

I

ABRIL 1974

PERSPECTIVAS DE  
LA PSICOLOGIA Y  
PSIQUIATRIA EN:  
RUSIA, CUBA Y CHINA



Cuadernos  
de  
Psicología

## INDICE

### -- INTRODUCCION GENERAL

### -- PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA EN LA URSS

- 1) Las enfermedades psíquicas en la Unión Soviética:  
Concepto y tratamiento. L. ROJLIN.
- 2) Teorías psicológicas. RUBINSTEIN.
- 3) Aspectos actuales de la Psicología en la URSS.  
MARIO GOLDER.

### -- INFORME SOBRE CUBA:

- 1) Introducción.
- 2) Estudios de Psicología en Cuba.
- 3) Salud Psíquica e Higiene Mental. EDGARD F. ROMERO  
MONTEAGUDO.
- 4) Estructura hospitalaria psiquiátrica en Cuba y su  
enfoque teórico-político.
- 5) Ergoterapia: Teoría y práctica. Dr. GUTIERREZ AGRA  
MONTE.
- 6) Consideraciones sobre la Organización del Hospital  
Diurno.
- 7) El enfermo egresado: su atención y cuidados. MANUEL  
TOYMIL GONZALEZ.
- 8) Estructura de la Comunidad terapéutica.
- 9) Estructura y resultados de una técnica mixta de Psi  
coterapia para grupos numerosos.
- 10) La relación médico-paciente-familiares a través de  
esquemas sinópticos de los factores y variables in-  
tervinientes.
- 11) Rendimiento en el trabajo y patología psiquiátrica.
- 12) Informe del servicio de Psiquiatría infantil del H.  
Ps. de La Habana.

- 13) Estudio de los escolares deficientes. JESUS DUEÑAS BECERRA.
- 14) El niño problema y sus madres. GERARDO NOGUEIRA.
- 15) Bibliografía cubana.

#### PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA EN CHINA

- 1) Introducción.
- 2) Apunte para una historia de la psiquiatría en China.
- 3) Cambios producidos en un hospital psiquiátrico después de la Liberación (1.949)
- 4) Algunas enfermedades mentales y su tratamiento (1949-1966).
- 5) Evolución de un psiquiatra y tendencias psiquiátricas (1949-1966)
- 6) Psicoterapia en China: una psicoterapia racional directiva (1949-1966)
- 7) Entrevista con psiquiatras chinos. Cambios producidos con la revolución cultural.
- 8) Bibliografía china.

#### INTRODUCCION GENERAL

El presente Cuaderno trata de dar una cierta panorámica sobre cuál es en la actualidad el enfoque y la Práctica de la psicología y psiquiatría en los países socialistas, a través de tres países representativos: Rusia, Cuba, y China. El intento era muy ambicioso y nos hemos encontrado con una serie de limitaciones muy importantes. La principal, quizás, es la falta de información. Nos hemos atenido, pues, a las fuentes que nos han sido accesibles. En lo referente a Cuba, hemos contado con la revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, con varios números hasta el de diciembre de 1.973. De ahí que exista mucha información sobre la asistencia y práctica psiquiátrica y de psicología clínica, y poca de psicología pedagógica y laboral. Sobre Rusia hemos encontrado muy poco material, y es lo que ha resultado más pobre, pero no porque sea pobre la realidad de la psicología y psiquiatría actual, sino precisamente por la pobreza del material que hemos podido consultar. Nos interesaría que si algún lector posee más material del que ofrecemos, sobre las perspectivas de la psicología y psiquiatría en cualquiera de los tres países, nos lo hiciera llegar, para poder ampliar la información. Y todo lo referente a la situación asistencial psiquiátrica en China, lo hemos recogido del libro "La salud mental en China", de Gregorio Bermann, publicado en francés por F. Maspero, París 1.973. Nosotros hemos extractado los puntos fundamentales swl libro, pero aquellos que quieran tener una visión más pormenorizada deberían acudir a él.

Al leer el número, una de las cosas que más podrán sorprender es la existencia de prácticas psicológicas tan distintas en países que aparentemente tienen un régimen político y social semejante, y que se refieren a unos mismos principios, a una misma ideología. Al mismo tiempo, si bien por una parte podría haber puntos en común en la teoría y en la práctica

con lo que se hace en este campo en los países occidentales, resalta sin embargo la enorme diferencia que existe, sobre todo, entre lo que se hace en China y lo que se hace en la mayoría de los países, incluyendo Rusia y Cuba. De alguna manera, eso podría ser explicado en función de la diferente tradición cultural china y europea (Rusia se podría incluir en la tradición europea). Pero aunque algo debe influir ese factor, de hecho hubo épocas, antes de la revolución de 1949 en que se seguían las teorías y modelos psicológicos europeos y norteamericanos, y entre 1949 y 1966 (hasta la revolución cultural) en que se seguían los modelos y teorías pavlovianas, imperantes en la URSS.

Por lo tanto la explicación de esa diversidad habrá que buscarla en alguna otra parte. Vamos a tratar de esbozarla.

Cada país, o conjunto de países con características similares y una historia común, constituye una formación social, que se define como una totalidad social concreta, históricamente determinada. Esta totalidad social comprende tres niveles fundamentales: la estructura económica, la estructura ideológica y la estructura jurídico-política.

Podríamos decir que cada formación social está determinada en última instancia por su manera de producir lo que produce, por su modo de producción. Así la formación social francesa se distingue de la formación social china, entre otras razones pero esencialmente, por su modo de producción, en un caso capitalista y en otro socialista. Y la formación social francesa del siglo XIII se distingue de la formación social francesa del siglo XX, fundamentalmente por su modo de producción, en una primera época feudal, y en la otra de capital monopolista. Pero si bien el modo de producción, la estructura económica determina en última instancia la formación social en general, y en concreto su estructura ideológica, también es cierto que la ideología domina la formación

social en general, y en particular su modo de producción. Dominar quiere decir poder frenar, acelerar, modificar un proceso, etc.

La ideología cohesiona a los individuos en sus papeles en sus funciones y en sus relaciones sociales. En cualquier sociedad, ya sea de clases o sin clases, la ideología tiene como función asegurar una determinada relación de los hombres entre ellos y con sus condiciones de existencia, adaptar a los individuos a sus tareas fijadas por la sociedad. En una sociedad de clases, la ideología está destinada a asegurar la cohesión de los hombres en la estructura general de la dominación de clases. Se ejercería la ideología sobre la conciencia de los dominados para hacerles aceptar como natural su condición de dominados, y sobre los miembros de la clase dominante para permitirles ejercer como natural su dominación.

El campo ideológico de cada formación social está compuesto de un cierto número de instancias o regiones, que se diferencian entre sí por la especificidad de su contenido, y cuya importancia y relaciones recíprocas difieren de una formación a otra: derecho, política, arte, filosofía, religión, etc. Asimismo dentro del nivel ideológico existen diferentes tendencias que expresan las representaciones del mundo y del papel del hombre en él de las diferentes clases sociales. Pero en una sociedad de clases, la ideología dominante, es la ideología de la clase dominante.

En las diferentes sociedades, en relación a las clases sociales que en ella existen, tal o cual región o instancia domina a las otras. Digamos que, si las relaciones que estas regiones o instancias mantienen entre sí son las que constituyen la especificidad de cada conjunto ideológico, lo que distingue de una manera decisiva una ideología de otra, es que cada una, por razones materiales e históricas, pone una de sus instancias por encima de las otras, la sitúa en el puesto de mando. Así es como se da unión al conjunto: a par-

tir de esa instancia desde la cual la ideología se ordena y - trata de ordenar lo real. Así en la formación social feudal, cuya clase dominante es la aristocracia, la instancia o región dominante dentro de la ideología es la religión. En la formación social capitalista, cuya clase dominante es la burguesía la instancia dominante es la constituida por las ciencias y - técnicas. Y en la formación social socialista, cuya clase dominante es el proletariado, la instancia dominante sería la - política.

En cada formación social todo problema que se presenta es abordado y resuelto (correctamente o no) a partir de esa - instancia o región dominante, del puesto de mando de la ideología dominante de esa formación. Se puede decir que la ins-- tancia dominante determina la problemática específica de cada formación social o de su clase dominante; que es en último - término, el lugar a partir del cual, en realidad, cada miembro de la formación social o de la clase dominante habla, pien-- sa, actúa, incluso de manera no consciente.

En la formación social capitalista, para la burguesía somnante; su tarea consistiría en hacer creer que la política no sería más que una instancia entre otras, importante sin du-- da pero no más que otras; y, en cualquier caso función de "es-- pecialistas" y "técnicos", que se ocupan de ella, que "entien-- den".

En la formación social socialista, no se resolvería ya un problema "técnicamente" en beneficio del interés privado, sino políticamente en beneficio del interés colectivo.

Si bien el desarrollo de las ciencias bajo condiciones sociales capitalistas ha permitido al hombre acrecentar su li-- bertad, su salud, sus posibilidades de acción, etc., sus adqui-- siciones han sido repartidas muy desigualmente entre los miem-- bros de la misma formación social, y entre los diversos países. Así se explica que existiendo conocimientos científicos y me-- dios técnicos suficientes para eliminar muchísimas enfermeda--

des y plagas, dar de comer suficientemente a toda la pobla-- ción del globo, y, en general, elevar el nivel de vida uni-- formemente para el conjunto de la humanidad, los bienes de - la ciencia y de la técnica son disfrutados exclusivamente - por ciertos países, y dentro de ellos por sus minorías domi-- nantes.

En el socialismo se trataría de poner las ciencias y las técnicas al servicio del pueblo, convertir la "investiga-- ción científica" de unos cuantos, en la "experimentación - científica" de las masas, que se eleva a movimiento revolucio-- nario junto a la lucha de "clases" y la "lucha por la produc-- ción (tal como se está realizando ya en China).

Resumiendo podríamos anunciar los aspectos fundameta-- les de la ideología que sitúa a la política como instancia - dominante en el socialismo, para comprender mejor la políti-- ca de salud mental:

1) Poner la política en el puesto de mando es la con-- signa fundamental en la construcción del socialismo. Equivale a afirmar el carácter principalmente político de toda reali-- dad ideológica.

2) Históricamente, esta afirmación se manifiesta como la superación del punto de vista estrecho y unilateral sobre el papel de las ciencias y técnicas, que son las instancias dominantes de la ideología buruguesa.

3) Superar este punto de vista estrecho y unilateral equivale, al tiempo que se denuncian los intereses de clase egoísta, a servir al pueblo; poner a su servicio aquello de lo que estaba privado, darle la posibilidad de expresarse y de tomar iniciativas. Es preciso hacer estallar todas las - contradicciones que existan en el seno del pueblo, y hacer de manera que sea éste quien las resuelva.

4) El papel del científico, técnico o experto se mo-- difica sustancialmente. No se trata ya de poseer saber para

subir en la escala social, enriquecerse, etc. Es preciso ser experto, dominar materias o parcelas del saber, pero no con un fin individualista y egoísta, sino para poner todos los conocimientos y saberes al servicio del pueblo, para satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas.

Pensamos que con este marco conceptual quizás sea posible entender un poco mejor a qué se debe la diferencia entre la teoría y práctica psicológica y psiquiátrica entre estos tres países, y entre estos países y los occidentales. Nosotros no pretendemos poner modelos, sino solamente informar sobre lo que hace en ellos. Si el objetivo de la información, con todas las limitaciones que hemos tenido para recurrir a fuentes, se cumple de alguna manera, habremos conseguido nuestro objetivo. Pero en principio no se trata de valorar lo que se hace en un sitio por encima de lo que se hace en otro. Cada cual debe hacerlo en función de estos datos y de muchos más que es preciso conocer.

## LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS EN LA UNION SOVIETICA: CONCEPTO Y TRATAMIENTO

Sacado de L. ROJLIN, "El Tratamiento de las enfermedades mentales en la URSS.

Es en la década del 60 del siglo pasado cuando la Psiquiatría Rusa adquirió un particular impulso en su desarrollo. La figura de I. BALINSKI, a quien se le suele llamar el padre de la Psiquiatría Rusa, es el gran organizador.

Influenciados por las ideas científicas de los psiquiatras franceses, los psiquiatras rusos lucharán rápidamente contra el idealismo y la religión - las concepciones idealistas, mágicas y religiosas del enfermo mental imperaban en estos momentos en Rusia al igual que en el resto de Europa - Desde un principio la Psiquiatría Rusa reveló una marcada tendencia materialista.

P. Malinovski, se adelantó a su época acentuando la importancia del sistema nervioso en la actividad vital del organismo y en sus relaciones con el medio ambiente. Para P. Malinovski, el sistema nervioso es lo más delicado y lo más activo del organismo. En su libro: "la locura descrita tal como se presenta al médico práctico", (San Petersburgo, 1847) escribe la siguiente exclamación: "¡Cuán vastos deben ser sus vínculos y que amplia su actividad"!.

El 13 de agosto de 1.829 nace I. SECHENOV. La importancia de Sechenov en la Psiquiatría Rusa es evidente; el trabajo "Los reflejos del cerebro", tuvo extraordinaria importancia para el robustecimiento de las posiciones del materialismo en su lucha contra el idealismo. Este trabajo causará una extraordinaria impresión en PAVLOV, quien dirá refiriéndose a Sechenov: "fué el primero en iniciar el estudio científico de los fenómenos psíquicos... lo que a mi juicio constituye la genialidad del talento de Sechenov" (I. Pavlov)

La idea fundamental de la obra de Sechenov se basa en la concepción del cerebro como el órgano del alma, este mecanismo puesto en marcha da como resultado esa serie de fenómenos externos que caracterizan a la actividad psíquica. Sechenov es el primero que considera que los actos psíquicos son por su origen actos reflejos. Las respuestas regulares que el organismo emite al ser estimulado, con los que reacciona el organismo a los estímulos del medio ambiente, se efectúan por intermedio del sistema nervioso.

Otras figuras relevantes de la mitad del s. XIX tales como S. Kórsakov, I. Merzhelevski, V. Bejterev y V. Kandiski son también portadores de estas ideas:

LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS TIENEN POR BASE UNA ALTERACION DE LA ACTIVIDAD REFLEJA NORMAL DEL CEREBRO.

Los distintos órganos del cuerpo influyen sobre la actividad del cerebro por las vías más diversas. El torrente sanguíneo, por ejemplo, puede llevar al cerebro sustancias nocivas; los órganos internos también pueden actuar sobre el cerebro - transmitiendo excitaciones a través de los nervios sensitivos especiales que unen a esos órganos con el cerebro.

Kórsakov, Sechenov, primero y posteriormente Pavlov y Bykov fueron los que confirmaron plenamente estas ideas. Hoy día, gracias a estos trabajos y otras investigaciones se ha conseguido demostrar con toda exactitud el nexo nervioso existente entre los órganos internos y el cerebro, la "información" que éste recibe acerca del estado de aquéllos.

Según este enfoque, en el estudio de las alteraciones psíquicas no existe una psicosis, sino diferentes enfermedades psíquicas que se distinguen entre sí por las causas y los mecanismos.

de su aparición, sus manifestaciones y su curso, por lo que el tratamiento a aplicar será diferente para cada una de ellas. Kórsakov que fué uno de los primeros en aceptar este enfoque, será defendido más tarde por E. Kraepelin.

Este principio de dividir los trastornos psíquicos - en enfermedades distintas, condujo a Kórsakov a diferenciar y descubrir una psicosis especial relacionada con el abuso prolongado de las bebidas alcohólicas, "Psicosis de Kórsakov", nombre que se le concedió a propuesta del berlinés - Jolly en el XII Congreso Internacional de Medicina, 1889, Moscú.

Su trabajo titulado "Sobre una forma de enfermedad - mental combinada con neuritis múltiple degenerativa", leído en el XIII Congreso Internacional de Medicina Mental, 1889, París, evocó las siguientes palabras en el profesor Benedikt de Viena: "Agradecemos al Dr. Kórsakov su interesante comunicación. Ha hecho una importante contribución a la idea - que considera a la Patología Mental como un conjunto de lesiones cerebrales y medulares. (XIII Congrès International de Medicine, section de psychiatrie. Comptes rendues, Paris 1900).

LAS ENFERMEDADES MENTALES NO SON SOLO ALTERACIONES DEL CEREBRO, SINO DE TODO EL ORGANISMO.

Esta teoría es defendida por Merzhelevski, que se distingue por el amplio enfoque biológico en el estudio de los diversos problemas de la psiquiatría. La influencia de las ideas de Darwin y de su contemporáneo inglés Maudsley se manifiesta en su obra. Defiende, frente a la postura de K. Bogt, que la idecía de los microcéfalos es consecuencia de una lesión del cerebro en el claustro materno y de la de-

tención de su desarrollo.

Las enfermedades mentales tienen su origen unas veces en lesiones cerebrales orgánicas en las que se puede descubrir en la estructura del cerebro una alteración de su integridad, la destrucción de alguna de sus partes. Otras veces estas enfermedades no ofrecen lesiones aparentes de la sustancia cerebral ni en su estructura estando relacionadas con un trastorno del metabolismo normal del organismo y es en la autointoxicación, lo que repercute en la nutrición del cerebro, alterando su funcionamiento normal.

En el estudio de la estructura y las funciones del cerebro es importante señalar los trabajos realizados por Bejterev. Al igual que Merzheierski, refleja el afán de relacionar las enfermedades psíquicas con las somáticas, y contribuye a aclarar el papel del cerebro en la regulación de la temperatura del cuerpo. Profundiza en los fundamentos anatómofisiológicos de las enfermedades psíquicas, ya que en estos momentos, la anatomía y fisiología del cerebro poseía según palabras del propio Bejterev: "Oscuridad en cuanto a la estructura y tinieblas completas en cuanto a las funciones". En sus estudios de la estructura y funciones del cerebro, nunca separó el estudio de la anatomía del cerebro del de su fisiología, siempre estructura y funcionamiento estuvieron ligados, y al igual que Korsakov y Merzheievski, consideraba que los trastornos psíquicos, por diversos y caprichosos que sean sus formas de manifestarse siempre son una consecuencia de alteraciones patológicas del funcionamiento del cerebro. Aunque las alteraciones no surjan en todos los casos en virtud de modificaciones de la integridad y la estructura del cerebro. Muchas veces no son más que un trastorno de sus funciones provocado por fenómenos patológicos que tienen lugar en otros órganos o en el organismo en conjunto. Los trastornos psíquicos son manifestaciones de enfermedades del cerebro y del organismo.

Kadinski dirá: "La actividad psíquica está ligada, como lo demuestran los datos proporcionados por la fisiología y la psicología, a determinados órganos del cuerpo y no puede concebirse fuera de ellos..., toda la actividad psíquica puede reducirse a mecanismos, es decir, puede ser aplicada del mismo modo que el resto del mundo". (V. KADINSKI, Estudios psicológicos al alcance de todos, 1.881)

Lucha por apartar la psiquiatría rusa del campo de las disquisiciones abstractas y de las ideas religioso-místicas, sentando sólidas cimientos para el estudio científico - natural de las enfermedades mentales.

Korsakov, Merzheievski, Bejterev y Kadinski, habían dado un gran paso, y habían iniciado un camino certero para la investigación, pero quedaba por delante un recorrido largo y difícil. El desarrollo adquirido por la ciencia en estos momentos no les permitió aclarar por completo por qué y cómo se producen las enfermedades psíquicas ni los mecanismos fisiológicos que le sirven de base. Había que desentrañar hasta el fondo el misterio del origen de los distintos trastornos psíquicos y una vez conocidos con exactitud sus causas y los mecanismos que dan lugar a las diferentes enfermedades mentales, lograr mejores éxitos en su tratamiento.

Hemos de esperar a que pase la Revolución de Octubre para observar un avance en la solución de este problema. Es a partir de ahora cuando la psiquiatría empieza a poner en práctica las ideas de sus fundadores.

La figura de Pavlov, cuyos trabajos desempeñaron un papel enorme en la transformación de la teoría y la práctica psiquiátricas, tiene una gran significación en la Psiquiatría y Psicología en Rusia. Lleva a cabo una auténtica revolución

en los métodos de estudio experimental aplicados a la fisiología. La vivisección, único método de llegar a los órganos internos, será superado por Pavlov al elaborar un nuevo método de investigación fisiológica experimental basado en los llamados "experimentos crónicos" en animales y cuya esencia consiste en practicar ciertas operaciones que permiten estudiar la actividad de los órganos del animal en las condiciones normales de su existencia, es decir, en un organismo íntegro y sano. Los estudios sobre la fisiología de los órganos de la digestión son básicos en la teoría de Pavlov. (Experimentos de la "alimentación ficticia") A través de estos experimentos Pavlov resuelve un gran problema existente en estos momentos: "ver" la actividad del cerebro descubriendo las leyes más complejas que rigen el funcionamiento del sistema nervioso superior, o sea, la actividad psíquica. A partir de aquí, el cerebro humano que había sido y sigue siendo el creador de las ciencias naturales, se convierte él mismo en objeto de estudio de esas ciencias naturales. La teoría de la Actividad Nerviosa Superior, que parte del reflejo como forma fundamental de conexión entre organismo y medio, cuya ley básica es la "ley de la formación de las conexiones temporales" y basada en dos procesos nerviosos - excitación e inhibición - ligados indisolublemente entre sí y que se complementan mutuamente, demuestra que esto es posible y no sólo permite un nuevo enfoque en el estudio de la psique del hombre sano, sino también en los diversos trastornos mentales.

