

# REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA

## La Psiquiatría y Neurología de guerra y de la revolución. Sus problemas y soluciones

por el Dr. GONZALO R. LAFORA

Director de la Clínica Psiquiátrica Provincial de Madrid  
Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras

Los *problemas psiquiátricos* de la guerra son totalmente distintos de los *neuroológicos* y no deben confundirse. Por eso los trataremos separadamente, ocupándonos primeramente de los *problemas psiquiátricos*.

En casi todas las guerras se ha observado un descenso estadístico del número de enfermos psíquicos ingresados en los hospitales psiquiátricos (manicomios). En la guerra francoprusiana de 1870-71 hubo una disminución de 1.300 ingresos en Francia (estadística de Lunier). En Alemania no sabemos si la estadística confirma este dato en dicha guerra, pero sí en la de 1914-18, según veremos después.

El hecho parece indicar que la guerra disminuye el número de las psicosis; lo seguro es que disminuye el número de los ingresos en los manicomios civiles. La explicación del hecho está en diversas razones. Primeramente, en que aumentan las psicosis y las manifestaciones psicopáticas de los militares. La estadística alemana de la psicosis del ejército prusiano entre los años 1867-1884 muestra que hay un aumento moderado durante

el período de la guerra 1870-71 y que hay una relación causal entre la guerra y las psicosis bélicas. En segundo lugar, durante la guerra ingresan en el ejército muchos jóvenes enfermos mentales incipientes o en estado de latencia, singularmente esquizofrénicos. Es posible que para muchos de ellos este cambio de ambiente familiar y social y la vida regularizada tenga una acción beneficiosa por su semejanza a un internamiento manicomial con terapia de trabajo. Es curioso que en las estadísticas observamos un rápido aumento de los ingresos en los años siguientes a la terminación de la guerra, porque estos casos latentes al volver al seno familiar encuentran los mismos conflictos que dejaron, quizá aumentados. Así, por ejemplo, la estadística francesa de la guerra francoprusiana tiene el año 1871-72, siguiente a la guerra, un aumento de 2.785 ingresos. Los alemanes observaron este mismo ascenso después de la Gran Guerra, entre los años 1920-21, y lo comparan al observado por los franceses en la guerra francoprusiana (Weiler). En tercer lugar, es preciso tener en cuenta que muchos de los enfermos psíquicos latentes que ingresan en el ejército son bajas en la guerra y desaparecen de las estadísticas de los manicomios. Por eso se observa que el descenso estadístico corresponde principalmente a los hombres, mientras que los ingresos de casos femeninos se mantiene en la misma proporción. En la estadística de los manicomios de Baviera, que daba en 1913 unos 4.035 ingresos, divididos en 2.197 hombres y 1.838 mujeres, siguen en 1914 con 4.000 ingresos, divididos en 2.269 hombres y 1.737 mujeres; pero ya desde 1915 el número de ingresos de hombres disminuye considerablemente, mientras que el de mujer se mantiene casi igual, tanto, que se equiparan casi todos los años de la guerra e incluso sobrepasan las mujeres en los años 1915 y 1918. Las cifras totales bajan en dichos años de guerra a 3.265 en 1915, a 3.779 en 1916, a 3.525 en 1917 y a 3.191 en 1918. Las cifras no suben a los 4.065 hasta el año 1925, después de haber descendido bastante en los años de la inflación monetaria (1922-1924) que aceleró la vida económica.

En la guerra de 1870-71 hubo un enfermo mental por cada 2.000 soldados alemanes, pero en la Gran Guerra calcula Alt un enfermo por cada 1.000. En la guerra rusojaponesa fijó Autokratow la cifra en dos casos de psicosis por cada 1.000 soldados. En cambio, en la guerra balcánica de 1913 se calcula un caso por cada 2.500 soldados, lo que según Subotisch es debido a la naturaleza recia y sin hábito alcohólico de los pueblos balcánicos. Así, pues, hay diferencias nacionales relacionadas con el género de vida de la gran masa de soldados (pastores, aldeanos, obreros industriales). Prueba de ello es que la proporción fué distinta para los diferentes pueblos que intervinieron en esta guerra: los servios tuvieron un

enfermo mental por cada 4.000 soldados ; los búlgaros uno por cada 3.000 y los griegos y montenegrinos uno por cada 10.000. Estos últimos son pueblos pastoriles y agrícolas de vida muy sencilla.

