración conseguida y la normalización de los kinetogramas. El P. M. K. señala con claridad si es o no de temer una reproducción del brote: cuando las alteraciones desaparecen en la mano derecha y siguen, casi inmodificadas o incluso, a veces, exageradas en la izquierda, hay que deducir que el sujeto se encamina a una curación "con defecto", por inactividad temporal del proceso, pero está expuesto aun nuevo brote, en cualquier momento. Precisamente la "limpieza" de la mano izquierda - es decir, la desaparición de las reversiones en sus sagitales - nos sirve de criterio para interrumpir o seguir a fondo el tratamiento, cuando ya ha sido obtenida la mejoría, aparente, de los síntomas de revestimiento.

b) Enfermos afectos de síndromes ciclofrénicos.

Es sorprendente la disminución de los diagnósticos correspondientes a estos síndromes, en comparación con el porcentaje que se admitía de ellos hace apenas dos decenios. En la estadística española correspondiente a 17.000 alienados, obtenida en 1933, se incluía todavía un 9,25 % de casos correspondientes a estas formas morbosas; en cambio, en la actualidad, apenas si en cualquier establecimiento psiquiátrico se consigue hallar un par de casos, en cada cien, que resulten típicos de las mismas. Ello se debe a que tan pronto como aparecen, en el curso de una psicosis, síntomas de la serie esquizofrénica se desvía el diagnóstico hacia esta

constelación psicótica, sin tomar en consideración que raro es el caso de enfermedad mental en cuyo curso no aparecen manifestaciones de todas las posibles desviaciones del equilibrio reaccional y, por tanto, se hace necesario realizar una valoración de las mismas en orden de importancia antes de llegar a pronunciarse respecto a la naturaleza *esencial* del cuadro clínico.

Operando en el Maudsley Hospital de Londres con un reducido número de casos en los que el diagnóstico de síndrome maniaco o de síndrome melancólico venía confirmado por los antecedentes individuales y genotípicos y no dejaba lugar a duda, tuve ocasión de convencerme del importante hecho de que en ellos las alteraciones más evidentes de los kinetogramas tenían lugar en el plano vertical y por su magnitud correspondían a la intensidad de los síntomas fundamentales de la denominada por Kretschmer "escala diatésica" (que va de la elación a la depresión, de la alegría a la tristeza, de la vivencia de "omniscencia" a la de "anulación y nadedad" del Yo). Correspondientemente a esos cambios en los denominados por Schneider sentimientos vitales, se observan cambios de la tensión psicomotriz que daban lugar a la facilitación de los movimientos de ascenso o descenso en dicho plano e imprimían variaciones típicas en las imágenes del P.M. K.

Como se hizo para las esquizofrenias, hay que diferenciar en las psicofrenias diversos cuadros clínicos, de acuerdo con los resultados de este método. Helos aquí: a) Depresiones asténicas simples; b) Depresiones distímicas; c) Seudodepresiones ansiosas; d) Depresiones psicógenas (reactivas o situativas).

Depresiones asténicas.

En ellas se observa el descenso de los kinetogramas verticales, la "precipitación" de la escalera descendente, el apotonamiento de la cadena ascendente y la ruptura de la descendente, así como la caída del círculo, mas no hay aumento de la agresividad (avance sagital) ni introversión de los kinetogramas lineales, ni alteración sensible de] tamaño lineal.

Depresiones distímicas.

En éstas los fenómenos de sufrimiento son más debidos a la "rabia que el sujeto siente contra sí" que a la ausencia de fuerzas o energías para reaccionar. Consiguientemente, si bien es cierto, que subsisten los signos depresivos antes descritos, se acompañan de: manifiesta intro- versión de los kinetogramas horizontales, aumento e irregularidad del tamaño lineal y facilitación de] movimiento egocípeto en el zigzag y paralelas.

Seudodepresiones ansiosas.