Con la utilización de métodos de investigación fisiológicos rigurosamente objetivos Pavlov proporciona un fuerte golpe al idealismo, no sólo en la filosofía y psicología, sino también en psiquiatría, demostrando el condicionamiento material de los fenómenos psíquicos.

Los estudios psiquiátricos y psicológicos de Pavlov y sus seguidores se dirigen a la búsqueda e investigación de los distintos síntomas psicopatológicos, es decir, de aquellas manifestaciones fundamentales de los trastornos psíquicos que combinados entre sí constituyen el cuadro de las diferentes enfermedades mentales.

Pavlov se preocupó especialmente de estudiar los fundamentos fisiológicos de distintas enfermedades psíquicas: el delirio, los estados obsesivos, las alucinaciones, las neurosis, epilepsias, esquizofrenia...

Un resumen de todos los trabajos e investigaciones podría ser la siguiente conclusión:

Las perturbaciones psíquicas tienen por base una alteración patológica de la actividad de los hemisferios cerebrales.

Ahora bien, ¿por qué se producen estas alteraciones?  
¿Dónde hay que buscar las causas de los distintos trastornos?

La respuesta a estos interrogantes es fundamental para enfrentarse al problema de la salud mental. Dos campos hay en pugna con respecto a esto, la posición materialista que es la que siguen los rusos, y la mística e idealista partidaria de las teorías fisiológicas que defienden la fatal predeterminación de la herencia, la cual no puede ser influida ni modificada por las condiciones de vida ni por los agentes externos de ninguna clase. Según éstos, los caracteres adquiridos por los organismos vegetales o animales en el curso de la vida no pueden ser heredados. Contra tales concepciones se alzaron los materialistas, I. Michurin, y sus seguidores y defienden que el organismo, bajo la influencia de las cambiantes condiciones de vida adquiere nuevas cualidades - que más adelante y en determinadas condiciones pueden transmitirse por herencia de generación en generación. Pavlov también demostró como los factores del medio ambiente y las condiciones de vida tienen enorme importancia para la formación y modificación de los tipos de sistema nervioso.

Para la mayoría de los psiquiatras y psicólogos rusos son las condiciones de vida las que desempeñan un papel rec-

tor en el origen de las enfermedades mentales. Las condiciones en que vive el hombre, su educación, el medio social en que se forma su personalidad y su conciencia, todo esto ayuda en unos casos a la prevención de las enfermedades mentales y en otros, al contrario, lo obstaculizan. La enfermedad psíquica, sí, se da en tal o cual persona, pero no se puede olvidar el problema de las condiciones sociales que incrementa la morbilidad neuro-psíquica de la población, esto es, el problema de cómo cambia el número y el carácter de las enfermedades mentales en distintas épocas, según las particularidades de la estructura social y económica. Los psiquiatras de las enfermedades mentales. El saneamiento de las condiciones de vida de la población está entre los primeros pasos a dar para conseguir un tratamiento efectivo de la enfermedad psíquica.

La relación entre las ideas acerca de los trastornos psíquicos y la actitud adoptada ante su tratamiento siempre ha sido muy estrecha. La concepción de los psiquiatras y psicólogos rusos los condujo a rechazar toda concepción mística de la enfermedad mental y la defensa de que son fatalmente hereditarias y, a la vez, defienden el papel decisivo de las condiciones de vida y de los factores sociales en la aparición de las enfermedades mentales.

#### LOS METODOS DE TRATAMIENTO

Son variados y están en función del tipo de enfermedad con la que se enfrentan. Algunos de estos métodos son:

- Shock insulínico; tratamiento insulínico propuesto por el psiquiatra austriaco Sakel. Se aplica en el tratamiento de la esquizofrenia. La fase funcional de la esquizofrenia en la que todavía no se han producido procesos destructivos del cerebro, existiendo únicamente un trastorno pasajero de la actividad normal, que puede desaparecer sin dejar huella, es el período más favorable para que el tratamiento sea efectivo.

- El sueño artificial prolongado. Distintos hipnóticos. Este tratamiento se aplica a diversas enfermedades: esquizofrenia, delirium tremens...

- El "sueño eléctrico"

Aplicado para el tratamiento de algunos tipos de esquizofrenia, así como a la neurosis y a otras enfermedades.

- La aminazina, que ejerce una acción sedante sobre el sistema nervioso, hace desaparecer en primer término la excitación y la agresividad de los enfermos.

- Uso de fármacos.

Existen otros tratamientos, aunque no tan frecuentes como los arriba citados, entre otros figuran la administración de compuestos de azufre y las transfusiones de sangre. El tratamiento por psicoterapia no es, con bastante diferencia, el que predomina; aunque existen varios, el que más se usa es la hipnosis para el tratamiento de los trastornos nerviosos y psíquicos. (Pavlov dió una explicación científica de la hipnosis como un estado intermedio entre el sueño y la vigilia, como un sueño con vigilia parcial).

Las vicisitudes del psicoanálisis en la Unión Soviética han sido claramente expuestas en el artículo "El psicoanálisis en la U.R.S.S.", publicado en el número de Cuadernos de Psicología de Diciembre 1.973, (Psicoanálisis y Materialismo Dialéctico).

Los psiquiatras y psicólogos soviéticos no aceptan - la mayoría - que el psicoanálisis sea una terapia efectiva. Su postura ante el psicoanálisis es: "El psicoanálisis implica una apreciación diferente de la estructura de la personalidad. A nosotros no nos interesa la profundidad del inconsciente - sino las cumbres de lo consciente. Por eso no estamos de acuerdo con el psicoanálisis, aunque no estamos en contra de las tareas

de los psicoanalistas, aceptamos los mecanismos de las represiones, los conflictos. Para nuestro fin no es el análisis del inconsciente sino el de la estructura de la conducta". (Sugerimos la lectura de los dos últimos números publicados, especialmente el de A. Luria, "El origen de la actividad consciente en el hombre".):

#### - Tratamiento por el trabajo. Laborterapia.

Muchos psiquiatras desde hace tiempo han señalado la importancia que el trabajo desempeña en la vida de los enfermos mentales, la benéfica influencia del trabajo cuando sólo se utiliza para el tratamiento.

El médico escoge para cada enfermo el tipo de trabajo que mejor le conviene sin causarle ni producirle efectos negativos a la salud. La laborterapia se organiza de modo que el enfermo comprenda el sentido y la finalidad del trabajo realizado a fin de que no se sienta divorciado de la vida y la sociedad. El trabajo distrae al enfermo de su enfermedad, al mismo tiempo, si es ajustado a las fuerzas del paciente estimula la actividad de los elementos sanos del psiquismo. La terapia laboral ayudará a colocar a los enfermos dados de alta y esto tiene gran importancia. Los enfermos encuentran su lugar en la vida y les permite consolidar los resultados del tratamiento.

Así como existe una estrecha relación entre la idea de los trastornos psíquicos y la actitud adoptada ante su tratamiento, también existe una estrecha relación entre la organización de la asistencia psiquiátrica y los distintos periodos históricos de la sociedad. P. Jacobi dice: "Los psiquiatras son hijos de su tiempo y las clínicas psiquiátricas producto de la época".

La asistencia psiquiátrica en Rusia presenta, como es natural, una serie de particularidades esenciales y, a su vez, propias de los países socialistas.

Korsakov insistía en que los hospitales psiquiátricos no deben ser considerados como un medio de alejar a los enfermos de la sociedad, su finalidad es atender al tratamiento. Para ello; el hospital psiquiátrico debe tener un régimen que satisfaga las exigencias de la higiene y corresponda al carácter de la enfermedad. En el hospital psiquiátrico debe haber una alternancia adecuada de descanso, la ocupación, distracciones convenientes para el enfermo, paseos al aire libre, lecturas, correspondencia con los familiares y visitas. Korsakov tuvo las inspiradas palabras: "La sensibilidad de espíritu debe manifestarse en todo y principalmente en la individualización de la vida de cada enfermo. Este no debe ser un número sino una individualidad bien conocida de todo el personal que trate con él". (Korsakov, "curso de Psiquiatría").

Los hospitales rusos son defensores del sistema "no coercitivo" y "protector", en la actualidad es éste último el que predomina. Esto exige la aplicación en los hospitales psiquiátricos de medidas higiénicas y terapéuticas bien meditadas, penetradas de una actitud profundamente humana, sencilla y muy individual hacia el enfermo.

Los dos principios importantes para este régimen de vida son: régimen de cama, y el régimen de trabajo, El primero será indispensable para aquellos enfermos que se encuentran en un periodo agudo de su enfermedad, y que necesitan un tratamiento activo y para los agitados crónicos; el segundo resulta beneficioso para los enfermos crónicos tranquilos. También para estos se organizan colonias agrícolas psiquiátricas. En 1.884 se inauguró la primera - la colonia de Burashovo, de la que fué jefe - Litvinov -. La organización de la asistencia psiquiátrica la lleva la Comisión Psiquiátrica, en 1.919 se creó aneja al Consejo de Colegios Médicos, (pri-

mer órgano estatal de sanidad del Poder Soviético). Su objetivo es una amplia labor de profilaxis de las enfermedades mentales y nerviosas. La actividad de los psiquiatras soviéticos está ligada indisolublemente a la profilaxis y la higiene.

Los hospitales son lugares para el tratamiento de los alienados que reciben un tratamiento activo que no se limita al empleo de sustancias medicamentosas sino que, la psicoterapia (hipnosis), fisioterapia, gimnasia médica, un régimen adecuado y la adquisición de medidas profilácticas de carácter social se tienen en cuenta, poniendo especial atención en la asistencia diferenciada.

Los principales establecimientos psiquiátricos son: dispensarios psiconeurológicos, los centros de tratamiento estacionario, diurno, los talleres de trabajo para enfermos, ambulatorios, hospitales psiconeurológicos, las colonias psiquiátricas infantiles, las secciones psiquiátrico-forenses.

Esta descentralización de la asistencia psiquiátrica posibilita un tratamiento más oportuno y, por consiguiente más efectivo.

Por otro lado, la concepción de que los trastornos psíquicos tienen por base una alteración patológica de la actividad cerebral y del organismo en conjunto, los psiquiatras y psicólogos se esfuerzan por mantener un estrecho contacto con la medicina general, contacto que se efectúa por distintas vías y procedimientos tales como organización de secciones psiquiátricas en los hospitales de tipo general y conocimiento por parte de los psiquiatras y psicólogos de la medicina interna.

La unidad de las labores terapéuticas y profilácticas no pueden llevarse a cabo si no existe una unidad entre la asistencia hospitalaria y extra-hospitalaria a los enfermos mentales.

La psiquiatría soviética trata de dar a los enfermos mentales un tratamiento multilateral y rigurosamente individualiza

do, dando resultados positivos cuando comienza precozmente en las fases iniciales de la enfermedad. El tratamiento se aplica en los hospitales y en los dispensarios sin solución de continuidad.

La asistencia social y la vigilancia de las condiciones de vida y de trabajo del enfermo contribuyen a consolidar los resultados de las medidas terapéuticas.

TEORIAS PSICOLOGICAS EN LA U.R.S.S.

Sacado de "Principios generales de Psicología"  
RUBINSTEIN. Grijalbo.

La revolución socialista de Octubre de 1.917, creó las bases para una nueva psicología. La psicología soviética se encontraba bajo la tarea de estructurar un sistema psicológico sobre los nuevos principios filosóficos marxistas-leninistas, combatiendo tanto el idealismo como el materialismo mecanicista. Se trataba de crear a partir de la dialéctica materialista nuevos criterios y buscar nuevas rutas para resolver los problemas teóricos fundamentales del pensamiento psicológico. La tarea no podía resolverse de una sola vez, sino que se requería un intenso y largo trabajo, tanto teórico como experimental, así como una tenaz lucha contra las interpretaciones mecanicistas y el tradicional ideologismo e introspectivismo, incompatibles con una teoría científica psicológica.

En los primeros años después de la revolución de octubre, Pavlov creó su teoría de los reflejos condicionados. En sus trabajos clásicos, los más importantes de los cuales corresponden a este período, desarrolló la fisiología del cerebro y con ello los principios para el análisis fisiológico de los procesos psíquicos. La teoría de los reflejos condicionados - dió origen a un eficaz método para el estudio objetivo de los fenómenos psíquicos. Los trabajos de Pavlov cerraron premisas fisiológicas precisas para una psicología científica neurológicamente fundamentada.

El reconocimiento del marxismo como principio metodológico de la psicología, la elaboración de los principios fisiológicos por Pavlov, y la superación del idealismo radical de la psicología metafísica fueron los

rasgos positivos del desarrollo de la psicología soviética en aquella primera época.

Si bien los psicólogos soviéticos aceptaron en el ámbito filosófico las posiciones del marxismo, en el propiamente psicológico se encontraron, sin embargo, durante muchos años aún bajo la influencia de las teorías psicológicas extranjeras. Esta circunstancia dió su sello a los primeros intentos de crear una teoría y una concepción propia. Finalmente se vio que estas teorías eran erróneas, aunque cada una a su manera se esforzaba en realizar una determinada tendencia positiva dentro de la evolución de la psicología soviética. En este período fueron desarrollándose sucesivamente la Reflexología del Bechterev, la Reactología de Kornilov, y la teoría de la Evolución cultural de Vigotski.

La lucha contra las tendencias idealistas de la psicología de la conciencia partió de las posiciones mecanicistas de la psicología de la conducta, especialmente acusadas en Bechterev. Al contrario de Pavlov, quien se mantuvo consciente y consecuente dentro del marco de la fisiología en sus clásicas investigaciones de los reflejos condicionados, Bechterev distinguió la reflexología, como disciplina especial, tanto de la fisiología (a partir del estudio fisiológico de los reflejos) como de la psicología, la cual incluso debía ser sustituida por aquélla. Aquí empieza la lucha contra la psicología. No contra determinadas corrientes idealistas de ella, sino contra ella misma. En tanto que su objeto de estudio era la psique, fué considerada como idealista. La reflexología se presentó como teoría materialista, lo cual no era cierto, y alcanzó en los años veinte una considerable divulgación y una cierta popularidad.

Análogas tendencias hallaron también su expresión en la "reactología" de K.N. Kornilov. El criterio mecanicista - acusado y combativo de Bechterev adoptó en Kornilov formas -

eclécticas y transigentes.

Kornilov proclamó una psicología marxista y quiso realizarla por medio de una "síntesis" de la psicología de la conducta y de la psicología de la conciencia. Para ello sólo reunió, naturalmente, el criterio mecanicista de la primera con el idealismo de la segunda, mientras que la misión real consistía en superar tanto el criterio mecanicista de la conducta como el idealista de la conciencia.

La teoría de las reacciones que formaba el verdadero núcleo de su "psicología marxista", fué desarrollada por Kornilov en sus investigaciones experimentales de 1916 hasta 1921. Esta teoría se desarrolló junto con los trabajos de Lehmann, Ach y otros y no era, en ningún modo, marxista. Antes bien, por un lado partía de la energética y, por otro, del voluntarismo idealista. Esta teoría de las reacciones, esta "reactología", que se entendía en el sentido de la moderna psicología de la conducta, fué considerada por Kornilov como la realización concreta de la psicología marxista. Bajo el lema de psicología marxista, Kornilov desarrolló defacto una concepción ecléctico-mecanicista, la cual ya nada tenía en común con el marxismo. En los años siguientes defendió además la teoría de los factores - el biológico y el social -, los cuales determinan externamente por anticipado el desarrollo y la conducta de la personalidad, así como una serie de conceptos análogos entonces muy difundidos. La "teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas superiores", de L.S. Vigotski, que fué desarrollada por éste y algunos colaboradores, llamó grandemente la atención. Al igual que las teorías reflexológico-reactológicas, que querían superar la psicología idealista y crear una psicología objetiva, la cual partiera de la actividad y de la conducta, la teoría del desarrollo cultural aspiraba a introducir en psicología la idea de la evolución y el principio histórico. Esta tendencia inicial tenía cierto significado positivo. En comparación con el criterio estático y ahistórico de la

psicología tradicional, que considera las funciones psíquicas del hombre independientemente de toda evolución histórica, las tendencias genéticas e históricas de la teoría del desarrollo cultural representaban un progreso. Más al analizarla desde el punto de vista de la interpretación histórica marxista se vio claramente que también ella partía de unas hipótesis metodológicas equivocadas. Esta teoría confrontó dualísticamente el desarrollo "cultural" con el "natural" y consideró este desarrollo como un sociologismo genético.

En los años treinta se inició en la psicología soviética una época de discusiones. En 1930 comenzó la discusión reactológica. Luego se inició la decadencia de la escuela reflexológica de Békterev. En 1932 se desencadenó la discusión alrededor de la teoría del desarrollo cultural.

Mediados los años veinte se incrementó el trabajo psicológico. La psicología recibió un órgano periódico (en la revista Psicología) y pasó a ocupar el lugar que le correspondía dentro del sistema de la enseñanza universitaria (como una sección dentro de la Facultad de Filosofía). Los psicólogos soviéticos tomaban parte activamente en los Congresos Psicológicos Internacionales (en el IX Congreso de New Haven). También en la URSS se celebraron una serie de congresos y conferencias. Pero, al final de este período (en los años treinta), la psicología perdió gran parte de sus posiciones. Esto se explica por razones externas e internas, que se hallan en la propia psicología: las tendencias mecanicistas dominantes llevaban o bien directamente a la liquidación de la psicología o indirectamente al mismo resultado, al hacerla poco fructífera y estéril. La reflexología mecanicista, el eclecticismo de la reactología, la imitación poco crítica de las modernas tendencias extranjeras, que equivocadamente se presentaron como marxistas condujeron a la psicología a un callejón sin salida.

En las discusiones que se entablaban alrededor de la reflexología, de la reactología y de la teoría del desarrollo cultural no se tocaba todavía la pedagogía pseudocientífica. Sólo -

Sólo la resolución del Comité Central del P.C. de la U.S. (B) del 4 de julio de 1.936 desenmascaró algunas teorías sumamente perjudiciales y reaccionarias, las cuales inhibían con sus falsas frases pseudomarxistas el desarrollo de la psicología, disgregándola por medio de conceptos anticientíficos. Dicha resolución eliminó al mismo tiempo varios impedimentos externos de organización en el trabajo de la investigación psicológica de la U.R.S.S., pues el criterio "pedológico" del sistema de la educación popular había provocado una limitación en el trabajo científico de la psicología y su artificial desplazamiento.

En los años sucesivos, el trabajo científico, teórico, y experimental de la psicología rusa experimentó un gran incremento. Se crearon varios centros psicológicos, no sólo en Moscú (Instituto Estatal de Psicología) y en Leningrado (cátedra de Psicología del Instituto Pedagógico Estatal Herzen y un Departamento de Psicología en el Instituto Bójterev de Investigación Cerebral), sino también en Georgia (bajo la dirección de D.N. Usnadse) y en Ucrania (en Jarkov, Kiev, Odesa). También en otros lugares progresó el trabajo. Los problemas de la psicología general fueron tratados más ampliamente, sobre todos sus principios y su historia, los problemas del pensamiento y del idioma, de la memoria y de la habilidad, los motivos de la conducta, de la capacidad o aptitud, etc. Entre cada una de las distintas investigaciones en el campo de la psicología general cabe resaltar en especial los trabajos de P. Blonskii (sobre la memoria), de B.N. Teplov (sobre las facultades o aptitudes) y una serie de otros muchos. El trabajo en el campo de la psicofisiología (S.V. Kraykov con sus numerosos colaboradores, el grupo colectivo del Departamento de Psicología del Instituto Bójterev de Leningrado, bajo la dirección de B.G. Ananjev) tomó un significativo desarrollo. Grandes éxitos obtuvo también la psicología animal, haciéndose conocer también en el extranjero los trabajos de M.N. Ladyguina-

Kohts, las investigaciones de Borovski, Wojtonis y otros. La psicopatología tomó nuevas rutas de investigación (A.R. Luria W.N. Miassistshev t otros). En el campo de la psicología infantil y de la psicología pedagógica (en la cátedra de Psicología del Instituto Estatal Pedagógico Herzen en Leningrado, en la cátedra de Psicología del Instituto Pedagógico de Jarkov, por A.N. Leóntiev y sus colaboradores, por los colaboradores del Instituto de Psicología de Moscú, por A. A. Smirnov y otros) se llevaron a cabo vastos estudios del desarrollo de las percepciones y de la observación, de la memoria, de la adquisición de conocimientos, del idioma y del pensamiento, etc. Todas estas investigaciones y estudios proporcionaron un voluminoso material para la generalización teórica. También se intensificó el trabajo teórico mismo.