En las primeras fases de la guerra y en los momentos en que se está en inminencia de ruptura de las hostilidades hay el mayor número de psicosis reactivas o psicógenas. Nosotros observamos en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid un aumento de las psicosis reactivas y de psicosis endógenas iniciadas reactivamente entre julio y fines de septiembre de 1936. Mann observó en Austria durante 1913, antes de estallar la Gran Guerra, es decir, durante los meses de tirantez austrorrusa, entre las tropas fronterizas austríacas, una serie de cuadros psicóticos con alucinaciones, estados amenciales o confusionales y psicosis histéricas y epilépticas, especialmente en los soldados alcohólicos y sifilíticos. El estado de expectativa, de responsabilidad en la vigilancia, de añoranzas de la patria, predispone a ello, y por otra parte el influjo sugestivo de los soldados más neuropáticos sobre los sanos actúa como elemento desencadenante. Los estados amenciales agitados observados por nosotros en Madrid coinciden con los que describe Mira como forma nueva de acceso brusco de confusión mental agitada, que cede rápidamente en unos dos a doce días. En nuestra experiencia algunos terminaron por la muerte por agotamiento, como en los estados de delirio agudo.

En general, todos los autores coinciden en la afirmación de que *la guerra no origina ningún tipo de psicosis nueva*. Las formas de psicosis más frecuentes observadas por nosotros en *hombres* son : estados crepusculares, delirios alcohólicos y embriaguez patológica en epilépticos, estados confusionales o amenciales de breve duración, reacciones epítimicas histeroideas, reacciones depresivas con colorido delirante persecutorio y tendencia suicida, estados alucinósicos y además, naturalmente, las psicosis endógenas y exógenas comunes. Algunas de las primeras son iniciadas reactivamente ; por ejemplo, cuadros hipertímicos maníacos en esquizofrénicos y epilépticos, depresión reactiva en paráliticos generales ya tratados y con personalidad subdepresiva.

El hecho de la conmoción simultánea a la guerra originó en aquellos primeros momentos numerosos casos de reacciones depresivas y persecutorias en personalidades ciclotímicas o simplemente subdepresivas y otras reacciones hipertímicas en esquizofrénicos.

En las *mujeres* observamos más frecuentemente las depresiones con ideas delirantes persecutorias o con estupor ; algunas con mutismo. También fueron algo frecuentes las manifestaciones motoras histeriformes, algunas con reacciones primitivas (tempestad de movimientos). Más raras fueron algunas reacciones depresivas en fases climatéricas y seniles. A diferencia

de los hombres, casi no observamos en las mujeres estados de confusión agitada, ni tampoco casi ninguna reacción alcohólica patológica de los epilépticos larvados. En algunas enfermas observamos estados crepusculares epilépticos reactivos coincidiendo con la fase menstrual. Las formas reactivas de las psicosis empezaron a ingresar el 23 de julio, es decir, a los cuatro días de iniciarse la revolución y la guerra. La abundancia de las psicosis reactivas en los primeros diez días de la revolución llegaron a un 25 por 100 de los ingresos.

El dato de que Hoche observase una disminución de las psicosis femeninas en el ducado de Baden durante el primer año de la Gran Guerra no puede compararse con estas observaciones, pues la mayor parte de las psicosis reactivas observadas en Madrid en los primeros meses de nuestra guerra civil española no son debidas a ésta, sino a la conmoción social, mientras que en los hombres la mayor parte de los casos, en esos mismos meses, son debidos a las emociones de la campaña, a los abusos alcohólicos, a insolaciones y fatigas físicas y en menos cantidad son consecutivas a dicha conmoción (casos de la retaguardia).

No podemos, pues, comparar nuestros resultados con los publicados después de la Gran Guerra en Alemania u otros países, como se hace con demasiada frecuencia, sin analizar críticamente las diferencias esenciales entre las psicosis de guerra exclusivas de esos países y la combinación de psicosis de guerra y de la revolución económicosocial entre nosotros.

También en Alemania se observaron fenómenos semejantes en la revolución que sucedió a la terminación de la guerra mundial. Entonces los soldados de las regiones agrícolas desertaban sin permiso hacia sus casas, mientras los de las ciudades permanecían en los acuartelamientos y lazaretos, cambiando el antiguo deseo de alejarse de los peligros del frente por el de obtener una pensión de invalidez. Se observó también, según Weiler, que en estos tiempos de agitación de las masas los débiles psíquicos y mentales mostraban sus ambiciones sin escrúpulos ni consideraciones, exigiendo imperativamente la concesión de pensiones a los peritos médicos militares. Las neurosis de renta y las psicosis reactivas aumentaron en las regiones más agitadas por la revolución.