Corresponden a las antes denominadas "depresiones agitadas" y en realidad son síndromes de naturaleza casi siempre tóxica, en los que predominan, junto a una aceleración del tiempo psíquico y una necesidad incoercible de movimiento, signos de incontinencia y ambivalencia emocional: el sujeto oscila entre el miedo y la desesperación sin hallarse en realidad triste ni deprimido, sino *comprimido o desorbitado*. Su fenomenia miokinética se caracteriza por la aceleración de los movimientos y el aumento continuado del tamaño lineal a lo largo de todas las pruebas. Se observa así el denominado "heating" (calentamiento) que es la traducción de un predominio de los procesos de irradiación sobre los de concentración en la corteza cerebral. En estos casos sorprende la conservación de las direcciones axiales y de las configuraciones miokinéticas complejas, en tanto se observan desviaciones secundarias enormes, que dan a la gráfica un aspecto "alborotado" semejante al que se observa en los trazados de oligofrénicos (en los que falta también la acción frenatriz de la corteza cerebral); pero la diferenciación entre ambos puede establecerse no sólo por la mayor fineza y precisión de los trazos elementales, sino por la conservación de las configuraciones, a pesar de la gran rapidez de su trazado. Además, en esta psicosis se pone de manifiesto la base temperamental del sujeto por las particularidades de las desviaciones directas de los kinetogramas.

Depresiones psicógenas o reactivas.

Las características de estas depresiones es la de exhibir los signos de un déficit tensional psicomotor principalmente en la mano cortical o dominante (derecha), en tanto la mano izquierda, ineducada o salvaje, presenta apenas alteraciones en el plano vertical. Incluso no es raro que en este plano se observe una inversión de las desviaciones entre ambas manos, si el carácter habitual del sujeto era de tipo hipomaníaco.

c) Personalidades psicopáticas.

Los P. M. K. de 87 casos en los que los antecedentes clínicos pusieron de relieve la existencia de una personalidad psicopática, en ausencia de signos psicóticos propiamente dichos en el momento del examen se distinguen en su conjunto por los siguientes rasgos: a) Valor bajo del coeficiente de coherencia y del coeficiente de constancia o fidelidad; b) Aumento del promedio de las desviaciones directas en los kinetogramas lineales, que siempre fué superior al cm.; c) Imprecisión e inestabilidad de los movimientos de la mano temperamental (izquierda) que es, a su vez, dominante en el zigzag, con excepción de los casos de personalidad sensitivo-esquizoide (correspondiente a las personas que vulgarmente son calificadas de "poquita cosa") ; d) Gran amplitud de las variaciones lineales secundarias; e) Presencia de signos correspondientes a la constelación ciclotímica o esquizotímica; f) Frecuencia de temblores iniciales en el kinetograma horizontal derecho; U) Gran promedio de variación entre el tamaño lineal modélico y el de los trazados especialmente en la mano izquierda.

d) Síndromes deficitarios congénitos (oligofrenias) o adquiridos (demencias).

La característica esencial de estos casos es la pobreza de reproducción de las formas complejas. Los sujetos carecen de representación kinética del espacio y por ello tan pronto como se les substraen el control visual se desorientan y desorganizan sus movimientos, con tanta mayor facilidad cuanto más integración refleja se requiera para su perfecta ejecución. Consiguientemente se observa la tosquedad y borrosidad de zigzag, la pérdida de la forma en la escalera, la desorientación de la: paralelas y las U U y, sobre todo, la desorganización de las cadenas que se transforman en un revoltijo de formas mixtas y trazos cuya irregularidad llega a semejar, a veces, la que se produce en los síndromes orgánicos - heredo degenerativos - de las afecciones del sistema nervioso central. No obstante, en estos últimos se encuentra intensamente perturbada la pulsión elemental y ello les da un aspecto inconfundible. (Véase la comparación entre los kinetogramas de un P.G.P. demenciado y un parkinsoniano sin alteraciones mentales dignas de mención).

e) Psicosis orgánicas.