En los últimos años se trabajó muy intensamente en la U.R.S.S. en la elaboración de un sistema de psicología soviética. Sus principales fundamentos pueden formularse por medio de algunas tesis básicas. Estas son las siguientes:

a) El principio de la unidad psicofísica, que abarca la unidad de lo psíquico tanto con el substrato orgánico, cuya función es la psique, como también con el objeto, que se refleja en ella; b) el principio de desarrollo de la psique como un componente específico, aunque derivado, de la evolución de los organismos, en cuyo transcurso se transforman, por los cambios adaptativos de la forma de vida, tanto la estructura del sistema nervioso como sus funciones psicofísicas (en su unidad y reciprocidad). Estas funciones se deben a su vez, en cada grado de evolución, a la estructura del sistema nervioso; c) el principio histórico, que se refiere al desarrollo de la conciencia humana

en el proceso de la evolución histórico-social, en cuyo decurso el ser social de los hombres determina su conciencia y su forma de vida y las ideas y sentidos debidos a aquéllos; d) el principio de la unidad de la teoría y de la práctica, es decir, del estudio teórico y experimental de la psique humana y de la influencia sobre ésta. Estos son los principios fundamentales de la psicología soviética. En la actualidad no sólo se reconocen como tesis filosóficas generales, sino que se realizan también en la teoría e investigación psicológica. Los hilos, que parten de estos principios, se reúnen en un punto central, e) en el principio de la unidad de la conciencia y de la actividad.

La unidad de la conciencia del hombre y de su conducta, de su ser interno y externo, que se afirma con esto, resalta sobre todo en su contenido.

Toda experiencia del sujeto es, como hemos visto, siempre y necesariamente la experiencia de algo, de modo que su naturaleza propia, íntima, viene determinada por su relación con el mundo externo objetivo.

La unidad de la psique o de la conciencia y la actividad se expresa en que la conciencia y todas las cualidades psíquicas del individuo en su actividad no sólo aparecen, sino que también se forman. Las cualidades psíquicas de la personalidad son tanto condición como resultado de su conducta. Este es el punto esencial lógicamente fundado de nuestro concepto de la psique. Por ello, la psique se considera ante todo en su desarrollo desde el punto de vista genético.

De este modo se supera básicamente el concepto de que el destino de los hombres viene fatalmente predeterminado por la herencia y por un medio ambiente invariable: en la actividad concreta, en el trabajo, en la práctica social de los adultos y en la educación y en la enseñanza de los niños, no sólo se exteriorizan las cualidades psíquicas de los individuos, sino que también se desarrollan.

Con ello sobrepasamos los límites de un concepto puramente funcional de la psique, según el cual todo proceso psíquico viene determinado terminantemente desde dentro por dependencias funcional-orgánicas. Los procesos psíquicos dependen de las reciprocidades reales, que en el ser humano se forman a lo largo de la vida. Con esto se supera el retraimiento del mundo interno de la psique, se la sitúa en el contexto de las condiciones materiales concretas, bajo las cuales se desarrolla prácticamente la vida y la actividad del hombre. De ello se desprende la necesidad de convertir la psicología en ciencia, que investigue la psique y la conciencia humanas bajo condiciones concretas y que recoja ya desde sus posiciones de partida las cuestiones que plantean la vida y la práctica.

Este enfoque de la psique se manifiesta ya en la metodología de la investigación, en la cual se enlazan el estudio y la influencia; y asimismo, en la estructura de esta investigación, en la que las generalizaciones teóricas y las aplicaciones prácticas forman, por decirlo así, dos aspectos de un mismo proceso. Tal concepto de la investigación es una de las características más esenciales de nuestra labor psicológica. Va inseparablemente unida a nuestra posición de partida principal.

ASPECTOS ACTUALES DE LA PSICOLOGIA EN LA URSS.

MARIO GOLDER. Texto aparecido en la Revista Argentina de Psicología, año II, núm. 8, 1.971.

Como graduado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires y en calidad de docente hasta el momento de mi viaje, y habiendo utilizado y manejado bibliografía de autores soviéticos, fué auspiciada la posibilidad de mi viaje a la URSS, realizando el doctorado en la Universidad LOMONOSOV, de Moscú.

Quisiera hacer mención a la ubicación actual de la Psicología dentro del campo de las ciencias que se estudian en las Universidades e Institutos Superiores. Un hecho muy interesante es que en el año 1.966, aparece dentro de los planes de estudios de las Universidades, Psicología como Facultad, desprendida de la Facultad de Filosofía. Dada la importancia que se le dá a la Psicología y el papel que tiene dentro del campo de aplicación de las ciencias, se separa del campo de la Filosofía, por lo menos desde el punto de vista metodológico y organizativo y se crea la Facultad de Psicología, cuyo decano, en la de Moscú, era Leontiev, considerado la cabeza ideológica de la psicología actual de la URSS.

Me ha parecido oportuno comentarles los programas de estudio, y algunas consideraciones teóricas sobre cómo se considera, se enfoca el estudio de la Psicología ahora vista como rama científica independiente. Según la guía de estudios de la Facultad: "La Psicología estudia los procesos psíquicos en el hombre y el reflejo psíquico de la realidad objetiva". "El conocimiento de lo psicológico tiene una importancia fundamental para la resolución científica de distintos problemas relacionados con el hombre: enseñanza y educación, organización de la actividad laboral, algunos problemas médicos e innumerables problemas teóricos. En la actualidad se desarrollan nuevas ramas de la Psicología como la Psicología aplicada a la Ingeniería y al Cosmos".

"La Facultad está organizada con una sección nocturna y diurna y la carrera de Psicología dura de seis a cinco años respectivamente. Las cátedras que comprende la carrera de Psicología son seis: Psicología General y Aplicada, Psicofisiología y Neuropsicología, Pedagogía y Psicología Pedagógica, Psicología Genética, Psicopatología y Psicología Laboral" A continuación veremos el desarrollo del plan de estudios:

"Un buen dominio del conocimiento psicológico es posible sólo sobre la base del estudio de materias que contengan un ciclo social, un ciclo biológico y un ciclo matemático. Por ello, los alumnos reciben además de las materias específicas, especial preparación en matemáticas, ciencias biológicas y ciencias sociales".

El plan de estudios de Psicología en 1.967 incluye: Filosofía, Historia, Economía, Política, lengua extranjera, Lógica con elementos de Lógica Matemática, Anatomía del Sistema nervioso, Biología, Ontogenia y Filogenia del Sistema Nervioso y de la Conducta, Fisiología de la Actividad Nerviosa Superior, Fisiología de los Analizadores, Antropología, Base de Matemáticas Superior y utilización del método matemático en Psicología, Teoría de las Probabilidades, Psicología General, Psicología Experimental, Historia de la Psicología, Fundamentos Neurológicos de la Psicología, Psicología Laboral y Psicología aplicada a la Ingeniería, Psicología de la Infancia, Psicología Pedagógica, Psicopatología y distintos seminarios.

Finalmente y continuando con la guía de estudios: "una importante práctica permite poner en contacto a los estudiantes con los métodos más modernos de investigación de la actividad psíquica. La Facultad de Psicología posee los siguientes

laboratorios de investigaciones: Psicofisiología, Neuropsicología, Psicología Genética y Enseñanza Programada. En el último años los estudiantes desarrollan sus prácticas en distintos organismos relacionados con la especialidad, laboratorios, institutos, etc. A partir del tercer año los estudiantes desarrollan su plan de estudio de acuerdo a sus futuras especialidades. Ellas son Psicología General, Psicofisiología, Psicología Pedagógica y Evolutiva, Psicología Laboral, aplicada a la Ingeniería, Psicología Clínica, Social y Jurídica. Una vez finalizada la Facultad el estudiante recibe el título de Psicólogo y se agrega a su diploma la especialidad recibida; se indica el lugar de trabajo recibido de acuerdo a su especialidad, ya sean estos laboratorios de investigación y enseñanza, institutos industriales, médicos o pedagógicos, tareas docentes de institutos de enseñanza media, superior o especializada".

En cuanto a los estudiantes que siguen la carrera, en general, la posibilidad de cursarla va a estar dada por la aprobación de un riguroso examen de ingreso cuyas materias son: Filosofía, Matemáticas, Lengua rusa y Lengua extranjera (inglés, francés o alemán). Lo importante no es tanto la aprobación de estos exámenes sino los coloquios que tiene cada uno de los estudiantes con distintos profesores de la carrera. La cantidad de estudiantes que ingresa en el primer año de la Facultad de Psicología de Moscú es de 150 por año. Esta cantidad se debe a un criterio estrictamente pedagógico ya que se adecua el número de alumnos al número de profesores preparados para desempeñar una labor docente; es decir que se busca que el contacto docente profesor-alumno sea muy estrecho, evitando en lo posible los defectos de una clase teórica masiva y sí haciendo mucho hincapié en la realización de seminarios, de trabajos prácticos.

Es interesante destacar otro fenómeno: suponiendo que ingresan 150 alumnos en un primer año, al cabo del quinto año (si es diurno) o sexto (si es nocturno) año de la carrera se licen-

ciarán entre 140 y 145. Un 85% de los estudiantes de Psicología y de cualquier otra rama universitaria, están becadas, hecho que de por sí impide la pérdida de tiempo en el ejercicio de un trabajo ajeno para compensar gastos o para costearse estudios, que son gratuitos. La Facultad de Psicología no sólo desarrolla sus actividades en el marco de sus edificios sino que realiza las prácticas en Institutos especializados como el Instituto de la Actividad Nerviosa Superior que dirige ANOJIN, o el Instituto Clínico que dirige Luria, o los ju-rados en la Sección de Psicología Jurídica, etc.

Los estudiantes y profesionales psicólogos se reúnen en conferencias generalmente anuales a nivel nacional, en una de las grandes ciudades donde ya están estructurados los estudios de Psicología. Los estudiantes como tales reunidos en conferencias nacionales ya desde el nivel de tercer año de su carrera son impulsados, motivados a la presentación de trabajos basados en un material generalmente provisto de bagaje experimental. He aquí un resumen de los trabajos de la última conferencia nacional de psicología a nivel de estudiantes que muestra cuál es la dinámica, la problemática que van manejando los estudiantes desde tercero, cuarto o quinto año y el inicio de su carrera en el doctorado. Ejemplo de alumno de quinto año: "Problema de la Percepción en las Estimulaciones poco Relevantes", o "Influencia de la Interferencia en la Conservación de las huellas en la memoria sensoriomotora"; quinto año: "El significado de lo orientativo en las estructuras lógicas", "La formación de un modelo general para la clasificación de las Nociones científicas"; cuarto año: "Las posibilidades de estudio de la personalidad mediante un enfoque proyectivo", "Los motivos en la actividad consciente de escolares", "Interrelación entre el status sociométrico en un grupo y algunas orientaciones valorativas, grupo de referencia o características de la personalidad, "El método de Rorschach a los efectos de lograr diagnósticos diferenciales en una clínica psiquiátrica", etc.

Para terminar, he aquí un extracto de un informe sobre la psicología redactado en 1.967 por Leontiev. Se refiere a la Psicología Laboral y dice: "Es necesario estudiar científicamente la organización del trabajo, tarea que se le debe encomendar a la Psicología Laboral en el más amplio sentido de la palabra. Se deberán estudiar no sólo el mejoramiento de las condiciones ecológicas de la producción, la optimización del régimen y organización del trabajo, de la enseñanza técnica y la selección laboral, sino, también, las motivaciones y estimulaciones frente a la situación de trabajo, la formación del grupo de trabajo, la dinámica de los pequeños grupos, en resumen, lo así denominado, el estudio de las relaciones interpersonales".

### INFORME SOBRE CUBA: Introducción

Al redactar este informe y coordinar los datos que se poseían hemos pretendido que el estudio tenga el carácter más "vivo" y "real" posible, prescindiendo de enfoques teóricos que ya abundan en los otros trabajos, en favor de una descripción, a veces casuística, pero muestralmente representativa de la realidad cubana.

El trabajo consta de tres partes. En la primera parte presentamos a título informativo el Plan de estudios que desarrollan los estudiantes de Psicología de Cuba (La Habana); un artículo sobre los conceptos de Salud e Higiene Mental, y un análisis de la estructura hospitalaria. En la Segunda Parte se estudian sus principales técnicas terapéuticas, como práctica clínica y como enfoque experimental, así como el funcionamiento y cuidados de los servicios de asistencia al paciente. Son Ergoterapia, Hospital de Día, Cuidados al enfermo dado de alta, Comunidad Terapéutica, y técnicas mixtas de psicoterapia. Como transición hemos incluido dos cuadros-resumen del enfoque dialéctico de la relación médico-paciente y un interesante trabajo que presenta un enfoque mixto clínico-industrial del absentismo laboral. En la Tercera Parte se estudian los aspectos escolares e infantiles con un informe del Servicio de Psiquiatría Infantil de La Habana, un trabajo sobre Escolares deficientes, y un análisis de la implicación entre problemas de los niños y patología en las madres.

No se ha realizado un estudio valorativo ya que no es posible acceder a la realidad cubana solo a través de unos escritos. Los trabajos publicados son suficientemente sugerentes para que el lector pueda formarse una idea de lo que es. Y sobre todo, de lo que pretende la psicología y psiquiatría cubana. Partiendo de unos esquemas totalmente anticuados, la Psiquiatría cubana se está construyendo a partir de un análisis global y comparativo de lo que en ese campo se hace en -

el resto del mundo. Una labor, más que de creación, de síntesis y experimentación en la que entran las escuelas y tendencias más dispares, incluso a veces contradictorias. Lo más positivo de todo el enfoque cubano es este espíritu de renovación no aislado de su sociedad, sino en una interrelación determinante cuyas coordenadas son: Pueblo-Psiquiatría-Sociedad Socialista.

Como epílogo al trabajo, hemos seleccionado lo que podría ser un esbozo, aunque reducido, la bibliografía fundamental cubana sobre Psicología y Psiquiatría.

## ESTUDIOS DE PSICOLOGIA EN CUBA. 1.970-71.

Existen cinco especialidades:

- a - Clínica
- b - Educacional
- c - Social
- d - Industrial
- e - Psicosomática

Las más importantes son Educacional e Industrial.

El método de estudio consiste en:

- Estudiar por las mañanas (régimen de clases)
- Trabajar por las tardes en trabajos de investigación.

Asignaturas por cursos:

En Primero:

- Psicología General (Wundt, James, Galton, Nuttin, Freud, Leontiev, Rubinstein)

Estadística

- Pensamiento Marxista.
- Filosofía
- Neuroanatomía.
- Fisiología
- Inglés o Francés

En Segundo:

- Psicología evolutiva (según Piaget, sobre todo)
- Senso-percepción (según Paul Fraisse, sobre todo)
- Pensamiento (según Bruner)
- Filosofía.

- Pensamiento Marxista.
- Historia de la Psicología.
- Estadística.
- Neuroanatomía.
- Francés o Inglés.

En Tercero:

- Lógica.
- Estudio del Trabajo
- Delincuencia.
- etc...

Método:

Hasta tercero hay clases expositivas y seminarios.  
En cuarto es todo por discusión en seminarios.

## SALUD PSIQUICA E HIGIENE MENTAL

### CONCEPTOS BASICOS

por EDGARD F. ROMERO MONTEAGUDO,  
Jefe del Dpto. de Psicología del Hospital  
Psiquiátrico de Sta. Clara.

La persona portadora de salud mental, mantiene una homeostasis o equilibrio psíquico, que le hace posible vivir en paz con sí misma y con quienes la rodean, disfrutando normalmente de las incidencias de la vida social, y realizando con su trabajo diario un normal aporte al desarrollo de su medio ambiente.

La salud mental no supone, necesariamente, una brillante dotación psíquica, aunque naturalmente, no la excluye, pero resulta importante insistir en ello, ya que opinamos que la inteligencia es solo un factor de la personalidad, que es la que en definitiva ha de poder utilizar adecuadamente en todas las situaciones en que sea necesario. Es por esto que podemos establecer como una segunda característica de salud psíquica el hecho de que:

- Quien está psíquicamente sano, no disminuye su nivel de eficiencia intelectual ante situaciones de tensión, sino que actúa eficiente e "inteligentemente" ante dichas situaciones de stress.

Es muy importante además, el hecho de que la persona sea capaz de trazar y realizar su proyecto de vida, ya que:

- Quien goza de salud psíquica, traza, planifica, y realiza sus planes, su proyecto vital, sorteando dialécticamente los obstáculos que se interponen en dichos proyectos, pero sin llegar a sentirse demasiado frustrado o abatido, cuando se trata de obstáculos insuperables. O sea, que conjuntamente

con esta tercera característica señalada, es preciso tener, además, cierta dosis de tolerancia ante la frustración.

- La forma de enfocar y afrontar los problemas de la vida y capacidad de autovaloración y autocrítica será otra característica fundamental.

- La persona mentalmente sana tiene un grado de respeto y autoestimación tal por su propia personalidad, que, sin llegar ni a la sobrevaloración ni a la autosuficiencia, afronta con seguridad y decisión, los problemas de la vida diaria.

Además de todo lo anteriormente expuesto, es preciso consignar que otro rasgo que caracteriza la conducta normal y psíquicamente equilibrada, sobre todo en nuestra cultura moderna y en nuestra sociedad socialista, es su adaptación y su:

- Capacidad de aplazar o diferir la satisfacción de sus necesidades primarias, cuando las condiciones así lo requieran, en aras de objetivos de mayor largo alcance, o de mayor contenido social.

Por último, la persona con salud mental es:

- Una persona madura, que vive una vida plena y ayuda a los demás a vivirla, se conoce bien a sí misma, y trata de conocer y comprender a los demás.

Una vez consignados los aspectos fundamentales que son índices de un sujeto mentalmente ajustado, nos ocuparemos del concepto de "higiene mental".

Opinamos que la higiene mental debe ser considerada como una rama de las ciencias de la conducta (Psicología, Sociología y Antropología), así como una rama de las ciencias médicas, que tiene además áreas secantes en unos casos, y múltiples puntos de tangencia en otros, con las ciencias de la educación, ya que éstas tienen como fin primordial, formar personalidades integral y multifacéticamente desarrolladas, que

sean constructores conscientes y activos de la sociedad del futuro, de la sociedad comunista.

Más concretamente, podemos exponer que la higiene mental es un conjunto de normas de conducta, pautas y actuaciones que todo ser humano debe seguir (como parte de la prevención, primaria) para funcionar y desarrollarse feliz y eficientemente, conservándose mentalmente sano, y así aumentar su resistencia ante los variados factores que aparecen en la etiología de los desajustes psíquicos.

La higiene mental, como la Psicología, tiene una larga prehistoria y una breve historia. Puede afirmarse que el nacimiento de la psicohigiene o profilaxis mental, ocurre a principios del siglo XX y estuvo determinado por los progresos de las ciencias de la conducta en esa época.

#### EL PSICOLOGO CLINICO Y LA HIGIENE MENTAL

El psicólogo clínico debe intervenir constantemente, en todos los aspectos y problemas concernientes a la psicohigiene y no aguardar a que aparezca la enfermedad, para iniciar entonces su intervención. Es necesario recordar que conocer Psicología y Psicopatología no es conocer higiene mental, aunque esto último, presupone lo primero.

Era necesario por tanto, que el psicólogo de nuestra sociedad socialista tomara conciencia - y lo ha hecho ya -, de la necesidad de encarar los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad como fenómenos sociales y colectivos; era urgente adquirir una dimensión social de la profesión del psicólogo y destacar la importancia que ella ocupa dentro de la salud pública y la comunidad, enfatizando no sólo los aspectos puramente psicológicos de la labor asistencial de este profesional, sino también las cuestiones sociales y pedagógicas que lleva implícita, sin descuidar la aplicación del método epidemiológico en el estudio de los problemas psíquicos, que se ha tornado un instrumento fundamental e impres-

cindible en el campo de la higiene mental.