El hecho fundamental en Madrid es que las clínicas psiquiátricas de observación han visto aumentado el número de ingresos, sobre todo en los primeros meses de guerra y conmoción social, para luego equipararse en los siguientes en que ésta última aminoró. Así, en 1936, en la Clínica Psiquiátrica de hombres del Hospital Provincial de Madrid, se produce de julio a noviembre una duplicación de ingresos que afecta principalmente a las reacciones psicógenas y a las psicosis exógenas, según resulta de los datos

siguientes, tomados de la estadística hecha por mi asistente el doctor Bahamonde y citada por Berman.

Ingresos	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1935	50	39	29	52	38	55
1936	68	82	88	125	85	52

En la estadística de ingresos en la Clínica de mujeres, que hacemos con nuestros cuadernos de los meses de 1.º de junio al 20 de septiembre de 1935 y de 1936, fecha a que llegan nuestros datos, resultan semejantes diferencias.

Ingresos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1935	45	38	42	17 (22)
1936	46	48	73	53

Vemos aquí que en junio son iguales en ambos años, pero que en julio se inicia el aumento, que sigue casi duplicado en los meses de agosto y septiembre; la cifra 22 es de todo septiembre. Nos faltan datos ulteriores en el momento que escribimos estas notas.

Será interesante, a la terminación del año 1937, comparar las estadísticas de los distintos manicomios y hospitales psiquiátricos de la zona leal con las de 1935 y 1936, diferenciando los datos de los hospitales próximos a los frentes de los alejados de éstos, para sí estudiar con detalle los influjos separados de los factores causales bélico y políticosocial.

De los que antecede resulta: 1.º Que durante las *guerras* disminuyen los ingresos por psicosis endógenas en los manicomios civiles y aumentan en los militares. 2.º Que la guerra y la vida militar parece actuar favorablemente sobre algunas formas latentes de psicosis endógenas. 3.º Que durante las *guerras* se produce en los hombres un aumento de las psicosis reactivas a costa de las endógenas, singularmente en las fases iniciales y previas a la ruptura de hostilidades. 4.º Que en las *conmociones sociales* se produce un considerable aumento de las psicosis reactivas, tanto en los hombres como en las mujeres, duplicándose a veces los ingresos en las clínicas psiquiátricas, para normalizarse después al iniciarse la fase constructiva de toda revolución.

Dada la deficiente organización manicomial de España, a pesar de los prolongados esfuerzos hechos por el Consejo Superior Psiquiátrico, desde su creación en 1931, la mejor *solución* a nuestro entender, que propusimos a ambas Direcciones de Sanidad Militar y Civil, es la siguiente:

Las clínicas psiquiátricas próximas a los frentes (Madrid, Ciudad Real,

Almería, Jaén, etc.) convertidas en cívicomilitares, serán evacuadas de los enfermos crónicos civiles, dedicando el 60 por 100 de sus camas a los ingresos por psicosis reactivas o por psicosis endógenas iniciadas reactivamente y por las exógenas. Los casos de psicosis cuya duración sobrepase de tres meses deben ser evacuados a los centros psiquiátricos de la retaguardia, donde deberán organizarse de un modo provisional asilos-colonias de gran capacidad (1.000 enfermos como *mínimum*) en edificios o monasterios, con amplias explotaciones agrícolas para utilizarlas en la terapéutica de ocupación. Estos últimos establecimientos dependerán exclusivamente de la Sanidad Civil, que debe ser la encargada de organizarlos. De este modo, con la menor modificación posible en la actual organización psiquiátrica, se conseguirá suprimir el actual hacinamiento antihigiénico e inhumano de enfermos psíquicos en las clínicas psiquiátricas próximas a los frentes.

Las llamadas «casas de reposo» para soldados agotados deben estar relativamente próximas a los frentes, centros secundarios de la primera retaguardia, para evitar las inútiles pérdidas de tiempo y gastos de traslado actuales de los soldados fatigados, que a los seis días de descanso están repuestos completamente.

Los *problemas neurológicos* de la guerra son mucho más importantes que los psiquiátricos, por su volumen y por las consecuencias que producen (inutilidades, neurosis, demandas de renta de invalidez, etc.). En la guerra francoprusiana los lazaretos militares alemanes tuvieron en total 5.013 casos neurológicos y psiquiátricos, entre los que figuraban 1.173 epilépticos y además 837 más que sufrían convulsiones de naturaleza diversa. Así, pues, el 40 por 100 de los enfermos hospitalizados por enfermedades nerviosas padecían convulsiones, bastantes de ellos de naturaleza probablemente histerica. De esos 5.013 casos sólo hubo 316 con psicosis. Esto indica la diferencia de volumen entre el problema neurológico y el psiquiátrico en los ejércitos en campaña.