Con este calificativo se designan las psicosis que sirven de expresión a diversos procesos - inflamatorios o destructivos - que lesionan la integridad de las vías psiconéuricas y producen el desquiciamiento general - temporal (confusión mental) o definitivo (demencia) de la actividad psíquica. El fin de ellas depende, como es natural, de la capacidad de restablecimiento cerebral, pero en tanto se encuentran en fase destructiva se asocian los fenómenos productivos y los deficitarios dando origen al denominado síndrome amencial, más o menos evidente. En éste se observa una fenomenología difusa y cambiante, en la que se destaca la dislocación evidente de la estructura lógica del pensamiento la presencia de nuevas vivencias e imágenes perceptivas y representativas, junto con la desorganización de la actividad psicomotriz y la profunda alteración de la autoscopia y del esquema corporal. Por ello puede ocurrir que en estos casos resulte totalmente imposible la obtención del P. M. K. ; en cambio, en muchos estados demenciales crónicos es posible obtener los trazados valiéndonos de la tendencia al automatismo motor (ecopraxia) subsistente. Nuestro material clínico de esta forma es sumamente pobre y sólo nos autoriza a decir que en él se observa una mixtura de signos de la serie esquizofrénica procesal de signos de ansiedad y de fenómenos de "decortización" (singularmente visibles en la absoluta falta de control de los kinetogramas lineales).

Interpretación general de los resultados.

En suma: tras de dos años y medio de investigación clínica diaria me parece que puedo seguir manteniendo las conclusiones formuladas en mi comunicación a la Royal Society of Medicine (Londres) , y que decían así:

a) Cuando un sujeto es invitado a realizar una serie de movimientos lineales en las tres direcciones fundamentales del espacio, de acuerdo con la técnica descrita para el psicodiagnóstico miokinético, pueden obtenerse datos de indudable interés para la apreciación de sus rasgos conativos (actitudes de reacción).

b) Dichos datos son cuantitativos y cualitativos, y de acuerdo con la experiencia son recíprocamente complementarios y significativos. Entre ellos, las diferencias entre las medidas correspondientes a una ya otra mano sirven para indicar el grado de cohesión o coherencia intrapersonal, es decir, la mayor o menor coincidencia entre sus actitudes de reacción permanentes y profundas (constitucionales o genotípicas), y transitorias y aparentes (fenotípicas) j las primeras temperamentales, se evidencian mejor en la mano menos educada y sometida al control voluntario (habitualmente es la izquierda), en tanto las segundas, caracterológicas, se manifiestan en la mano que el sujeto domina mejor (derecha).

c) Los resultados obtenidos en diferentes grupos de sujetos normales y anormales señalan que el promedio total de las desviaciones absolutas es una cifra aproximadamente indicadora de lo que se denomina el "equilibrio nervioso" del sujeto, pero los promedios de las desviaciones relativas, especialmente en los planos sagital y vertical, tienen mayor significación psicológica.

d) Hay razones para creer que se puede expresar el grado de depresión o de elación existente en un sujeto mediante el signo y el valor de las desviaciones de sus kinetogramas en el plano vertical en tanto que el tipo y el valor de su agresividad puede ser evaluado en función de la dirección y la intensidad de las desviaciones observadas en el plano sagital, obteniéndose así un indicio del peligro de suicidio o de heteroagresión.

A estas conclusiones pueden agregarse ahora las siguientes:

e) Mientras los movimientos de elevación y descenso en el plano vertical nos dan idea del estado de la denominada "escala diatética" y nos miden el grado de la tensión psicomotriz liberable en la prueba, los movimientos de flexión y extensión en el plano sagital (avance egocífugo o retroceso egocípeto) nos sugieren el estado de la relación Yo-Mundo, o sea, la vertiente hacia la cual el sujeto dirige predominantemente sus energías. Aquellos individuos en los que coincide un predominio del avance egocífugo con una falta de tensión psicomotriz, son los más predispuestos a engendrar el denominado mecanismo proyectivo característico del enfoque paranoide. Ni en uno solo de nuestros casos de síndrome persecutorio ha faltado la típica imagen de esa tríada: a) falta de energía vital; b) tendencia a la introversión c) compresión y aumento potencial de la agresividad. La primera se manifiesta por el descenso o caída de la mano derecha en el kinetograma vertical. La segunda por su tendencia al movimiento levógiro; la tercera, por su avance decidido en el líneograma sagital, perfectamente compatible con la posibilidad de un apelonamiento final de zigzag egocífugo.