De este modo, el psicólogo clínico moderno operará en realidad, con esquemas técnicos que corresponden en primera instancia al campo de la Pedagogía, la psicología del aprendizaje y las ciencias de la conducta, y en segunda instancia, al de las ciencias médicas.

Sólo así, estos puntos de vista integrales, podremos afrontar las responsabilidades asistenciales, investigativas, docentes, preventivas y terapéuticas que nos aguardan en nuestra nueva sociedad.

#### ESTRUCTURA HOSPITALARIA PSIQUIATRICA EN CUBA Y SU ENFOQUE TEORICO-POLITICO

Con un pasado, muy reciente, establecido en base a las tradicionalmente llamadas "Clínicas del alma", con antecedentes de tratamientos espirituales, y que se encontraban muy alejados de la ciencia médica, Cuba ha evolucionado en poco menos de una década a la elaboración y puesta en práctica de una nueva filosofía del trabajo que no trata sólo de curar las enfermedades mentales, sino de promover la salud mental. Esta filosofía se está explicitando en la práctica diaria con la integración de equipos de trabajo constituidos por trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, psicometristas, personal de enfermería, ergoterapeutas, y desde luego también psiquiatras. El trabajo que se propone este equipo no es solo tratar al enfermo psiquiátrico. Todos sus integrantes pueden desarrollar actividades específicas y en conjunto, previniendo, promoviendo, y rehabilitando en Salud Mental.

Para poner a disposición de la población cubana una red hospitalaria psiquiátrica, el Gobierno elaboró un plan, actualmente en fase de aplicación en su última etapa, que dividía la isla en tres regiones: Occidental, Central, y Oriental, construyendo un hospital en cada lugar que se ocuparía de la asistencia psiquiátrica a toda la población de la región o provincias donde se edificara el mismo, abarcando así a las seis provincias. El Hospital Psiquiátrico de La Habana adaptado y transformado tras la revolución, atiende a la región occidental; el Hospital de Camagüey, encargado de la región central, estando en proyecto el correspondiente al sector oriental. Uno de los puntos más interesantes que ha aportado el equipo de médicos que se hizo cargo de la asistencia psiquiátrica tras la revolución es el programa de asistencia a los enfermos de larga estadia, que desarrollan en los puntos siguientes:

- 1 - Una fase inicial, en la que se ocupan del paciente mediante la ergoterapia interna del hospital.
- 2 - Fase de clasificación, en la que los enfermos pasan a realizar labores en los distintos talleres intrahospitalarios.
- 3 - Etapa en la que trabajan fuera del hospital, pero regresan al centro hospitalario para dormir.
- 4 - Los enfermos van a los distintos talleres y solo regresan al centro hospitalario para dormir.
- 5 - El enfermo se traslada a un lugar donde trabaja y convive con los vecinos y otros trabajadores del lugar, formando parte de la sociedad, pero que continúa siendo asistido por el personal facultativo del hospital psiquiátrico.

Un ejemplo práctico de la puesta a punto de este programa ha sido la construcción del hospital psiquiátrico de Camagüey compuesto de un Centro de Rehabilitación con Albergue, y otros servicios auxiliares, siguiendo las fases del tratamiento, y que ha ofrecido resultados muy positivos.

De lo hasta aquí dicho se desprende que el principal instrumento del que se sirve la psiquiatría cubana para lograr sus fines terapéuticos es la ergoterapia, que es como ellos denominan a la terapia por el trabajo, y mediante la cual consiguen devolver a la sociedad a la gran mayoría de los pacientes llamados típicamente "crónicos". Completando esta visión hay que señalar que lo proyectado para la red asistencial psiquiátrica hospitalaria es una fase más de la red asistencial psiquiátrica general, la que consta además de la participación de Centros de Producción, Hospital de Día, Centros de Trabajo protegido, estudio de la comunidad, y seguimiento y atención del enfermo dado de alta.

En las sucesivas partes de este trabajo nos vamos a ocupar de los aspectos de mayor interés, bien por su aportación o por su enfoque, en un intento de dar una visión sintética de la psiquiatría, tal como se enfoca en Cuba.

## ERGOTERAPIA: Teoría y práctica

(Extracto de un artículo del Dr. Gutiérrez Agramonte del Hospital Psiquiátrico de La Habana)

La Ergoterapia o terapia ocupacional es un proceder terapéutico aplicado en un ancho campo de enfermedades entre las cuales se encuentran las enfermedades mentales.

En sí, su aplicación desde su inicio fue tanto individual como de grupo. La aplicación grupal, o ergoterapia masiva abarca el trabajo realizado en un número elevado de grupos, entre 6 y 10 ó incluso más.

Históricamente, la ergoterapia se remonta casi al siglo XVIII, si bien su utilización científica y el reconocimiento social de su valor terapéutico no ha sucedido prácticamente hasta después de la Segunda Guerra Mundial. La combinación de estos elementos con el enfoque de la Comunidad Terapéutica, tiene como eje fundamental el proceso de deshospitalización, y la devolución del paciente a su comunidad. Esto es posible realizarlo gracias a la reubicación del paciente en sectores productivos de esa comunidad, y por tanto no sólo es importante la utilización de la ergoterapia, sino también la realización de pruebas vocacionales que indiquen la ubicación idónea del paciente en una ocupación concreta.

En un aspecto estrictamente científico, el manejo ergoterapéutico del paciente se hace precisamente con la parte no dañada de su personalidad, que llegando a realizar o a ejecutar labores valiosas constituyen un estímulo y acicate para el establecimiento de verdaderas dominantes de comportamiento. Enfocada así esta faceta conductual de hábitos laborales útiles y profundamente anclados, no habría ob

jección a considerarla como una forma especial de conductoterapia en la que los estímulos son capaces de crear un reforzamiento. Hay que tener presente que en aquellos pacientes en que su desorganización mental es lo suficientemente grave como para evitar que tomen iniciativas, existen técnicas premiantes plenamente justificadas, científicamente hablando.

La ergoterapia es pues un proceder terapéutico que puede atenuar, mejorar o suprimir los trastornos de los enfermos mentales.

En nuestro centro laboral, el Hospital Psiquiátrico de La Habana, la actividad ergoterapéutica y rehabilitatoria se divide en dos grandes sectores, la intrahospitalaria y la extrahospitalaria. En el primer caso los pacientes participan de todo tipo de actividad, administrándoseles sus medicamentos dentro de la atmósfera protegida por la institución, y así los vemos trabajando en los comedores, áreas verdes, granja avícola, jardines, deportes, arte, etc. En el segundo aspecto y como intento satisfactorio de alejar de la tutela del hospital al paciente en franca rehabilitación, se dirigen hacia los centros de rehabilitación extrahospitalarios con albergue, diseminados por el territorio de nuestra patria. Es de significar el hecho de que para su ubicación en un determinado centro se toma en consideración su historia laboral, y participa en un pequeño grupo formado por 8 o 10 pacientes en una determinada actividad. Por ejemplo, en el Centro de Rehabilitación de Barlovento se constituyen en brigadas especializadas en determinados trabajos, como el uso de herbicidas, limpieza, roturación, etc. etc. e igualmente, en todos los demás centros están organizadas estas pequeñas brigadas, que sumadas nos arrojarían una cifra de 100 o más pacientes en un determinado Centro, en el cual participarían de un modo masivo y satisfactorio un crecido contingente de pacientes.

Es de destacar, por ejemplo, que los pacientes mejor entrenados y que con mayor habilidad realizan sus labores, son -

precisamente los que salen de alta de la institución y son colocados en determinados empleos. Sirva de ejemplo el sector de producción de muñecos de tela, en el cual su directora no solamente entrenaba a sus pacientes, convirtiéndolas en obreras calificadas, sino que también les procuraba empleo fuera de nuestra institución.

Los fundamentos científicos de la ergoterapia, tanto individual como de grupo, o de numerosos grupos, o masiva, no es precisamente el humanismo que conlleva, sino la experiencia demostrada e indiscutible de su efecto beneficioso sobre el psiquismo reconocido por todos.

Asociada a la ergoterapia o como parte integrante de la misma, funciona una gama de estímulos, tanto motales como materiales, llegando inclusive a la retribución salarial, en la que no se mira precisamente la productividad del paciente sino la necesidad del mismo o de su grupo familiar.

Actualmente en nuestra institución más del 80% de los pacientes participan en mayor o menor grado en la actividad ergoterapéutica y si excluimos de nuestras altas mensuales de pacientes a los pacientes de corta estadía, nos encontramos con que más del 70% de las altas de los pacientes "crónicos" han participado activamente en las actividades ergoterapéuticas y rehabilitatorias.

#### NIVELES Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ERGOTERAPIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA

En nuestro Hospital se sigue un sistema escalonado de niveles en los cuales se sitúa al paciente de acuerdo con sus posibilidades, tanto laborales, como sociales y su funcionamiento psicológico.

Una vez que el psiquiatra haya hecho la selección del trabajo apropiado, de acuerdo con las necesidades del paciente, el mismo comienza a recibir tratamiento ergoterápico y el ergoterapeuta lo evalúa periódicamente mediante los seis indicadores siguientes:

indicadores siguientes:

1. Actitud ante el trabajo.
2. Interés mantenido.
3. Productividad.
4. Satisfacción en el trabajo.
5. Conducta general.
6. Sociabilización.

Se le dan puntos de 0 a 5 en cada uno, con lo cual puede determinarse en definitiva, si éste es el nivel y el trabajo adecuado.

En nuestro Hospital existen amplias instalaciones para este tratamiento y además se utilizan todos los talleres y departamentos del Hospital para el mismo, por lo que se cuenta con una gran variedad de actividades.

Las actividades disponibles por niveles son los siguientes:

Nivel 1: Deshilar trozos de tela.

Zurcir en las salas.

Limpieza de salas y talleres. Labores sencillas.

Confección de sogas.

Ensamblar cajas para medicamentos y fósforos.

Ensamblar divisiones para frascos de medicamentos y pasta dental.

Confección de juguetes plásticos. Labores sencillas.

Servicios generales al Hospital: transporte interior de ropa, comida, abono, virutas, serrín, etc

Nivel 2: Limpieza de calles y aceras, en equipos.

Limpieza salas y talleres.

Reparar y zurcir ropa.

Bordados sencillos.

Talleres de oficios: auxiliar de labores sencillas.

Carpintería. Electricidad. Plomería. Herrería. Zapatería. Mecánica. Costura, etc.

Alimento y dieta: ayudante de cocina.

Jardinería: arranque manual de hierbas.

Encolar y pegar etiquetas.

Confección de juguetes plásticos. Labores más complejas.

Arte: para los que tengan aptitudes.

Nivel 3: Limpieza independiente de salas, talleres y oficinas.

Confección de ropa sencilla de niños.

Bordados sencillos.

Tejidos sencillos a dos agujas y crochet.

Talleres de oficios: auxiliar, haciendo labores algo complejas.

Alimento y dieta: ayudante de cocina, labores más complejas, peladores de viandas.

Jardinería: colaborar.

Floricultura: colaborar.

Agricultura: labores sencillas como abrir hoyos, alza de caña, siempre y limpieza, recolección de frutos menores, etc.

Avicultura: colaborar en equipo.

Transporte interior con mayor independencia.

Confección de juguetes plásticos: labores más complejas.

Arte: para los dotados.

Nivel 4: Corte y confección de ropa de niños.

Bordados complicados.

Tejidos complicados a dos agujas, crochet y marcamé.

Talleres de oficios: auxiliar calificado.

Alimento y dieta: pinche de cocina.

Áreas verdes: jardinería calificada, floricultura, calificada. Cuidadores del orden en los parques.

Agricultura: siembra de posturas, semilleros de maderas (siembra y limpieza), corte de caña.

Avicultura: labores más complejas.

**Artesanía:** confección de muñecas, y bibelots, trabajos en henequén.

**Talleres de oficios:** auxiliar, haciendo labores complejas.

**Carpintería. Electricidad. Plomería. Herrería. Zapatería. Mecánica. Costura, etc.**

**Mensajeros:** dentro del Hospital.

**Servicios personales:** barbería, peluquería, quiropedía (corte de uñas), sirviente de cafetería, comedor y biblioteca.

**Confección de juguetes plásticos:** labores complejas.

**Uso de cuchillos, perforadoras eléctricas, revisión de juguetes, etc.**

**Lavado de frascos:** labores múltiples.

**Arte:** para los dotados.

**Nivel 5:** Se le pueden confiar labores independientes intra y extrahospitalarias, como mensajeros, dirigir equipos grandes de pacientes en el agro y ser monitores.

Además de la actividad laboral en sí, estos niveles llevan conjuntamente distintas actividades con el fin de la adaptación del paciente al medio social y familiar hacia el cual se le intenta devolver. Estas consisten, en los niveles inferiores, en paseos o en grupo a distintos lugares: playas, paseos campestres, teatros, juegos de pelota, etc., con la compañía y protección de personal del Hospital. Igualmente visitas a familiares en las mismas condiciones. En el tercer nivel se le permiten salidas breves con los familiares y en el cuarto y quinto el paciente sale del Hospital libremente los fines de semana. Por otra parte, en los primeros niveles se le estimula al paciente mediante algunos premios representados por paseos, golosinas, etc., mientras que a partir del cuarto nivel, en cuarto nivel, en que ya comienza a hacer sus salidas con libertad se le estimula pagándole su trabajo en efectivo con un sueldo que va desde la cuarta parte hasta el total de lo que gana un obrero de la misma categoría.

Esta necesidad de lograr una mejor adaptación a la comunidad se hizo patente desde los primeros tiempos, en que se observó que pacientes en el Hospital mantenían un adecuado comportamiento y adaptación, si se les daba de alta regresaban en poco tiempo en peores condiciones que a su regreso, encontrándose la explicación de ello en que las condiciones de vida en el Hospital son mucho más sencillas, donde todo está más o menos resuelto, lo que les permitía mantener un estado de equilibrio que no era posible en la comunidad, ambiente, como se sabe, mucho más complejo que el del Hospital.

Por esta razón, comenzaron a aplicarse en el Hospital las medidas anteriores. Más adelante surgió la idea de la creación de los centros de rehabilitación con albergues con el fin de llevar a los pacientes más cerca de la comunidad o a algo parecido a ella. Estos centros situados fuera del Hospital alojan pacientes de los niveles cuarto y quinto, es decir, aquellos que pueden mantener un mayor grado de actuación independiente y que laboran conjuntamente con un número apropiado de empleados sanos, siendo atendidos por el personal médico y paramédico del Hospital que los visitan periódicamente. Allí los pacientes una vez terminada su faena, gozan de plena libertad siendo habitual para ellos, paseos por los alrededores y relacionarse con los vecinos próximos, que si bien, generalmente al principio mantienen algunas reservas, finalmente llegan a admitirlos en su comunidad con muestras de simpatía, lográndose de esta forma una mejor comprensión de la comunidad con respecto al enfermo mental.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACION DEL HOSPITAL DIURNO

El hospital diurno es un Centro destinado al tratamiento de enfermos mentales que pueden seguir viviendo en sus hogares. Funciona con pacientes que se encuentran en estudio clínico de transición, adaptación social, o necesitados de esclarecimiento diagnóstico. En algunos casos son pacientes en el período productivo de su enfermedad, otros en estado de recuperación ó convalecencia del estado psicótico agudo, neurosis, trastornos del carácter, etc. exceptuándose en general los pacientes que tienen predominantemente manifestaciones psicopatológicas.

Las ventajas del Hospital diurno:

- 1) Puede utilizarse como ayuda hacia dentro y hacia fuera del hospital.
- 2) El período de hospitalización es más corto.
- 3) Evita la separación del enfermo con su familia o medio habitual.
- 4) Le hace tomar al enfermo una posición activa hacia su tratamiento.

El hospital diurno tiene sus mejores aplicaciones en el medio urbano y donde las comunicaciones son relativamente fáciles.

Los pacientes deben acudir diariamente al hospital desde las primeras horas de la mañana hasta las últimas de la tarde.

Siguiendo la experiencia obtenida por nosotros con el Hospital diurno podemos apuntar algunas observaciones.

- 1) Es conveniente el empleo de Servicio mixto (ambos sexos) para salas de Psiquiatría diurno.
- 2) Deben ser excluidos de ingreso los deficitarios mentales

- 3) Deben ser escogidos los casos con trastornos de personalidad. En particular con las psicopatías histéricas la hospitalización debe ser breve y el alta - pronta.
- 4) Algunos cuadros esquizofrénicos en el período incipiente de la enfermedad logran detectarse e identificarse con más facilidad.
- 5) Las personalidades esquizoides sufren una influencia altamente beneficiosa.
- 6) Los cuadros de neurastenia no resultan grandemente beneficiados.
- 7) Permite con mayores posibilidades de éxito lo que Sivadon ha llamado "la búsqueda de los niveles de socialidad y de los umbrales de tolerancia" equilibrando a la población enferma y normalizar lo más posible el comportamiento de cada cual.

El el hospital diurno participarán en un programa terapéutico consistente en:

- 1) Ergoterapia.
- 2) Socioterapia.
- 3) Psicoterapia (individual y de grupo)
- 4) Psicofarmacos.

Por regla general los tratamientos insulínicos y electroconvulsionantes los realizamos teniendo al paciente ingresado totalmente.

Cada establecimiento organizará su programa de actividades de acuerdo con sus necesidades, pero un horario podría ser:

Llegada y desayuno. - Lectura comentada de prensa - Ergoterapia alternando con deportes - Baño - Almuerzo - Descanso-siesta - Reunión de psicoterapias - Actividades propias - Comida-despedida.

Debe utilizarse el sistema de gobierno propio de pacientes (elección semanal) en diferentes secciones entre los cuales podrían ser a) trabajo. b) educación - cultura. c) limpieza. d) disciplina. e) deportes.

Existe un presidente que coordinará a los responsables de secciones y que hace un recuento global de su trabajo semanal.

Con el gobierno propio las relaciones entre pacientes y personal se fortalecen en un sentido positivo que ayude a crear "La Comunidad terapéutica" en el sentido de Maxwell Jones.

Todo tipo de actividades intra y extrahospitalaria pueden programarse como obras teatrales, charlas, grupos artísticos, etc. Pueden formar parte en estas actividades los familiares de los enfermos.

La preparación del personal que trabaja en el hospital diurno es muy importante. Lo esencial estriba en la aptitud para establecer con los enfermos mentales relaciones de comprensión humana, libres de angustia, sadismo o agresividad. Es preciso eliminar de la profesión de enfermería psiquiátrica a toda persona que presente trastornos neuróticos del carácter.

El personal debe tener un nivel cultural elevado y una buena preparación teórica y práctica.

El hospital diurno debe estar dirigido por un psiquiatra con experiencia en Psicopatía. Deben seguirse la evolución de los casos estableciéndose una discusión clínica con el psiquiatra jefe una vez por semana, por lo menos.

El número de pacientes atendidos en el hospital diurno no debe exceder de 20, pues un número grande no es aconsejable.

Hay que tener en cuenta que el hospital diurno, como ocurre con un servicio de Psiquiatría si son de nueva formación, encuentra "resistencia", prejuicios, dificultades por parte del

aparato administrativo del hospital, tanto en su creación como en su ulterior mantenimiento.

## EL ENFERMO EGRESADO: SU ATENCION Y CUIDADOS

por MANUEL TOYMIL GONZALEZ, del Hospital Psiquiátrico de La Habana

### INTRODUCCION

Siempre ha sido preocupación de autoridades psiquiátricas y sanitarias la atención del paciente egresado de los hospitales y servicios de Psiquiatría, el cual vuelve de nuevo a su medio, no siempre adecuado y en la generalidad de los casos con un proceder por parte de los familiares erróneo en cuanto al tratamiento y manejo del mismo, a veces muy protegido, otras muy abandonado. Si aceptamos que la función del sistema nervioso es mantener la interrelación hombre-medio ambiente, nada más urgido de atención al abandonar el hospital, que estos pacientes para que de acuerdo con sus posibilidades y capacidad, poder reintegrarlos a ese medio social del cual, para ellos, fueron bruscamente excluidos como miembros útiles de su grupo social, es por ello que se deben tratar y preparar a fin de crearles los estímulos motivantes para su equilibrio emocional.

La creación del Departamento de Seguimiento del Egresado corresponde a esta necesidad, a la gigantesca tarea emprendida con la transformación total llevada a cabo en la etapa posinsurreccional y ahora en plena Revolución, en este Hospital Psiquiátrico de La Habana, que conlleva desde la atención y trato humanos al paciente, hasta la transformación física del Hospital, como son planes de recreación y deportes, atención científica a través de los medios modernos terapéuticos: psicofármacos, psicoterapia, ergoterapia, etc. La creación de este Departamento responde a una necesidad de atención colectiva, producto típico de nuestra Revolución.