Los enfermos neurológicos de guerra se dividen en tres categorías principales: *a*) Los afectos de convulsiones epilépticas, que ascienden a un 20 por 100 ó un 23 por 100 de los enfermos nerviosos en las estadísticas rusas de la guerra rusojaponesa (la de Jakubowitsch y la de Awtokratow). *b*) Las lesiones neurológicas centrales o periféricas; y *c*) Las neurosis.

Los enfermos epilépticos, la mayor parte de forma genuina hereditaria-constitucional, deben ser dados de alta en el ejército y pasar a los centros hospitalarios civiles.

Los enfermos con lesiones neurológicas centrales y periféricas deben recibir desde el principio una atención especial por los neurólogos y neurocirujanos a fin de evitar las desastrosas consecuencias de los tratamientos inexpertos.

Las neurosis de guerra suelen ser tan numerosas que en la Gran Guerra el número de soldados con trastornos nerviosos en Baviera fué vez y media mayor que el de los soldados heridos, y aunque entre éstos se incluyen los que tuvieron heridas en los centros nerviosos y nervios periféricos, sin embargo, aun descontándolos, resulta siempre que el número de heridos apenas pasa del 50 por 100 y los que piden ser observados por trastornos nerviosos sube a otro tanto. La mayoría de estas neurosis de guerra son funcionales, sin tener relación con traumatismos guerreros, siendo su fundamento causal la neurastenia, la nerviosidad, la histeria y la constitución psicopática. En un quinto de los casos se trata de un agotamiento nervioso o de trastornos nerviosos de origen tiroideo. Los fenómenos nerviosos gruesos, tales como síntomas histéricos aparatosos, temblores, parálisis, trastornos de la palabra, que dan lugar a los ingresos en lazaretos, al firmarse la paz mundial mejoraron rápidamente, y los soldados regresaban a sus casas sin querer prolongar el tratamiento y deseando olvidar la guerra. Parte de éstos iniciaban después reclamaciones de pensión por neurosis traumática.

En bastantes casos de éstos, sobre todo en los que inician sus quejas nerviosas cierto tiempo después de terminada la guerra, interviene como motivo desencadenante «el anhelo de la renta de invalidez» (*Rentensucht* de los alemanes), singularmente en la época de mayor crisis económica y falta de trabajo. En relación con esto es digno de anotarse que estas quejas tardías por invalidez nerviosa fueron en Alemania mucho más frecuentes en los soldados procedentes de las ciudades y centros industriales que en los del campo, donde las condiciones económicas sociales eran mejores.

Sólo la mitad de los que solicitaron pensiones de invalidez en Baviera recibieron ésta. La mayoría de éstos no alcanzó más de 20 por 100 de su capacidad. Unos años después (en 1929) sólo una séptima parte de los solicitantes disfrutaba de la pensión.

En Francia, durante la Gran Guerra, fueron internados 11.806 soldados sólo en la XIV región; de ellos más de dos tercios lo fueron por afecciones neurológicas y el resto por neurosis.

En la guerra civil española actual no se lleva una estadística de los enfermos neurológicos, que siguen mezclados con los demás heridos en la mayoría de los hospitales militares. Sólo en Barcelona hay un centro neuroquirúrgico dirigido por Rodríguez Arias y Ley. Algunos intentos incompletos han realizado otros cirujanos relacionados con neurólogos y algún neurocirujano, como Díaz Gómez.

El doctor Berman, de Córdoba (Argentina), organizó en abril una pequeña clínica para neurosis de guerra en el Hospital Militar núm. 6 de Chamartín, que reunió pronto unos setenta enfermos de algunos hospitales militares de los frentes del Centro.

Se está ahora en vías de centralizar estas actividades en dos centros neuroquirúrgicos de retaguardia, uno próximo a Valencia (Godella), donde trabajaremos varios especialistas, y otro similar en Murcia.

Nosotros propusimos en mayo a la Dirección de Sanidad Militar, como *solución provisional*, un plan sencillo por el cual los enfermos con lesiones neurológicas de guerra pasarían después de las curas u operaciones urgentes, realizadas en los hospitales militares de segunda línea, donde se procuraría que fuesen vistos por algún neurólogo, a ser evacuados a los centros neuroquirúrgicos de la retaguardia, del mismo modo que los afectados de neurosis de tipo neurológico o de los órganos y endocrinas, así como los enfermos agotados que llevan más de veinte días en las «casas de reposo» de la primera retaguardia sin reponerse. En relación con estos centros, donde deben además hacerse los informes sobre invalidez (pensión), deben estar las clínicas de reeducación de los mutilados e inválidos de la guerra.

Así, en forma simple y práctica, sin grandes complicaciones de organización, pueden resolverse los problemas más urgentes que produce la guerra civil española, desde el punto de vista neurológico y psiquiátrico, y la conmoción económicosocial.