f) El pronóstico del curso de los síndromes esquizofrénicos tras las curas convulsivante o insulínica puede basarse en la persistencia o en la ausencia de los signos equizopráticos en la mano izquierda (profunda).

g) Vista la gran correlación que existe entre la mejoría de los trazados miokinéticos y la mejoría clínica, hay que pensar en que gran parte de los beneficios de la denominada ergoterapia o terapia ocupacional radican en la corrección de las kinesias viciosas (actitudes torcidas, impulsos estratificados o encharcados en determinados centros que se substraen al influjo global de la corteza en actividad) obligada por la movilización rítmica y sistemática de los músculos en nuevas series cinéticas (que absorben o aspiran - por inducción negativa - el potencial creador de los síntomas psicóticos).

Del propio modo como un cambio de postura ayuda al estudiante a obtener un nuevo y mejor enfoque comprensivo del obscuro y fatigoso texto, una serie de cambios de postura favorecen en el enfermo mental la obtención de una nueva perspectiva de los problemas y situaciones que le angustian. Son muchas las veces en que hemos visto disminuir las reversiones equizopráxicas y mejorar el rendimiento miokinético tras una hora de trabajo manual, coincidiendo asimismo con la mejoría ostensible del aspecto y dinamismo del enfermo.

h) El psicodiagnóstico miokinético representa un cómodo y rápido medio para descubrir en un grupo de sujetos las personalidades psicopáticas, que han de ser sometidas a un más cuidadoso examen. Por ello creo que es un medio capaz de tener gran utilidad con fines de selección tanto civil como militar.

Es fácil darse cuenta del sujeto que trata de engañar al examinador y crear trazados anormales; basta para ello con repetir la prueba al cabo de pocos minutos y se obtendrá un coeficiente de constancia anormalmente bajo. Asimismo, es muy difícil llegar a mejorar los resultados mediante un entrenamiento; en todo caso ese obstáculo será vencible fácilmente usando trazados homólogos, pero de otras dimensiones (pruebas alternativas) .

Colofón.

Estoy convencido de que la falta de inscripción del tiempo en el trazado y la superposición de muchos líneogramas son obstáculos que han de ser superados para perfeccionar el P. M. K. Por ello, en la actualidad, estoy construyendo un sencillo dispositivo - semejante al de mi monotómetro - que permitirá la inscripción directa de los trazados sobre un papel cuadriculado, en un cilindro registrador de velocidad uniforme, de suerte que el tiempo pueda ser fácilmente evaluado en función de la distancia.

BIBLIOGRAFIA

(Solamente se mencionan los trabajos fundamentales que han sido consultados o citados)

ALEXANDER, F., *What Can Psychiatry Contribute to the Alleviation of National and International Difficulties? A symposium. (¿Qué puede contribuir la Psiquiatría para aliviar las dificultades nacionales e internacionales? Una reunión.)* Am. Journ. of Orthopsychiatry. Octubre, 1941.

ANSBACHER, H. L., *German Military Psychology. Psychological Bulletin*, XXXVIII, 370-92. 1941.

BANISSONI, F., *Le applicazioni de la Psicologia alfa selezione e all'instruzione del soldado nei principali paesi. Arch. Psicol. Neurol. Psichiatria e Psicoterapia*, ed. por el Rvdo. Fr. Gemelli, I, 379-407. Milán, Marzo, 1940.