La labor de este Departamento no es original, no es algo nuevo, otros Hospitales y servicios de Psiquiatría, han lle-

vado a cabo en escala menor, con éxito y excelentes resultados, programas y trabajos sobre cuidados de egresados, evitando en lo posible reingresos y logrando hasta que el paciente se reintegre a la comunidad en condiciones de realizar trabajos y labores donde se sienta útil; tal vez si algo nuevo ofrece, es el propósito de organizar sistemáticamente este servicio: la atención, cuidados y orientación del paciente egresado, con programas de trabajo, tanto para ellos como para sus familiares, en una institución, en un hospital como es este Hospital Psiquiátrico de La Habana.

### DEL ENFERMO A SU EGRESO

Ha de tenerse en cuenta que al egresar del hospital y retornar al seno de la sociedad, ésta lo recibirá como un ente psíquico-social que exige y necesita cuidados y observación y por otra parte, como un posible enemigo. Que volverá a su hogar, a su trabajo, al medio de donde procedía, y a partir de este momento y por toda la vida deberá mantener un tratamiento ambulatorio, desde las consultas periódicas hasta su tratamiento de psicofármacos.

### PROCEDIMIENTOS CON LOS EGRESADOS EN GENERAL

Los pacientes son referidos al servicio de Psiquiatría del área de salud que les corresponde de acuerdo con la regionalización asistencial de nuestro país, enviándose una comunicación al familiar en la que se le indica la unidad donde radica ese servicio, y en la que inmediatamente se informa de la futura presentación del paciente por corresponder a su área de salud, adjuntándosele el modelo de egresado con una sinopsis de su historia clínica e informándosele también al responsable regional del Ministerio de Salud Pública.

Estos pacientes recibirán mensajes y orientaciones a través de escritos, circulares, etc. enviados por correo, y el ofrecimiento y disposición que le brindamos de ayuda y orientación cuando lo soliciten.

## PROCEDIMIENTO CON LOS EGRESADOS CORRESPONDIENTES AL AREA DE SALUD DE NUESTRA CONSULTA EXTERNA

Se les citará siempre acompañado de un familiar para su registro e inscripción como egresado, donde pasará a ser un paciente del mismo psiquiatra que lo atendía en el hospital - mientras estuvo ingresado, y en caso de que éste no consultase en la consulta externa, lo será de otro médico del mismo servicio. Se les instruye sobre las funciones del departamento y la ayuda que de él recibirá.

### DEL MEDIO FAMILIAR

Al abrirse su historia clínica, se le confeccionará conjuntamente su historia social-psiquiátrica; por este medio conoceremos del ambiente familiar, la actitud del enfermo hacia la familia y éste hacia el enfermo, los problemas en las relaciones interpersonales con sus familiares, cónyuge, etc.

Las entrevistas se realizan con el familiar por separado, y con el paciente, y cuando se trata de una comprensión y orientación en cuanto a la enfermedad del paciente se realizarán con ambos. Estas y futuras entrevistas nos permiten conocer otras situaciones existentes en el hogar, las cuales manejadas adecuadamente, permitirán lograr mejoras insospechadas en el medio familiar, las que proporcionan la seguridad y estabilidad que tanto necesita este tipo de paciente.

Se les educará y orientará en cuanto a conceptos erróneos y exagerados sobre el origen y causas de las enfermedades mentales, así como en su tratamiento y posibilidades de recuperación.

Reuniones periódicas, charlas ilustradas con "filmes", tanto a familiares como a los pacientes, mensajes y orientaciones a través de escritos y circulares enviados por Correos y el ofrecimiento y disposición que le brindamos de ayuda y orientación cuando lo soliciten.

También se les orientará en cuanto a la conducta del paciente, cuando observen los mismos síntomas que motivaron su ingreso anterior, lo noten "raro", etc., que acudan al Departamento, orienten a su médico de asistencia o al cuerpo de guardia. Se les hará ver la necesidad de que el paciente asista periódicamente a sus citas con el psiquiatra o cuando se les cite por el Departamento.

Orientar a los familiares en cuanto al suministro de los medicamentos, la obligación de observar que tomen los mismos, de acuerdo con las indicaciones dadas por sus psiquiatras y no dejar de suministrárselas por ningún motivo o pretexto. Los medicamentos se les facilitarán gratuitamente. (De acuerdo a las estadísticas de la OMS un 40% de los enfermos ambulatorios no toman los medicamentos de la manera prescrita, no los toman en absoluto o los cambian por su cuenta con otro medicamentos).

En relación a los problemas de vivienda y otras necesidades físicas que presenten se les orientará a través de los programas y organismos que ya establece nuestro Gobierno Revolucionario para atender a los mismos (FMC-Poder Local Plan Asistencia-CTC.R.-Ministerio de Trabajo-Seguridad Social-Ministerio de Educación con sus planes de becas, etc). no tratando de realizar gestiones particulares a nombre del Departamento, ya que se estima que esto fue necesario al principio de nuestra Revolución, pero no en la actualidad, creadas ya las organizaciones y medios pertinentes; desde luego, siempre que lo soliciten y se crea necesario, para una priorización y mejor comprensión del caso, se les expedirá informe o Certificado Médico acompañado de Informe Social.

### DEL TRABAJO

En nuestro control sabemos el centro de trabajo y -oficio que desempeñaba el paciente antes de su ingreso. Durante la entrevista con éste conoceremos de sus intereses en

relación con esta actividad, si desea continuar o cambiarla, de sus relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, responsables, dirigentes, etc. Entrevistas con la administración, sección sindical, Partido, etc., serán beneficiosas para todos, ya que se logrará una mejor comprensión del paciente y éste a su vez, será mejor comprendido. Cuando fuese necesario se solicitarán cambios de actividades dentro del mismo dentro de trabajo o traslado a otro en la misma Empresa u Organización, reducción en jornada de trabajo, etc. A ello contribuirán notablemente las sugerencias e indicaciones del psiquiatra de su tratamiento, el cual al darle el alta al paciente puede hacerlas, o ya el paciente en tratamiento ambulatorio. Experiencias positivas sobre estas gestiones la hemos tenido como trabajador social en casos referidos a nosotros por el psiquiatra en la consulta externa, así como, en el servicio de alcoholismo.

La regionalización de nuestros servicios nos facilitarán la creación de fuentes de trabajo para aquellos que no lo tuvieron a su egreso, en el pueblo o región donde resida, para lo cual se crearán en coordinación con el Poder Local "talleres protegidos" que serán "empresas ergoterapéuticas de aprendizaje", verdaderas microsociedades en las que los pacientes puedan ir readaptándose a la vida social y sus responsabilidades; posteriormente serán situados en otros centros de trabajo de acuerdo con su capacidad o permanencia en estos talleres protegidos.

Hoy tratamos de planificar y coordinar los servicios de un plan de trabajo de conjunto, de una organización funcional médico-social, acorde con la transformación de este Hospital, esperamos la cooperación de todos, ya que ello conlleva una mejor comprensión humana y social de las enfermedades mentales y sentiremos la satisfacción interna de participar en una actividad que propende al logro del bienestar y la felicidad del hombre, ya que debe ser para nosotros un deber y un honor llevar a cabo con éxito este objetivo.

## ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA (PSIQUIATRICO DE LA HABANA)

Los principios de la comunidad terapéutica y su aplicación se han ido extendiendo en numerosos países.

La comunidad terapéutica es considerada generalmente como el anverso del hospital mental tradicional, donde el papel del paciente es estar enfermo, en la comunidad terapéutica esto cambia y el paciente es un miembro responsable de un grupo social.

Aún dentro del medio hospitalario han surgido diferencias entre el hospital visto como una comunidad terapéutica y el "enfoque de comunidad terapéutica en el tratamiento". Para aclararnos al respecto vamos a ver a modo esquemático dos grupos principales.

- A) Enfoque general de la comunidad terapéutica descrito por el Comité General de expertos de O.M.S. en Ginebra
- 1) Conservación de la individualidad del paciente.
  - 2) Asumir que el paciente es digno de confianza.
  - 3) La buena conducta debe ser estimulada.
  - 4) El paciente debe considerársele como retenedor de capacidad para un considerable grado de responsabilidad e iniciativa.
  - 5) Necesidad de actividad y adecuado trabajo para todos los pacientes.

La creación de esta atmósfera de una comunidad terapéutica es en sí mismo uno de los más importantes tipos de tratamientos que el Hospital psiquiátrico debe proporcionar.

B) La comunidad terapéutica propia o verdadera desarrollada principalmente por Maxwell Jones en el Henderson Hospital de Belmont tiene las siguientes características:

- 1) Pequeño no más de 100 personas, lo suficiente para que los miembros se conozcan.
- 2) Reunión comunitaria diaria de todos (pacientes, médicos, enfermeras, psicólogos, terapéutas, etc)
- 3) Una filosofía dinámica en discusiones, entendimientos y soluciones.
- 4) Análisis social de los sucesos de la sala.
- 5) Libertad de comunicación de arriba a abajo y viceversa.
- 6) Aplanamiento de la pirámide de autoridad en contraste con la sala tradicional.
- 7) La adquisición de nuevos métodos de aprendizaje para resolver problemas.
- 8) Exámen del rol, que se aplica a todos, pero especialmente al cuerpo facultativo, analizando su trabajo y haciéndose capaz de cambiar hacia una forma más efectiva de funcionamiento.

Maxwell Jones dice "todo lo que se pretende es que la comunidad terapéutica mueva el interés, habilidades y entusiasmo del cuerpo facultativo y pacientes y les dé suficiente libertad de acción para crear su propio tratamiento y condiciones de vida"

Es interesante plantear que si concebimos al hospital psiquiátrico como un microcosmos de la sociedad y si nosotros estudiamos, analizamos y tratamos la conducta dentro de esta pequeña sociedad, utilizando toda la habilidad disponible en campo de la psiquiatría, estaremos preparando un cuerpo facultativo para trabajar en la comunidad exterior, así como para

el trabajo hospitalario. Todo esto requiere una eficiente preparación del personal para manejar las situaciones que se presentan.

El implantar en un hospital psiquiátrico una organización tomando como base el trabajo en equipo y finalmente el logro de una comunidad terapéutica es una tarea difícil. Los principales escollos que hemos encontrado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana han sido:

- 1) Disimilitud en horarios laborales y tareas de los médicos.
- 2) Falta de uniformidad básica en el desarrollo y formación del cuerpo facultativo y técnicos medios.
- 3) Falta de personal docente, internos y residentes.
- 4) La limitación numérica del personal técnico y diversidad de calificaciones entre el personal.
- 5) Nivel bajo en el personal auxiliar y administrativo.
- 6) Imposibilidad de algunos miembros del personal de lograr el suficiente ajuste emocional demandado por un trabajo en equipo.
- 7) Falta de reuniones de servicios para la discusión clínica de todos los casos.
- 8) Ausencia de gobierno propio de los pacientes.
- 9) Deficiente comunicación del personal entre sí y la comunicación personal-paciente.
- 10) Excesiva individualidad y bajo nivel científico y asistencial.

Para solucionar esto se han tomado medidas como:

- 1) Aseguramiento de un horario mínimo.
- 2) Establecimiento de la discusión diagnóstico-tera-

peútica de todos los casos ingresados.

- 4) Superación científica del personal mediante seminarios, cursos auxiliares, etc.
- 5) Creación de reuniones técnico-administrativas semanales.
- 6) Creación del gobierno propio de pacientes.
- 7) Instalación de taller de ergoterapia.
- 8) Inicio de biblioteca para pacientes.
- 9) Creación de una sala de transición, adaptación social u hospital diurno con lo que se logra:
  - a) Mayor movilización hacia fuera del paciente ingresado.
  - b) Menores gastos.
  - c) Se evita la separación del paciente de su medio.
  - d) Paciente posición activa.

Nosotros hemos seguido la siguiente técnica para el "gobierno propio" se elige semanalmente con diferentes secciones entre las más importantes:

- |               |                      |             |
|---------------|----------------------|-------------|
| a) Trabajo    | b) Educación-cultura | c) Limpieza |
| d) Disciplina | e) Deportes          |             |

Existe un presidente ó responsable que coordina el trabajo de los otros responsables de sección y que al entregar su mandato hace un recuento de su labor.

El gobierno propio ó autogobierno tendrá tareas organizativas y ejecutivas dentro del servicio, se produce con esto un fortalecimiento positivo en las relaciones entre el personal y pacientes, lo que ayuda a crear la comunidad terapéutica en el sentido de Maxwell Jones. Con las comunidades terapéuticas mediante el gobierno propio, las psicoterapias, se logran una mayor dinámica, necesidad de menos personal, pues los pa-

cientes están activos, se responsabilizan de las diferentes actividades, más movilidad en el centro y con todo esto — unas interrelaciones muy positivas entre pacientes enfermos además de que evitamos la llamada neurosis que produce la — institución tradicional.

ESTRUCTURA Y RESULTADOS DE UNA TECNICA MIXTA DE PSICOTERAPIA PARA GRUPOS NUMEROSOS, PUESTA EN PRACTICA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE DE SANTIAGO DE CUBA

- Organización del grupo:

- Selección de pacientes.- Pacientes de ambos sexos, con capacidad intelectual normal y patología de nivel neurótico, remitidos de las consultas de los diferentes integrantes del equipo de trabajo del hospital.

Grupo abierto con posibilidades de inclusión de nuevos miembros semanalmente. Número de pacientes ilimitados.

Médicos residentes asistentes en función docente: seis.

Horario: A partir de 6,30 p.m. para facilitar la asistencia de obreros en activo.

Grupos semanales en ciclos de diez reuniones.

Material necesario para los pacientes: papel y lápiz.

Local utilizado: Anfiteatro del Hospital Provincial Docente.

- Técnicas utilizadas.- a) Didáctica con orientación dinámica, instropeística e inspirativa. b) Técnica de Schultz, limitada a ejercicios de posición, tranquilidad, peso, calor y control de la frecuencia cardíaca.

- Desarrollo de los grupos: a) Primeros 10-15 minutos-Valoración colectiva de dudas, apreciaciones del tratamiento, resultados precoces, etc. b) Próximos 20-30 minutos-Conferencias (dinámico-introspectivas-inspirativas) seguidas de un pequeño cuestionario de igual finalidad que el paciente valorará durante la semana. c) Los 15 minutos siguientes: Explicación de la técnica de Schultz, ejemplificación de los ejercicios y práctica colectiva.

- Temas tratados en las conferencias y curso del entrenamiento autógeno:

Primer grupo.- a) Introducción sobre "Qué son los trastornos emocionales, manifestaciones neuromusculares y vegetativas de los mismos"

b) Fundamentos del método de Schultz (posición, ojos cerrados, tranquilidad)

Segundo grupo.- a) Comprensión de la conducta basado en experiencias anteriores y situaciones actuales. Petición de autobiografía crítica estableciendo relaciones entre experiencias anteriores y situaciones actuales.

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso.

Tercer grupo.- a) Autovaloración ya autoexigencia (génesis y consecuencias)

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso.

Cuarto grupo.- a) Sentimientos de inferioridad, génesis y consecuencias.

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor.

Quinto grupo.- a) Las frustraciones (importancia de su manejo adecuado).

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor.

Sexto grupo.- a) La hostilidad (génesis, manejo y consecuencias)

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor, control de la frecuencia cardíaca.

Séptimo grupo.- a) La inseguridad (formas de expresión, manejo)

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor, control de la frecuencia cardíaca.

Octavo grupo.- a) La ambición (génesis, manejo y consecuencias)

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor, control de la frecuencia cardiaca.

Noveno grupo.- a) La felicidad matrimonial (aspectos, - psicológicos del matrimonio)

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor, control de la frecuencia cardiaca.

Décimo grupo.- a) Tema inspirativo sobre el tema "Podría ser peor"

b) Posición, ojos cerrados, tranquilidad, peso, calor, control de la frecuencia cardiaca.

- Resultados y conclusiones del tratamiento:

a) El promedio de mejoría fué del 51,8% de los casos.

b) El orden de efectividad de las técnicas utilizadas (de mayor a menor) es: 1-Psicoterapia didáctica, 2-Entrenamiento autógeno. 3-Psicofármacos.

c) Se evidenció la reducción del consumo de psicofármacos, en diferentes grados, incluso en pacientes con larga historia de dependencia.

d) El porcentaje de reducción en el uso de psicofármacos fué el siguiente: 25% reducción total. 21% reducción en un 50%. 12% de los casos para una reducción del 30%.

e) Los síntomas que mejor respondieron al tratamiento fueron: Anorexia, insomnio, tristeza, disforia y trastornos digestivos. Los síntomas que peor respondieron: Dorsalgia, lumbalgia, preocupaciones y dismnesia.

f) Globalmente, los resultados obtenidos apoya la hipótesis de que la combinación de los recursos psicoterapéuticos es efectiva en grupos numerosos, especialmente esquemas como el descrito, y que permiten ampliar el radio de acción social de la psiquiatría.

LA RELACION MEDICO-PACIENTE-FAMILIARES A TRAVES DE ESQUEMAS SINOPTICOS DE LOS FACTORES Y VARIABLES INTERVINIENTES:

Paciente

Ansiedad

Tristeza

Irritabilidad

Hostilidad

Inferioridad

Demanda de

Afecto

Demanda de

Atención

Inseguridad

Egoísmo

Indisciplina

Contenido ideativo

propio de su cultura

y medio social

Irritabi  
lidad

Indiscipli  
na

Demanda de  
afecto

Hipersen-  
sibilidad

Comuni-  
cación  
verbal

y

extra  
verbal

Médico

Identificación  
con el paciente

Sentimientos  
de impotencia  
y frustración

Ansiedad despla-  
zada de otras  
situaciones pro-  
fesionales y  
personales

Contenido idea-  
tivo propio de  
su cultura y me-  
dio social

A  
N  
S  
I  
E  
D  
A  
D

Familiar

Temor  
 Ansiedad  
 Tristeza  
 Irritabilidad  
 Hostilidad ante el infortunio  
 Hostilidad por inferioridad  
 Hostilidad ante evolución fatal  
 Hostilidad condicionada por malas relaciones con otro personal  
 Reserva y sensibilidad por proyección de hostilidad  
 Contenido ideativo propio de su cultura y medio social

Hostilidad  
 Indisciplina  
 Tozudez  
 Hipersensibilidad  
 Desconfianza

Comunicación verbal  
 y  
 extra verbal

ANSIEDAD

Médico

Identificación con la paciente.  
 Sentimiento de impotencia y frustración  
 Ansiedad desplazada de otras situaciones  
 Ansiedad por comunicación de pronóstico fatal.  
 Menor capacidad para tolerar hostilidad  
 Contenido ideativo y propio de su cultura y medio social

RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PATOLOGIA PSIQUIATRICA

Estas notas pretenden dar una idea de cómo se enfoca a través de la perspectiva cubana las relaciones entre patología y trabajo, en este caso patología psiquiátrica. La observación de que a más salud, más productividad, y a más enfermedad, menos productividad, este círculo salud-enfermedad productividad, puede llegar a frenar el desarrollo de una nación o ser el obstáculo fundamental para iniciarlo.

La revolución cubana, a través de sus gobiernos, ha prestado el máximo interés a la productividad de la masa trabajadora como base para el despegue del subdesarrollo heredado de épocas anteriores, y la construcción de una nueva sociedad. Al mismo tiempo es preocupación oficial la salud del pueblo, el combate con la enfermedad y por hacer al hombre un ser socialmente útil. Estos hechos han determinado que la preocupación de los gobiernos se manifiesten en la dedicación de elevadas sumas presupuestarias a estos conceptos. La observación empírica permite afirmar que se pierden días-hombres de trabajo por enfermedad mental. La fuente de estos datos parte generalmente del que tiene la responsabilidad administrativa, sindical o política de un centro de producción o servicios. Se basa en el indicador de absentismo. Generalizando, se puede considerar la pérdida de salud mental como un trastorno de la conducta que interfiere las relaciones de quien la padece con quienes le rodean. Esta alteración abarca todas las áreas de la actividad humana, en mayor o menor grado. Una de estas áreas, es la de la Actividad Laboral.

A este respecto, vemos que la etiología de la enfermedad mental es multifactorial. Prescindimos de relaciones causales, y centramos nuestro interés en sus manifestaciones en las áreas de actividad humana. Es por ello que el diagnóstico psiquiátrico, una vez confirmado, permite pre-

prever una conducta del paciente y una evolución dada. El instrumento de que se sirve entonces el médico es el "certificado" que permite al trabajador ausentarse del trabajo con fines terapéuticos, y es entonces cuando más interés tienen esas indagaciones causales de las que antes se ha prescindido. P. ej. - de una empresa específica nos pueden llegar multitud de casos, cuya etiología se encuentre en unas inadecuadas relaciones de producción y trabajo. El arma terapéutica no es, entonces, el "certificado" y sus afines, sino una readecuación de esas relaciones alteradas. Tampoco se suelen tomar en cuenta las reales condiciones del trabajo para el que el paciente está preparado, ni las posibilidades de reubicación en otra área o sector. Se necesita entonces una interrelación dialéctica entre el diagnóstico, condiciones de su historia personal, condiciones de trabajo y relaciones sociales en el mismo. Recomendaciones frecuentemente útiles suelen ser p. ej.: trabajar donde no esté expuesto a ruidos; no esfuerzos físicos ni mentales; no contacto con el público; no trabajo en turnos de noche; no dar clases, etc.

Estos esfuerzos suelen chocar, debido a la comprensión de sus motivaciones, con los que deben darle cumplimiento en el orden administrativo, llegándose a provocar situaciones difíciles en las que más de una ocasión el trabajador empeora y no se logra la solución satisfactoria sin la ayuda de la trabajadora social psiquiátrica que realiza tareas que podemos calificar de gestión política y de educación, sirviendo de puente y enlace entre el psiquiatra y la comunidad en la que se trabaja.

¿Es siempre el certificado médico una medida terapéutica adecuada? ¿No reforzamos síntomas o ganancias secundarias con el mismo? Ante la presión asistencial muchas veces es más fácil extender el certificado que valorar con el paciente la convenien-

cia de su permanencia en el trabajo. Si tenemos conciencia de lo que significan estos certificados para el desarrollo económico de nuestra nación estamos seguros de que sólo lo extenderemos cuando sea la indicación que contribuirá realmente a la recuperación de nuestro paciente.

(Palabras de Dr. Guillermo Barrientos  
Director Provincial de Psiquiatría  
de Camagüey)

INFORME DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTIL DEL HOSPITAL  
PSIQUIATRICO DE LA HABANA

- 1. Estructura.

- A) Consulta externa
- B) Psicoterapia a las madres
- C) Psicoterapia de grupo a adolescentes
- D) Labor docente y trabajo en el Mined (departamento de Enseñanza especializada)

- 2. Aspectos.

- 1) La labor docente, comprende: martes por las mañanas se imparte a los técnicos que se encargan de la Psicoterapia en las escuelas de enseñanza especializada, un curso sobre tests mentales.
- 2) Presentación de casos de difícil solución.
- 3) Visitas a escuelas de enseñanzas especializadas de conducta. Esto conlleva la información de los casos que se presenten, métodos que se emplean, resultados obtenidos.
- 4) Demostraciones por parte del psiquiatra infantil en presencia del director de la escuela y de los maestros y de todo el personal técnico de la misma, de como se estructuran los grupos de psicoterapia en la misma y una demostración detallada para una sesión a lo menos una vez al año.
- 5) Técnicas específicas. Relación emocional, análisis del carácter del niño, técnicas de ludoterapia, sugestión, psicoterapia de grupo, infantil.

- 3. Departamento de Psicología. Pruebas que se aplican.

Personalidad:

T.A.T.

Maps.

Rorschach

Machower

Koch

Inteligencia:

Wisc

Reyen

Organicidad:

Bender

- 4. En la Psiquiatría infantil llama la atención que el número de casos de sexo masculino es mayor que el femenino. Que la edad en que el niño concurre más al psiquiatra infantil, es la de enseñanza primaria, esto es lógico ya que es cuando el niño entra en la escuela. A esto le sigue la edad de la adolescencia, donde los problemas fundamentales son los conflictos de su liberación a la protección de los padres. La edad de menos afluencia es de 0-5 años donde fundamentalmente aparecen problemas de las relaciones madre-hijo, esto nos obliga a trabajar con los padres.

Hay que tener en cuenta que, a veces, los padres por ignorancia, apatía, se muestran indiferentes ante el tratamiento de su hijo, por esto se necesita una supervisión mayor sobre estos hogares.

## ESTUDIOS DE LOS ESCOLARES DEFICIENTES

por el Dr. JESUS DUEÑAS BECERRA. La Habana.

Los técnicos del Regional de Educación (Comité encargado de la programación e inspección de la Educación en una provincia determinada, en este caso de La Habana) llevaron a cabo un análisis del rendimiento de las cinco aulas de primer grado de la escuela "PEPE MENDEZ", consistente en constatar el nivel alcanzado por los alumnos hasta este momento. Se utilizó una prueba de lectura de la doctora Josefina Díaz Entrialgo para la evaluación y se organizaron tres aulas de nivel A, B y C.

El aula de alumnos de nivel C, caracterizada en su aspecto docente por niños que no habían logrado ningún provecho de la enseñanza, estos alumnos tenían mucha dificultad para la asimilación de los contenidos de enseñanza.

El Regional de educación pensaba que si se eliminaba de los grupos de escolaridad normal, a aquellos alumnos que no avanzaban y entorpecían la buena marcha de los otros grupos sería más positiva. También se consideraba la posibilidad de ofrecer algún tipo de orientación a la maestra encargada de la educación de este grupo excepcional.

Técnica utilizada y clasificación de los alumnos. Nuestro punto de partida debía ser el conocimiento pleno de cada uno de los alumnos, ya que es evidente que las dificultades en el aprendizaje pueden obedecer a diferentes causas.

Sometimos a los sujetos a un nuevo examen individual. Aplicamos la prueba de Binet-Simón y examen gráfico de Prudhommeau. Entrevistas con padres y maestros. Conjuntamente con las pruebas psicológicas se aplicaron sencillos reactivos para apreciar la madurez que pudiera tener el grupo con vistas a la iniciación del aprendizaje. En lo que se refiere a aritmética las pruebas trataron de apreciar la formación

del concepto de número, la seriación, y las operaciones en el nivel concreto (Piaget). En cuanto a la expresión las pruebas pretendían apreciar la interpretación sencilla de textos, conocimiento de las vocales, etc.

Con el resultado de las pruebas establecimos el siguiente ordenamiento del 1º grado C.

- A) Alumnos con nivel de desarrollo intelectual normal sin otros problemas visibles.
- B) Alumnos con nivel de desarrollo intelectual normal con visibles trastronos neurológicos o psicosociales.
- C) Alumnos torpes sin otros problemas visibles.
- D) Alumnos deficientes ligeros, todos con un C.I. inferior a 75, sin otros problemas visibles.
- E) Alumnos deficientes ligeros con problemas neurológicos, de conducta o ambos combinados.
- F) Alumnos deficientes profundos (todos orgánicos).

La aplicación de la prueba de grafomotricidad de Prudhommeau que nos dió el grupo C, manifestaba un realismo intelectual más allá de los 6 años, dificultad para copiar una frase más allá de los 6 años, deficiencia en la coordinación muscular, en muchos casos, inversiones de letras. En el aspecto descriptivo los alumnos del grupo C, pese a estar muchos de ellos repitiendo el grado, apenas conocían las vocales, tenían dificultad para interpretar un cuento sencillo, en su mayoría no eran capaces de ir más allá de la solución de una sencilla operación de adición siempre apoyándose en los elementos concretos a su alcance.

De acuerdo con los resultados de las pruebas psicológicas y psicopedagógicas organizamos dos grupos: a) Alumnos normales y deficientes con mayores posibilidades de aprendizaje, b) Alumnos con deficiencia mental más acusada y con menos posibilidades de aprendizaje. Pero esto no se llevó a la práctica, puesto que se pudo contar con otra muestra.

Metodología seguida. - Las mañanas estaban dedicadas a las actividades de ortofrenia y específicamente docentes.

Las tardes estaban dedicadas a la educación física, juegos organizados, trabajos manuales, música, bailes.

No había un horario rígido. Si por ejemplo la maestra observaba intranquilidad en el grupo, falta de atención, etc. debían sacar a los niños al aire libre y realizar algún juego.

También se llevaba un expediente de los avances de cada alumno en ortofrenia, rendimiento y conducta.

Se realizaban frecuentes reuniones con los padres con un fin de orientación.

La eliminación de castigos corporales, malos tratos verbales fue otra sugerencia nuestra, en cambio insistimos en desarrollar hábitos higiénicos.

Finalmente se recomendó la adopción de formas de cortesía para pedir la palabra, levantarse, sentarse, etc. a fin de disciplinar a los niños, ya que el grupo, independientemente de sus limitaciones intelectuales también era deficiente en su conducta social.

Prácticas de ortofrenia. Consisten en:

- A) Educación de la atención (Tachado selectivo de números, letras o palabras)
- B) Educación de la memoria (Retención visual, recordar el nombre de objetos, descripción de láminas, retención auditiva de números, sílabas sin sentido)
- C) Ejercicios de repetición (Repetición por asociación y repetición de palabras sin relación lógica)
- D) Asociación.
- E) Coordinación neuromuscular (Escritura superpuesta y calco, rasgado en papel, ejercicios de trazado utilizando tarjetas o maderas)

F) Educación del juicio (Discriminación de tamaños, de cuerpos duros y lisos, planteamiento de situaciones absurdas, comparación de objetos, por su peso, por su belleza, comparar lo correcto e incorrecto.

La enseñanza de lectura. Partía del aprendizaje de 12 palabras básicas que eran presentadas en forma gradual. Estas palabras se presentarían a los alumnos en una lámina en la que cada una representaba lo expresado. La lectura debía realizarse en tarjetas, libretas, pizarrón, en forma individual. La letra recomendada era la cursiva.

Para la enseñanza de la aritmética se partiría de la asimilación del concepto de número a través de actividades muy concretas. Luego las operaciones fundamentales serían estudiadas en forma concreta y una vez asimiladas pasaríamos a una etapa materializada o representativa.

En principio deberán plantearse situaciones problemáticas sencillas, pero los problemas que se formulen lógicamente deberán ser sencillos y a la vez reflejar la realidad vital del niño.

Si en algún momento el alumno se estanca o retrasa si el caso lo requiere se debe volver a los niveles anteriores.

Resultados de la labor. En general puede decirse que, menos los deficientes orgánicos, todos han avanzado con sus periodos de estancamiento y se espera que en el próximo curso serán promovidos a segundo grado. En el grupo con menos dificultades se ha logrado el avance inicial y la promoción de tres, comenzaron las experiencias sin apenas conocer las vocales, y mucho menos las operaciones aritméticas simples en forma simbólica.

Conclusiones y consideraciones. La experiencia realizada demuestra que es necesario agrupar a los alumnos, no

por edades, sino por posibilidades de aprendizaje y esto debe hacerse cuanto antes.

El análisis de los niños deberán incluir la prueba de la lectura de la Doctora Díaz Entralgo, la prueba de Prudhommeau y la de Binet-Simon. En los casos que lo requieran pruebas más finas.

Las horas de la tarde deben ser utilizadas para actividades no académicas.

La maestra de estos niños deficientes deberá tener un adecuado dominio de la metodología y además tener entusiasmo y conciencia de que es una tarea difícil y poco gratificante.

La educación de los niños deficientes deberá basarse en los siguientes principios.

- a) Enseñanza lentificada. Los niños deficientes aprenden con un ritmo más lento e irregular.
- b) Enseñanza individual. La enseñanza deberá ajustarse a cada caso.
- c) Enseñanza objetiva. La enseñanza en todo momento debe ser concreta y ejemplificada.
- d) Enseñanza práctica. Todo lo que aprenda debe tener aplicación inmediata.
- e) Enseñanza reiterativa. Se deberá volver sobre lo asimilado.
- f) Enseñanza variada.

La atención a los niños deficientes con posibilidades de aprendizaje, puede realizarse en la propia escuela, con una metodología psicopedagógica adecuada.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo permiten considerar la conveniencia de iniciar desde el grado preescolar el expediente psicopedagógico de los alumnos y más tarde, la distribución de los mismos en las diferentes aulas, atendiendo a sus posibilidades de aprendizaje.

## EL NIÑO PROBLEMA Y SUS MADRES

por el Dr. GERARDO NOGUEIRA del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Se ha observado la frecuencia con que acuden las madres con determinados caracteres de personalidad a consultarnos sobre conflictos de sus hijos.

Intentamos en este trabajo establecer científicamente la posible existencia de correlaciones entre las características de la personalidad de las madres y los conflictos que presentan sus hijos.

Se escogió al azar 10 historias clínicas psicológicas de 2.000 casos entre las edades de 5 a 14 años. Con este material distinguimos:

- a) Los motivos de consulta de los niños.
- b) Las características de personalidad de las madres

Estos datos los obtuvimos mediante las historias psiquiátricas del pediatra, entrevistas, etc.

Para el diagnóstico psicológico de los niños utilizamos la batería siguiente:

Pruebas de inteligencia WISC.

Pruebas de personalidad. Psicodiagnóstico de Rorschach y Expresión gráfica. Pruebas de conflicto. C.A.T., fábulas, etc.

Al ordenar los resultados hallamos que los motivos de consulta habían sido:

Dificultades escolares ..... 48

Intranquilidad, ansiedad.....	23
Tendencias feminoides .....	18
Dificultades del sueño .....	6
Trastornos del carácter .....	5

En cuanto a rasgos caracterológicos o de personalidad de las madres, estaban distribuidas:

Normales .....	3
Neuróticas.....	5
Esquizofrénicas .....	7
Sociopáticas .....	2
Histéricas .....	15
Hipocondríacas .....	15
Inmaduras .....	5
Dominantes .....	9
Dependientes .....	5
Rechazantes .....	8
Sobreprotectoras .....	13
Narcisistas .....	5
Ansiosas .....	8

En la tabla que relacionemos tipos de madres con motivos de consultas realizadas, podemos observar que las histéricas han traído un porcentaje más alto de niños por dificultades escolares.

Las madres narcisistas, sobreprotectoras y dominantes representan el porcentaje más alto en niños traídos por tendencias feminoides y los ansiosos descuellan en las dificultades del sueño.

En otra tabla relacionemos los diagnósticos psicológicos con los tipos caracterológicos asignados a las madres. Las tres madres normales trajeron a sus hijos por dificultades escolares, dos niños eran deficientes mentales y el otro epiléptico en personalidad esquizoide.

Las madres esquizofrénicas, dos de sus niños fueron preesquizofrénicos y cuatro con déficit intelectual.

Las madres hipocondríacas y dominantes arrojaron cifras más altas en el grupo de reacciones neuróticas.

Las madres narcisistas rechazantes y sobreprotectoras presentaron el mayor número de niños con tendencias feminoides. Las madres ansiosas demostraron ser las mayores productoras de ansiedad.

Los hijos de madres con patología psiquiátrica presentan conflictos de más profundidad que las que solo presentan rasgos patológicos.

El niño es el gran imitador por excelencia, es lógico que si el niño vive en un ambiente patológico que adquiere estos rasgos.

Es interesante destacar que los niños suelen expresar sus conflictos en dificultades escolares.

En el material estudiado no encontramos especificidad entre la psicología de la madre y la patología que presentan los niños, esto es lógico, ya que el niño le influyen otros factores como el padre, resto del ambiente familiar, medio sociocultural, etc.

La alta correlación que se ha visto en este trabajo entre los niños problemas y los padres que tienen trastornos de personalidad, hace pensar que el niño problema es un síntoma de los propios problemas de los padres, esto hace pensar en la insuficiencia de la orientación de padres para manejar este problema de la educación de los hijos.

La orientación de padres se limita a ofrecer información a los padres sobre las características de los hijos y la orientación adecuada para su desarrollo, informarles actitudes favorables para ese desarrollo. Pero los padres con trastornos emocionales distorsionan la información que la orientación de padres pretenden inculcarles con lo que se hace inefectiva e inoperante.

Por tanto la orientación de padres sólo sería insuficiente, se debería complementar con programas de higiene mental para la comunidad de esos padres.

Hay que tener en cuenta que la relación madre-hijo es muy importante en los primeros años de la vida del niño, pero que existe además de la madre, una constelación familiar.

#### BIBLIOGRAFÍA CUBANA

- AGUAYO, Alfredo M. "Pedagogía". La Habana. La Poesía Moderna, 1.917.
- BERNAL DEL RIESGO, Alfonso. "Errores en la crianza de niños". La Habana, 1.970. Instituto del Libro.
- BOHEMIA. Revista General. La Habana.
- BUSTAMANTE, J.A. "Psicología médica", 3 vols. La Habana. 1.968. Instituto del Libro.
- id. "Raíces psicológicas del cubano". La Habana. 1.960. Edilusa.
- id. "Conceptos y escuelas en psicología". La Habana, 1.962. Impresora nacional de Cuba
- id. "La escuela cultural del psicoanálisis". La Habana. 1.960. Editorial Luz.
- id. "La psiquiatría en Cuba en los últimos 50 años". La Habana, 1.950. Archivos del Hospital Universitario. Vol. X nº 1.
- GARCIA HERRERA, Aurora. "Higiene mental". La Habana, 1.953. Cultural, S.A.
- id. "Psicología pedagógica". La Habana, 1.946. Cultural, S.A.
- GONZALEZ MARTIN, Diego. "Reflejo condicionado y actividad eléctrica cerebral". La Habana, 1.963. Universitaria.
- LLANIO, E. y otros. "Propedeútica clínica". La Habana, 1.965. Universidad de La Habana.

- PEREZ VILLAR, J. "Etapas del desarrollo y trastornos emocionales en el niño". La Habana, S.A.
- REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA. Ministerio de Salud Pública. La Habana.
- REVISTA CUBANA DE PEDIATRIA. La Habana.
- SUAREZ RAMOS, Humberto. "Medicina integral". La Habana, 1.968. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
- VILLA LANDA, Florencio. "Psicopatología clínica". La Habana. 1.968. Editorial del Ministerio de Salud Pública.

CHINA

PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA EN CUBA:

INTRODUCCION

Construir el socialismo en el dominio de las enfermedades mentales, es plantear el problema y resolverlo de una manera fundamentalmente política, según los principios del materialismo y de la dialéctica: es poner las ciencias y técnicas al servicio del pueblo; es tratar la enfermedad mental como una contradicción que es preciso, primero manifestar, y segundo resolver, en el seno del pueblo.

Si bien al principio, de 1.949 hasta la revolución cultural, lo que se hizo en este dominio fué fundamentalmente adoptar una actitud más humana, aumentar los presupuestos y el personal, y mejorar las instalaciones y servicios, a partir de la revolución cultural lo esencial es que se ha cambiado de política. Lo que hasta ese momento era considerado como remedio, es considerado como no siendo, de hecho, más que una manera cómoda de ocultar un problema con la ayuda de medidas britales y pseudocientíficas, teorizadas en un discurso de tipo humanitario.

Se acabó la "teoría científica" según la cual las enfermedades mentales son enfermedades del sistema nervioso central. Se acabó la terapéutica con la ayuda de los tres remedios mágicos: el electroshock, el choc insulínico y las dosis masivas de calmantes. Se acabó la actitud paternalista y aristocrática del psiquiatra tradicional que, sentado en su despacho recibe a sus pacientes sabiendo desde el primer momento de qué enfermedad se trata, etc. La psiquiatría china, a partir del momento en que ha puesto la política en el puesto de mando, ha comenzado por suprimir (políticamente) a aquellos cuya función consistía en "suprimir" la locura, para hacerla aparecer, dejarla expresarse y, a partir de ahí, intentar comprender esta realidad para transformarla.

Por eso, se acabó la organización jerárquica del hospital en la que quien dirige no cuida, quien cuida (psiquiatra) no se ocupa de los enfermos, y quienes se ocupan de los enfermos - (cuidadores) son considerados incompetentes y no pueden tomar ninguna iniciativa.

Por tanto se ha suprimido la concepción tecnocrática de la enfermedad mental. La contradicción entre la que es - considerado como "normal" (la participación es un dominio dado en la construcción del socialismo) y la locura se considera como una contradicción en el seno del pueblo, y se trata como tal.

Ningún texto de después de la revolución cultural da un nombre técnico de enfermedad. La nosología, por no decir la nosografía, no es ya el arma maestra, a partir de la cual se coloca la pieza en el rompecabezas: a tal enfermedad, tal remedio. Si la locura continúa siendo "enfermedad mental", ahora ya es aceptada como tal, y se estudia en función de - sus particularidades concretas. Y tampoco ningún texto da como causa principal la tesis tradicional de la neurología: las enfermedades mentales provienen de una deficiencia del sistema nervioso central, tesis aparentemente materialista y rigurosa, pero que los chinos denuncian como pseudocientífica y reaccionaria.

La función del psiquiatra se ha transformado radicalmente: con todo el personal cuidador, está al servicio de los enfermos y debe proceder a un análisis concreto y minucioso de cada caso, a partir de una teoría rigurosa de la contradicción. En la práctica esta actitud implica no tener más miedo de la locura que de cualquier otra cosa en su realidad, y comprenderla para transformarla.