BAIRTLETT, F. C., *Psychology and the soldier (Psicología y el soldado)*. Cambridge Univ. Press. 1927.

BINGHAM, W., *The Army Personnel Classification System (El sistema de clasificación de personal en el Ejército)*. An. Amer. Ac. of Pol. and Soc. Se. Philadelphia, Marzo, 1942.

PSYCHOLOGICAL SERVICES IN THE US ARMY (Servicios psicológicos en el ejército estadounidense). *Jour. of Consulting Psychol.* Octubre, 1941.

FARAGÓ, L., *German Psychological Warfare (Organización psicológica de guerra en Alemania)*. New York Comm. on National Morale. Nueva York, 1942.

FLINKER, R., *Dio Psychologie und Psychopathologie der Hysterie. Ed. Bostroem y Lange. "Thieme"*, XIII, 63. 1938.

FREUD, S., *Obras completas (Civilization, War and Death: Civilización, guerra y muerte)*. International Psichoanalytical Library, números 7-10. Londres, Hogarth Press. 1924-1933-1934.

FRIBOURG-BLANC RODIET, A., *La folie et la guerre de 191.-1918. París, Alcan.* 1930.

GILLESPIE, R. D. *Psychological Effects of War on CitiZen and Soldier. (Efectos psicológicos de la guerra en ciudadanos y soldados)*. New York, Norton & Co. 1942

GLOVER, E., *The Psychology of Fear and Courage (Psicología del miedo y del valor)*. Middlesex, Inglaterra. Hammondsworth, Penguin Books. 1940.

GOLDSTEIN, K., *The Organism, a Holistic Approach \$ti Biology Derived from Pathological Data in Man (El organismo, un enfoque holístico, derivado de datos patológicos del hombre) con un prólogo de K. S. Lashley. New York, Cincinnati, etc. American Book Co. 1939. (Esencialmente es una versión renovada de su original alemán: "Der Aufbau des Organismus.)*

HARTWELL, S. W., *Presidential Address to American Orthopsychiatric Association. X, 207-15. Abril, 1940.*

KARDINER, A., *The Traumatic Neuroses of War (Neurosis tramcláticas de guerra)*. Psychosomatic Med. Monogr. 2-3. 1941.

MILLER, E., ed., *The Neuroses in War. Por diversos autores, con un capitulo final por H. Crichton Miller. Me Millan Co. 1940.*

MIRA, E., *Fear (Miedo)*. *Lancet*, I. Junio 17, 1939.

Myokinetic Psychodiagnosis: New Technique of Exploring the Conative Trends of Personality (*Psicodiagnóstico mioquinético: nueva técnica exploradora de los rasgos conativos de la personalidad*). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Londres, XXXIII, 173-94. 1940.

Psychiatric Experience in the Spanish War. *British Med. Jour.*, 1217. Junio, 1939.

MYERS, C. S., *Shell Shock in France 1914-1918 (Basado en un diario personal del autor durante la guerra)*. Me Millan Co. 1940.

OVERHOLSER, W., *Contributions of Psyehiatry to National Defense*. *Am. Jour. of Orthopsychiatry*, II, 634-637. Octubre, 1941.

PEIXOTO, A., *Paranoia (Estudio preliminar de delirios "colectivos")*. *Rev. de Psiquiatría y Criminología*, VI, 393-408.

PRATT, C. C., *Psychology the Third dimension of War (Psieologia, la tercera dimensión de la guerra)*. *Columbia Home Front War Books N° 6*. Col. Univ. Press. 1942.

RADO, SANDOR, *The Traumatic Neuroses*. *Psychosomatic Medicine*. Octubre, 1942.

SCHILDER, P., *Differential diagnosis of Hysterical Tremor*. *Arch. of Neur. and Psych.*, XLV, 517-19. Marzo, 1941.

Soldatentum (*Revista germana, dedicada a problemas militares. Colección 1938-41*).

[Sumario](#)

[Indice](#)