Comprenderla para transformarla: eso supone una etiología que determina una terapéutica. Se aborda el problema en - función de tres niveles diferentes y complementarios: la naturaleza, las consecuencias, el desencadenamiento.

### a) La naturaleza

Aunque cada enfermedad tiene sus orígenes propios, se puede deducir una ley general. ¿Cuál es la contradicción que define la naturaleza de las enfermedades mentales? La enfermedad consistiría en una "inaptitud para resolver de manera correcta las relaciones con el mundo objetivo", en una "lucha aguda entre el interés privado y el interés colectivo" o en el "reflejo de la lucha entre las dos concepciones del mundo". Esta sería la contradicción principal que determinaría la naturaleza de la enfermedad mental. Esta se desarrolla en el seno de la ideología, pues se la define como "contradicción entre lo subjetivo y lo objetivo", "entre el beneficio personal y el bienestar colectivo", o "entre individuo y nueva sociedad".

### b) Las consecuencias

1) A nivel psíquico: pérdida de la capacidad normal del control del pensamiento. El loco es definido como el que, parcial y provisoriamente, ha perdido la razón: es el que no dispone en el desarrollo de un conflicto personal de la ideología más racional (conocimiento justo de las leyes - objetivas del mundo que permite su transformación). Eso causa la aparición de síntomas como una intensa lucha mental o accesos de depresión de larga duración.

2) A nivel fisiológico: de la misma manera aparecen un cierto número de síntomas: alteraciones en el funcionamiento del cerebro, trastornos de las funciones cerebrales etc. Estas alteraciones, permiten distinguir entre una "enfermedad mental" y una "enfermedad ideológica ordinaria"; - por tanto, estos síntomas son susceptibles de tratamiento médico.

### c) El desencadenamiento.

La dialéctica materialista desarrolla una teoría de la casualidad que es preciso tener en cuenta para compren

der bien la teoría china de las enfermedades mentales: "considera que las causas externas constituyen la condición de los cambios, que las causas internas están a la base de ellos y que las causas externas operan por intermedio de las causas internas". A partir de esta concepción, los chinos afirman que "las diversas clases de hechos que ocasionan las enfermedades mentales con las causas externas, mientras que lo que es decisivo para perturbar las funciones cerebrales y hacer nacer la enfermedad mental es la concepción del mundo de una persona, que es la causa interna".

Resumiendo la teoría china sobre la naturaleza de la enfermedad mental, encontraríamos dos tipos de contradicciones:

- 1) Contradicción entre el aspecto ideológico y el aspecto fisiológico.  
El aspecto ideológico sería el aspecto principal.
- 2) Contradicción, en el seno de lo ideológico, entre interés privado e interés colectivo.  
El aspecto interés privado, sería el aspecto principal.

Así, según estas teorías, lo que determina sobre todo la naturaleza de la enfermedad mental es la presencia, en un individuo, de la concepción del mundo burguesa que, en caso de conflicto surgido bajo el efecto de un suceso exterior, produce una situación individual insoluble (que esta ideología no puede resolver), produciendo alteraciones psíquicas y fisiológicas.

Siendo el aspecto principal de la contradicción principal ideológico, la terapéutica, para ser apropiada, debe ser principalmente ideológica, o más precisamente política: reeducación por el pensamiento Mao-Tsé-tung (el materialismo dialéctico e histórico aplicado a la realidad china). Siendo el aspecto secundario de la contradicción secundaria fisiológico, la terapéutica debe ser secundariamente fisiológica: mediante la combinación de la medicina china tradicional (hierbas y acupuntura) y la medicina occidental (dosis pequeñas de psicofármacos)

Todo esto es la actual teoría y práctica psiquiátrica y psicológica tal como se ha desarrollado a partir de la revolución cultural. En los demás textos queda de alguna manera claro la evolución de la psicología y psiquiatría a lo largo de la historia. Según todo eso, no es que los chinos desconozcan lo que se está haciendo en el resto del mundo, es decir que su teoría actual esté causada en último término por su ignorancia, sino que refleja otra concepción del mundo, otro momento ideológico.

Desde luego comprender todo esto es bastante difícil, y animamos a todos a colaborar en la tarea de analizar las causas profundas de esta diversidad sobre la concepción de lo que es la enfermedad mental y su terapéutica.

## APUNTE PARA UNA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA CHINA

La historia de la psiquiatría china se puede dividir en tres periodos: a) hasta fines del siglo XIX; b) la etapa de la influencia extranjera, desde la instalación del primer hospital psiquiátrico; c) Después de la Liberación. Dentro de este periodo habría que distinguir entre el periodo que va desde la toma del poder por el pueblo a la revolución cultural (1949-1966), y el que se inicia en la revolución cultural hasta ahora.

### A) Hasta finales del siglo XIX

El primer testimonio escrito que se tenga a propósito de las enfermedades mentales data del siglo XIV antes de J. C. En oráculos de esta época escritos sobre huesos, se puede leer que se atribuía la causa de los males de la cabeza al viento que barría regularmente los valles del río Amarillo. Cuando fué creado el colegio imperial de medicina en el 1.060 después de C., treinta estudiantes sobre los 120 inscritos, debían consagrarse al estudio de estas enfermedades llamadas "enfermedades del viento", en el marco de un departamento especial, diferente del de las enfermedades internas. En 1.608, durante la dinastía Ming, Wang Ken-tang repartió las enfermedades psiquiátricas en tres géneros de alienación, en que se puede reconocer la esquizofrenia, la manía y los ataques.

Los tratamientos variaban según las diferentes escuelas de medicina, en función de las teorías médicas y de las costumbres de cada lugar; estaban basados sobre el uso de numerosas hierbas, drogas de origen vegetal y animal y la acupuntura y cauterizaciones superficiales. Las supersticiones, creencias animistas, convicciones a propósito de posesiones demoníacas o castigos divinos estaban ampliamente extendidas, de la misma manera que las prácticas mágicas o curanderiles, los encantamientos y exorcismos. En la historia de la medicina china

antigua se encuentra una mezcla asombrosa de empirismo y charlatanismo, no diferenciado aún claramente, pero de la cual se trata de extraer hoy lo que parece tener un valor real. Los locos cuidados por los médicos tradicionales eran dejados al cuidado de su familia; erraban de un lugar a otro, pero cuando se volvían peligrosos y molestos, se les encerraba en celdas y se les encadenaba para guardarlos.

### B) La etapa de la influencia extranjera (Finales del XIX - 1949)

La primera tentativa en favor del establecimiento de una institución psiquiátrica data de 1.874. El Dr. John Kerr estimó necesario en esa fecha este establecimiento, pero no lo consiguió hasta 1.897, en Cantón, gracias a una dotación de 30 camas. Después la institución se desarrolló hasta poseer 500 camas, siendo cerrado en 1.937 (por la guerra chino-japonesa). Hasta 1.927, se acogieron 6.599 enfermos, de los cuales el 27% se curaron. A partir de 1.905 se empiezan a dar los primeros cursos de neurología y psiquiatría (en Hong-kong y Pekín). El trabajo más importante sin embargo se hizo en Shanghai, en torno a la labor del Doctor Halpern. En 1.938, el Dr. Wang hizo un balance de lo que había sido obtenido hasta entonces: "En tanto que médico chino, deseo levantar un informe, a grandes rasgos, de nuestras realizaciones presentes: 1) Hasta hace cinco años, no había en todo el este y centro de China ninguna escuela para médicos o enfermeros en que se pudiese seguir un curso regular para el tratamiento de las enfermedades nerviosas y mentales; 2) las instituciones para alienados eran aún de tipo asilar; 3) No se había hecho nada para la profilaxis de las enfermedades mentales; 4) No había tampoco ninguna disposición legal concerniente a los alienados. Hay, tenemos: 1) Cursos de neurología y psiquiatría en las facultades de medicina de Shanghai; 2) Algunos médicos chinos consideran seriamente especializarse en el estudio de estas enfermedades; 3) Se ha construido un hospital psiquiátrico moderno; 4) Hace cinco años, a la llegada del Dr. Halpern

a China, no había ningún personal calificado para ayudarle en su trabajo clínico, mientras que hoy tenemos un grupo de médicos y enfermeros chinos bien entrenados; 5) Hemos introducido los métodos más modernos de terapia científica, al mismo nivel que los países más avanzados; 6) Las campañas de educación de estos últimos cuatro años han enseñado a los chinos que es necesario enviar los alienados a las instituciones psiquiátricas, mientras que antes se les guardaba en los hogares, encadenados; o bien se les enviaba con los monjes budistas, para vivir en sus templos, o en algún otro lugar; 7) Otro progreso consiste en que, hoy, los médicos chinos preconizan frecuentemente consultar un psiquiatra; 8) Se ha creado una clínica para niños caracteriales, etc."

En 1.926, el Dr. L.J. Harvey estimaba una proporción de locos de 1 por mil habitantes, lo que representaba alrededor de 400.000 enfermos mentales. En la misma época la revista "Chinese Medical Journal", estimaba esta proporción en 1 por 400 habitantes, lo que daría una cifra de un millón a un millón doscientos cincuenta mil enfermos mentales, para una población estimada entre 400 y 500 millones. El Dr. J.L. McCartney, calculaba en 1.927, que había 3.120.000 casos de enfermedades nerviosas y mentales, sobre las cuales, 1.140.000 necesitaban un internamiento.

En lo que concierne a la naturaleza de las enfermedades mentales, una estadística de 1.927 da las proporciones siguientes:

- Psicosis maniaco-depresiva .....	27,7%
- Enfermedades cerebrales orgánicas .....	22,4%
- Esquizofrenia .....	11,1%
- Paranoia .....	7,5%
- Deficiencia mental .....	3,4%
- Psicosis provocadas por el opio .....	2,2%
- Psicosis infecciosas .....	1,9%
- Anorexia mental .....	0,4%

En 1.948, según un informe del profesor Karl M. Bowman a la American Psychiatric Association, China no poseía ni seis mil camas en los servicios reservados a los enfermos mentales, para una población de 450 millones de habitantes; había menos de 50 psiquiatras; sobre las cincuenta escuelas médicas existentes, sólo algunas dispensaban una enseñanza periódica en psiquiatría y no había medio de reclutar profesores, pues no había dinero para pagarlos. (Hay que tener en cuenta que en 1.948, sólo hacía tres años que había terminado la guerra china-japonesa, y al mismo tiempo se estaba en el período decisivo de la guerra civil entre el Kuomintang apoyado por los americanos, y las fuerzas populares dirigidas por el Partido Comunista Chino).

C) Después de la Liberación (1949-1966)

Los problemas que se planteaban eran tan numerosos tan importantes y urgentes que se comprende que las autoridades le hayan acordado poca atención y que la asistencia psiquiátrica haya ocupado un lugar secundario. Por otra parte, la psiquiatría constituía el eslabón más débil de la medicina china. A pesar de todo, los enfermos nerviosos y mentales no fueron dejados sin cuidados. Ya en 1.957, había diecinueve veces más camas en los servicios psiquiátricos que en 1.949; estos servicios estaban atendidos por 500 psiquiatras, en lugar de los 50 de 1.949, asistidos de un personal sanitario muy numeroso. Un análisis de la asistencia psiquiátrica en esta época, estadísticas, métodos terapéuticos y teorías se desarrollarán aparte. Pero es preciso señalar, que antes de la revolución cultural, los tratamientos psiquiátricos en China no eran muy diferentes de los europeos, quizás con menos medios técnicos, debido al subdesarrollo. Y aunque se trataba a los enfermos como seres humanos, los tratamientos más utilizados eran el electroshock, el choc insulínico, los calmantes, etc.

D) Desde la revolución cultural (1.966- )

Aunque en 1.949 el pueblo había tomado el poder, el esfuerzo de transformación de la sociedad se dirigió sobre todo a acabar la explotación del hombre, desarrollar la producción y acabar con la dependencia colonial. Pero sólo a partir de 1.966, con la revolución cultural, se trata de conseguir una transformación profunda de la superestructura, adecuándola a los nuevos modos de producción, y con el objeto de avanzar en la revolución, y la construcción del socialismo. En el campo de la psiquiatría se da la primacía a la educación ideológica, apoyada por el tratamiento que combine los conocimientos de la medicina tradicional, sobre todo de la acupuntura, y los de la medicina occidental, sobre todo, la utilización de calmantes y psicofármacos, pero en pequeñas dosis. Todo esto se verá más claro en los textos que seguirán.

Cambios producidos en un hospital psiquiátrico después de la Liberación (1.949)

Desde la toma del poder por los comunistas, se desarrolló considerablemente la asistencia psiquiátrica. Utilizaron las instalaciones sanitarias existentes, sin reorganizarlas inmediatamente, e, incluso, a menudo conservando sus antiguas direcciones. Después, más tarde, las modificaron, desarrollaron, crearon nuevas instituciones, en la medida que lo permitían sus recursos en dinero, medios y personal. En un balance del año 1.959 aparecía que fueron construidos 62 nuevos hospitales psiquiátricos, con un número de camas catorce veces superior a las de antes de la Liberación. Si en 1.950, el número de camas disponibles en los servicios psiquiátricos representaba un 1'1% del total de las posibilidades hospitalarias, en 1.957 era del 3,6%. Los médicos de los hospitales psiquiátricos eran en 1.958 dieciseis veces más numerosos que en 1.949, los enfermeros más de veinte veces. Gracias a los métodos de tratamiento utilizados, el porcentaje de mejoramiento pasó del 50% en 1.950 al 80% en 1.958.

La historia del hospital psiquiátrico municipal de Shanghai es la prueba misma de los cambios operados. El hospital fué construido con la ayuda de dinero proveniente del Kuomintang y de particulares a partes iguales. Los pabellones que al comienzo tenían una capacidad total de 200 camas fueron repartidas en cuatro categorías; la primera, extremadamente lujosa, de 40 a 50 camas, costaba 1.500 dólares por mes y estaba casi enteramente vacía, por lo que fué transformada luego en departamento para el personal; la segunda costaba de 500 a 1.000 dólares; la tercera era más económica; y finalmente venía la cuarta, de beneficencia, que estaba constantemente abarrotada. En esta última categoría, moría cada año un 30% de los admitidos, lo que hizo que el hospital tuviese mala reputación. El médico hacía su visita dos veces por semana, pero a veces no había más que una enfermera y los métodos de tratamiento eran muy primitivos. De 1.949 a 1.952, el sistema en vigor continuó

bajo la misma dirección, lo que provocó reclamaciones y protestas, que motivaron la intervención del Estado que tomó a su cargo el hospital en 1.952, a pesar de que continuó la misma dirección hasta 1.954, fecha en que fué eliminada por sus actividades contrarrevolucionarias y antipopulares. El personal estudió los medios de mejorar las condiciones de vida y tratamiento, y sus sugerencias fueron atentamente examinadas por el gobierno. Se pasó de 200 a 1.200 habitaciones y se dotó de presupuesto y personal adecuado. La administración, antes en manos de las religiosas que se ocupaban del hospital fué reglamentada: se la separó de la dirección clínica y científica; se cambió radicalmente la conducta del personal frente a los pacientes, se suprimieron los métodos de aislamiento y contención, de castigo y represión. La atmósfera cambió radicalmente, las tensiones entre el personal y los enfermos cesaron, así como las querrelas entre enfermos. Hubo un esfuerzo por comprender mejor los sentimientos y emociones, la conducta y las reacciones de los enfermos; el personal se dió cuenta de sus grandes sufrimientos. Para ocuparse de ellos convenientemente y mejorar las relaciones, se decidió que los miembros del personal vivirían con los enfermos, comerían y dormirían con ellos, para establecer un atmósfera de amistad y de solidaridad. Ganaron así su confianza y su afecto, y por esto aumentaron de forma notable remisiones y curaciones. Por estas relaciones íntimas con los enfermos, constataron que incluso los alcanzados más gravemente pueden ser ayudados y que el 80% de los crónicos se encontraban en estado de trabajar. Al cabo de cuatro años, escogieron 44 enfermos entre los que una estancia de más de 15 años había deteriorado más, para tratarlos con estos nuevos métodos; de estos 44, el 70% estaban con psicosis de autodestrucción, no tenían ninguna higiene, ni incluso tomaban sobre sí los cuidados más elementales. Los resultados fueron muy favorables: 4 se curaron y dejaron el hospital, 4 trabajaban bien, otros muchos se ocupaban de su aseo personal y participaban en la vida común. Al comienzo, había 25 enfermeros y cuidadores -

para los 44 pacientes, hoy lo cuidan a 70. Los pabellones están en orden, los enfermos limpios, no destruyen nada, ni manifiestan agresividad, la vida en común es agradable y útil. No basta educar a los enfermos, es preciso también instruir a las familias y vecinos, darles conferencias e instrucciones. El personal cuidador anima a los enfermos a visitar exposiciones, pasear, asistir a espectáculos, les comenta los artículos de los periódicos, de la radio y televisión. La salud mental no puede depender únicamente de la atención prestada por los médicos; es necesario utilizar todas las posibilidades de movilizar el espíritu de los pacientes. Naturalmente todas las posibilidades de movilizar el espíritu de los pacientes. Naturalmente en tal programa, los diferentes trabajos domésticos o semiindustriales, las diversiones (cantos, coros, danzas, etc), los paseos ocupan un lugar importante. Las actividades deben ser variadas; si su vida es monótona, los pacientes tienden a encerrarse más sobre ellos mismos o a recaer. Para llevar a cabo tal programa, es indispensable que la dirección del hospital, sea colectiva y que el trabajo se haga en equipo.

ALGUNAS ENFERMEDADES MENTALES Y SU TRATAMIENTO (1949-1966)

El Dr. José Izzigshon (la psiquiatría en China, Acta Neuropsiquiátrica argentina, 1956) transcribió los porcentajes de admisión, para los seis últimos años, en la Clínica de la cátedra de psiquiatría de Pekín (60 camas), en donde se hospitaliza preferentemente a los enfermos agudos.

<u>Psicosis</u>		<u>Neurosis</u>	
- Esquizofrenia	275 - 63%	Neurastenia	107
Forma paranoide	154	Histeria	48
Forma catatónica	44	Neurosis obsesiva	8
Forma hebefrénica	22	Psicastenia	3
Forma simple	11	Personalidades psicopática	6
Sin clasificación	44	Sin clasificación	8

- Psicosis maniaco-depresiva	76	- 17,3%
Maniacos	50	
Depresivos	26	
- Psicosis de involución	15	
Paranoide	9	
Depresiva	6	
- Psicosis traumática	13	
- Psicosis de hipertensión	13	
- Psicosis sifilíticas	9	
- Psicosis infecciosas	12	
- Psicosis tóxicas	12	
- Psicosis por intoxicación medicamentosa	8	
- Psicosis por intoxicación gaseosa	2	
- Psicosis alcohólicas	2	
- Psicosis epilépticas	4	
- Psicosis reactivas	20	
- Arteriosclerosis cerebral	3	
- Oligofrenia	1	
- Enfermedad de Alzheimer	1	

El mismo autor dá los porcentajes siguientes para un hospital de Shanghai: Esquizofrenia: 65%/ Psicosis maniaco-depresiva: 10%/ Seniles, epilépticos y oligofrénicos: 20%/ sifilíticos: 3%/ Otras formas: 2%.

En el principal hospital psiquiátrico de Pekín (420 camas) se me dieron los porcentajes siguientes: esquizofrenia: 70%/ psicosis afectivas, 10%/ psicosis psicogenéticas 10%/ las enfermedades mentales orgánicas, especialmente el alcoholismo y la sífilis eran muy poco frecuentes.

Se puede concluir que estas estadísticas no difieren de las que han sido verificadas en Occidente, salvo en lo que concierne al alcoholismo, la arteriosclerosis cerebral las psicosis seniles, las oligofrenias y las psicopatías.

#### A) La esquizofrenia

Como en Occidente, el grupo de las esquizofrenias -

constituye el problema psiquiátrico más importante. Los tratamientos más empleados son el shock insulínico, el cardiazol la ergoterapia, la psicoterapia, la combinación de todos ellos. 232 esquizofrénicos tratados con cloropramazina en Shanghai, mostraron una curación total el 30%, y un mejoramiento notable otro 30%. Mediante una cura de sueño, en Pekín sobre 20 esquizofrénicos, la mitad mejoraron mucho. En Nankín se emplea sobre todo el shock insulínico, y también diversos psicofármacos. En un reciente análisis del estado de la neuro-psiquiatría en China, el Dr. Chao Yi-cheng, muestra que aunque el criterio diagnóstico de la esquizofrenia haya sido discutido a menudo, la teoría de Bleuler continúa prevaleciendo. Se destaca la importancia de la herencia en su etiología, y el estudio de su sintomatología ha mostrado que las neurosis que aparecen en los primeros estadios de la esquizofrenia pueden estar teñidas de algunos síntomas fundamentales de la esquizofrenia pueden estar teñidas de algunos síntomas fundamentales de la esquizofrenia, pero que neurosis y psicosis son estadios diferentes, y el primero no es el precursor del segundo. Los métodos de tratamiento y de prevención de recaídas siguen 5 reglas: 1) Un tratamiento enérgico y completo en la fase aguda. 2) Una psicoterapia antes de la salida del hospital para que los pacientes comprendan la naturaleza de su enfermedad y adopten los medios para combatirla. 3) un arreglo correcto de la atmósfera y de las exigencias de la vida, de la educación y del trabajo, después de la salida del hospital. 4) Medidas apropiadas para conservar el beneficio de los resultados terapéuticos. 5) Una observación cuidadosa y continua para ayudar al paciente a reconocer y resolver sus problemas.

Se considera que un esquizofrénico está curado únicamente cuando la totalidad de sus síntomas ha desaparecido, cuando ha recobrado la conciencia de sí mismo, se adapta a su entorno y recupera su capacidad de trabajo anterior. En lo que concierne al mecanismo de las recaídas, la mayoría de los psiquiatras están convencidos que la remisión y la recaída son la expresión de dos estadios diferentes en el curso de la enfermedad, cuyos

cambios son debidos a la influencia de causas externas que actúan sobre bases internas; la capacidad de adaptación jugaría un papel muy importante.

### B) Psicosis maniaco-depresiva.

Era la enfermedad mental más frecuente antes de 1.949. Lo que llama atención es su poca frecuencia actual, sobre todo teniendo en cuenta los cambios sociales que en otros países han provocado tasas más elevadas. De la misma manera, se diagnostican pocas psicosis reactivas.

Los mejores resultados se han obtenido gracias al tratamiento por convulsión. En el caso de manía, el profesor Wu-Chen-i de Pekín, se mostraba satisfecho del empleo del shock hipoglucémico, con coma de quince minutos si fuera necesario; obtenía así un 100% de curaciones. Se emplea también la psicofarmacología, la cura de sueño, y un método generalmente abandonado en otros países, la balneoterapia.

### C) Psiquiatría de la vejez.

Es notorio que, en razón de los cambios intervenidos en estos últimos tiempos en las condiciones de vida de la familia y la desorganización de ésta, y especialmente con el aumento creciente en proporciones notables de la duración de la vida, el problema de los viejos es uno de los más importantes de los que se plantean en la asistencia psiquiátrica en Occidente; hospitales, hospicios, casas de retiro están llenos e incluso saturados de personas de edad.

En China, no es ya problema. La familia, cuyos lazos estaban relajados, se halla hoy reforzada. No se repudia a los que la edad no permite subvenir a sus necesidades. Los hijos practican el deber elemental que consiste en encargarse del cuidado de sus padres y en suministrarle de qué comer, sobre todo si son inválidos. Uno de los pilares de la antigua moral más conocidos es la veneración y la obediencia debidas a los mayores; y, hoy en día, el respeto por los ancianos es quizás

aún mayor. Si los ancianos no tienen familia, son tomados a cargo por institutos para personas de edad, en buenas condiciones. Al margen de lo que pue puedan percibir para sus gastos diarios, en cualquier circunstancia tienen cinco cosas aseguradas: alimentación, vestido, combustible, instrucción para sus hijos y enterramiento.

Incluso si están jubilados, los viejos continúan prestando los servicios que puedan, sobre todo ocupándose de los niños pequeños y particularmente cuando sus padres están en el trabajo. En todos los hogares de trabajadores que hemos visitado, vimos a los ancianos ocuparse con amor de los niños. Si la vida afectiva de los viejos es satisfactoria - y se sabe el papel que juegan en la génesis de su patología las carencias afectivas y la soledad -, su bienestar físico no deja nada que desear. El número de demencias seniles es inferior al de otros países; y es excepcional ver un caso de demencia presenil (enfermedad de Pick y Alzheimer).

### D) Alcoholismo y toxicomanías

El consumo de vinos y alcohol es raro, y los casos de alcoholismo crónico son muy poco numerosos. No constituye el problema importante que tienen otros países. En Shanghai sólo se habían registrado tres casos de delirium tremens desde 1.938, y dos de ellos en extranjeros. El problema del opio y otras toxicomanías que tenía tan gran importancia antes de la Liberación, después de 1.949 dejó de ser problema. A partir de ese momento, el nuevo régimen tomó medidas drásticas y definitivas, y el tráfico de opio y otras drogas, cesó. Mientras en la colonia británica de Hong-kong, sobre una población de tres millones de habitantes, se estimaban según datos de la OMS en 1.962 200.000 toxicómanos.

### E) Las personalidades psicopáticas

Existe una fuerte tendencia a atribuir las conductas anormales más bien a factores sociales y a errores en la formación y la educación de las personas que a causas endógenas

Pude verificar que en China se tiene costumbre de minimizar e incluso de desconocer las razones médicas de los problemas de conducta. Estando en Nankín con algunos médicos y psiquiatras planteó el problema de las aberraciones sexuales. El profesor titular de la cátedra de psiquiatría así como otros especialistas negaron su existencia en China, comprendida la inversión sexual. Fueron categóricos: "No existe ningún caso". Intervino un ginecólogo que contó el caso de dos enfermeras que se manifestaban una ternura excesiva; se las tomó aparte, se discutió el problema, se hizo intervenir a los grupos de los cuales ellas formaban parte, se discutió frecuentemente con cada una de ellas, después con las dos juntas, y finalmente se las animó a casarse; hoy, son madres felices. Es necesario hacer participar a la gente, bajo la dependencia de las masas. Estas desviaciones y otras no son objeto de estudios médicos; se trata exclusivamente de un problema de educación y reeducación.

El profesor Hsa, de Shanghai, atribuye la extrema rareza de psicopatías al sistema de educación de los niños en China. Con una buena vida familiar y social, los problemas planteados por el comportamiento de los niños son raros; sin embargo, es posible encontrar algún problema cuando se trata de familias de hijo único o familias de antiguos capitalistas. Y en visitas a prisiones, no se me ha mencionado nunca la existencia de desviaciones sexuales tan frecuentes entre nosotros.

#### F) Psiquiatría infantil y oligofrenias.

Antes de la Liberación, los retrasados eran muy numerosos en razón de las privaciones de todo orden, de la subalimentación, de las enfermedades infecciosas, que, como la sífilis, provocan alteraciones hereditarias, por falta de cuidados antes, durante y después del parto, en razón de los numerosos abandonos debidos a la ausencia de medios para criar a los niños. No tenemos conocimiento de la existencia de instituciones para retrasados mentales en la actualidad. En todo el país, existe un único servicio de psiquiatría infantil en el hospital

psiquiátrico de Nankín, con una capacidad de 24 camas, donde vi tres esquizofrénicos cuidados con insulina. Denis Lazure, del Servicio de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de Montreal, asegura que una unidad de psiquiatría infantil, abierta en un nuevo hospital psiquiátrico de Shanghai, debió cerrarse y ser transformada en pabellones para adultos por no haber, en dos años de funcionamiento, recibido más que ocho niños.

La actitud mental preconizada con respecto a los retrasados es la de incorporarlos a la vida y el trabajo habituales. Mientras que los oligofrénicos son cuidados en su hogar, los retrasados, según la concepción de los educadores no necesitan clases especiales, teniendo en cuenta que sus maestros y sus compañeros mejor dotados les conceden una atención particular.

La impresión que deduzco de estas experiencias es que las normas culturales chinas pueden, en este aspecto, ser asimiladas a las de las sociedades de los indígenas de los mares del Sur, estudiadas por Margaret Mead; no hacen, en efecto, ninguna distinción entre los infradotados y los normales, lo que hace que eviten así poner en evidencia la superioridad de éstos y los superdotados; los aceptan tal como son y los encuadran en la medida de lo posible.

#### EVOLUCION DE UN PSIQUIATRA Y TENDENCIAS PSIQUIATRICAS

La evolución del profesor Shu Chung-hwa es muy característica. Trabajando en la actualidad en Shanghai, de 62 años de edad, cursó sus primeros estudios en los Estados Unidos, de 1.935 a 1.937, con Adolf Meyer y Putnam; por otra parte, en su viaje de retorno, visitó algunas clínicas en Europa. Durante años, su práctica estuvo guiada por los conocimientos que había adquirido en los Estados Unidos. Después, bajo la influencia de los cambios políticos y sociales, comprendió poco a poco que esos conocimientos no estaban adaptadas a la realidad clínica y social de China. Era necesario colocarse en la realidad de la

situación china, e intentar, con la ayuda de una perspectiva global, comprender las enfermedades mentales y nerviosas. Me explicó su proceso de transformación; ante todo, se había - vuelto necesario sacudir el yugo extranjero, liberarnos de - las influencias extranjeras, no por ser extranjeras, sino - porque desnaturalizaban, humillaban y debilitaban todo lo que era chino, y en particular, la psicología china. Desde 1.917 me decía, los Americanos estaban convencidos de que no podrían vencernos por el empleo de la fuerza bruta; aquel año, el - ministro de Asuntos Exteriores de los USA declaró que no lle- garían a forzar las puertas de China con sus cañones, que era preciso emplear métodos más suaves, como el envío de misiones los intercambios culturales, la asistencia económica, la pe- netración científica, la religión. Lo que no se podía conse- guir con las armas, se obtendría con estos métodos más "sua- ves". Se multiplicaron las fundaciones, las misiones religio- sas, las visitas de profesores, etc. En el dominio de la me- dicina, contribuyeron a la fundación - o fundaron enteramen- te - de escuelas de medicina, de hospitales; las bolsas de es- tudios e investigación se multiplicaron; se reclutaron profe- sores asociados (americanos), se utilizaron manuales extranje- ros; finalmente, se utilizaban los medicamentos y otros ingre- dientes indispensables que eran importados para el progreso de la ciencia y de la práctica médica. En este sentido, todo eso impedía el desarrollo de China. Así, por donaciones o me- diante la importación de productos alimentarios, como la leche que eran más baratos, se eliminaba del comercio los productos nacionales. Nuestra agricultura sufría y poco a poco caía bajo tutela. Se extendía un sentimiento de inferioridad, inseguri- dad, humillación y sumisión; de desprecio por todo lo que era chino. El Dr. Shu, en 1.927 vió en la concesión británica de Shanghai, un cartel con esta inscripción que le llenó de ver- guenza: "Prohibida la entrada a los Chinos y a los perros".

Sólo excepcionalmente sus compatriotas abordaban los - problemas nacionales. Así, ningún médico chino se ocupaba de la grave cuestión del abuso del opio y otras drogas toxicomanía -

cas. El ejercicio de la medicina privada, incluso si se tra- taba de hacer bien el trabajo, no era de una gran ayuda, pues los problemas de la salud mental habían tomado tan gran ampli- tud que la práctica clínica individual, por cualificada que - fuese, no alcanzaba a resolver nada. Bajo el impacto de la re- volución en pleno desarrollo, su mente se iluminó: hasta en- tonces, los resultados de sus investigaciones habían sido muy pobres; su divisa habría podido ser que la sociedad capitalis- ta y sus médicos están al servicio de los privilegiados. Para que las ciencias médicas se vuelvan verdaderamente útiles pa- ra el pueblo, era necesario invertir esa divisa en: Estoy al servicio de la sociedad, de mis compatriotas, de mi patria. En este sentido, los resultados indiscutibles de los cuales se han dado cuenta ponen aún más en evidencia el error en las consecuencias lamentables de los métodos individualistas y - concurrentiales. Progresivamente, tomó conciencia de los erro- res técnicos y prácticos contenidos en los conocimientos que había traído de los Estados Unidos. Del psicoanálisis sólo - tiene que decir que es una psiquiatría para ricos que pone to- do el peso en el inconsciente a costa de la razón y el buen - sentido; en cuanto a la psicobiología, plantea como funda- mentales la adaptación y la sumisión a las condiciones exis- tentes que, en la estructura social anterior, eran francamen- te patógenas. Después de haber trabajado durante 24 años en - una sociedad capitalista, sabe que existe una vía burguesa en psiquiatría, de un valor muy inferior a lo que había creído al principio y, que, en cualquier caso, no es útil para su - país. Desde el punto de vista teórico, la enseñanza que ha re- cibido del materialismo dialéctico le ha sido de gran utili- dad.

Hasta el advenimiento del nazismo, se enviaban a Alema- nia médicos para recibir formación psiquiátrica, cuya orienta- ción era principalmente kraepeliniana. Desde 1.933, fueron - preferentemente a escuelas americanas, en particular para fami- liarizarse con el psicoanálisis y la psicobiología. A partir de 1.949, y durante diez años, prevaleció la doctrina de Pav-

lov. El manual de Gilyarowsky, que dominaba la psiquiatría soviética, fué traducido al chino y empleado en las escuelas de medicina. Psiquiatras soviéticos vinieron a dar cursos a las facultades de medicina, y se establecieron centros de investigación del sistema nervioso central. Después de la ruptura con la URSS, los psiquiatras chinos se dedicaron a la tarea de desarrollar una teoría psiquiátrica que les sea propia, sin que éste esfuerzo de independencia excluya al conocimiento de las contribuciones aportadas por las diferentes escuelas del mundo.

¿Cuál es la línea directriz de la psiquiatría china actual? Lo más destacable es la enorme importancia concedida a los factores sociales, ecológicos, ambientales, en la etiología y el desarrollo de las neurosis y psicosis; lo cual no significa que desconozcan las causas endógenas, constitucionales o de predisposición, ni las causas clínicas propiamente dichas. Por otra parte, después de haber seguido con gran fidelidad y tenacidad las enseñanzas de diferentes escuelas, y especialmente la de Pavlov, están actualmente a punto de elaborar su propia concepción. Sin olvidar las características de la personalidad individual, la tendencia es a comprender las enfermedades psiquiátricas sobre la base de la unidad orgánico-psíquica.

Todo esto se refiere al período que va de 1.949 a la revolución cultural. A partir de 1.966, se produjeron una serie de cambios en todas las esferas de la sociedad china, y en particular en lo referente a los problemas de la salud mental que se recogerán más adelante.

#### PSICOTERAPIA EN CHINA: UNA PSICOTERAPIA RACIONAL DIRECTIVA (1949-1966)

Si la psicoterapia no existe en China como especialidad diferenciada, eso no quita para que sea practicada: Se oponen a las doctrinas en vigor en Occidente que, desde Freud, han puesto el acento en la exploración del inconsciente y han elaborado su propia práctica. Su rechazo del psicoanálisis y de las escuelas que parten de él son bien conocidos. Durante algún

tiempo, adoptaron las teorías pavlovianas: condicionamiento, descondicionamiento, recondicionamiento, reforzamiento o debilitamiento de la inhibición, excitación de los puntos débiles. Todo eso puede ser utilizado; pero en realidad, aunque cuentan con ello, no constituye lo esencial de su práctica.

La psicoterapia china sigue su propia vía, incluso si aún no está establecido un cuerpo de doctrina coherente. Se puede ya percibir los ejes directores: una psicoterapia racional directiva que se apoya en los recursos de la conciencia, el llamamiento al esfuerzo personal, el gusto por la educación y la reeducación en el marco del pensamiento político dominante, el materialismo dialéctico, y de las condiciones socio-políticas actuales.

El neurótico no es el testigo pasivo de su enfermedad o de su afeción, no es simplemente el sujeto sobre el cual actúa el médico mediante drogas u otros métodos de tratamiento psíquico o físico; debe luchar él mismo contra su enfermedad y sus síntomas. Al comienzo del tratamiento, se dá al paciente una explicación de su enfermedad: su origen, su naturaleza, su curso, los rasgos de su carácter que son negativos o inconvenientes, el tratamiento que se le va a hacer seguir. En estas condiciones, se comprende el poco gusto manifestado por los chinos por la sugestión y la hipnoterapia. Otra característica de esta psicoterapia reside en la participación del grupo en el esfuerzo de recuperación, el interés tomado por los demás a propósito de la ayuda a aportar al enfermo, según el principio chino que pretende que "el fuerte debe ayudar al débil". En las fábricas, oficinas, en el campo, en las comunas por todas partes, la participación de los dirigentes en el esfuerzo con vistas al bienestar del enfermo es muy destacable; en lugar de aislarlo, de burlarse de sus síntomas extraños, de dejarlo de lado o de relegarlo a un rincón, se preocupan de cuidarlo y lo animan para ayudarlo a restablecerse. La doctrina política no es solamente una teoría de gobierno, sino también el ejercicio de la solidaridad humana y social.

Para comprender mejor cómo practican la psicoterapia, vamos a contar los procesos seguidos con dos grupos de enfermos: el primero es un grupo de neurasténicos y otros tipos neuróticos, y el segundo es un grupo de psicóticos crónicos.

#### Tratamiento de la neurastenia. Psicoterapia.

Es un tratamiento rápido, físico y psíquico a la vez que dura alrededor de un mes. Como medicamentos, se emplea una mezcla de bromuro y cafeína, preconizado por Pavlov (que se puede reemplazar por un neuroléptico), de insulina en pequeñas dosis, de novocaína, y se recurre a la electroterapia (cada vez menos), a los ejercicios físicos, a la hidroterapia.

El tratamiento psíquico es una combinación de psicoterapia individual y de grupo, de base no psicoanalítica. Comprende tres principios o elementos básicos: 1) se ayuda al paciente a tener una comprensión correcta de su enfermedad, se apela a su responsabilidad, se le hace confiar en las perspectivas de restablecimiento. Se hace un esfuerzo por mantenerlo atento y activo, a fin de desechan sus temores y preocupaciones, se acentúa su confianza en las posibilidades de curación. Los autores consideran que el sentido de las responsabilidades hacia su país y hacia el socialismo es una fuente ilimitada de poder dinamizante. 2) Se da al paciente conocimientos sobre su enfermedad. Existe una constante que tiene valor objetivo en lo que concierne al origen, el desarrollo, la agravación y la recuperación. Cuando el paciente ha comprendido esta constante, puede adoptar más cómodamente una actitud activa. En lugar de sufrir pasivamente esta enfermedad, puede acelerar su curación. 3) Se trata de incitarle a desarrollar su propia actividad subjetiva; es lo que los autores llaman su subjetividad activa y la creación de lucha contra la enfermedad. Se procura hacer de manera que el paciente combine la constante objetiva de la enfermedad y las condiciones específicas de su medio y de su personalidad para obtener un método que permita batirse contra la

enfermedad y sus síntomas. Esta etapa representa un trabajo de larga duración; implica un equilibrio razonable de trabajo y estudio, y una organización racional de la vida comprendiendo: descanso, actividades culturales, ejercicios físicos.

Sobre un total de 1.042 pacientes, después de un tratamiento combinado con una duración de tres a cinco semanas hubo un 80% de mejoramientos, y una vigilancia de tres meses mostró que el mejoramiento se mantenía en el 78% de los casos. Estos resultados serían debidos a la toma de conciencia y la voluntad de cada enfermo de actuar y luchar contra la enfermedad, es decir, a la psicoterapia. Un reciente examen sobre 1.160 pacientes desarrolla un plan de terapia en tres etapas: 1) Durante los tres a cinco primeros días, se establece una atmósfera de comprensión mutua entre el paciente, el médico y el entorno. 2) Se establece un tratamiento para reducir los síntomas primarios y los secundarios. 3) Consolidación del tratamiento, conjuntamente con los ejercicios físicos y mentales que tienen por fin preparar al paciente para recomenzar el trabajo después de su salida. Hubo un 15,25 % de curaciones completas, un 61,88% de curaciones casi completas y un 19,2% de mejoramientos.

Hemos podido ver que, en el caso en que el paciente es internado, los médicos y el personal médico se esfuerzan por establecer un buen contacto con el paciente, lo que es una etapa necesaria para un tratamiento cuidadoso y adaptado al individuo. Por otra parte, se organizan actividades culturales y físicas colectivas (coros, danzas, fiestas, ejercicios rítmicos, excursiones) que enriquecen la vida de los enfermos. Para arrancarlos de su aislamiento y de los síntomas y angustias que están enraizados en ellos, se les interesa en los hechos de la vida cotidiana y en los sucesos políticos; con este fin, se organizan reuniones y mítines donde se debaten los problemas. Más que una psicoterapia de grupo, me parece que se trata de una terapia co

lítica colectiva en grupo. Naturalmente, no falta de terapia por el trabajo, incluso aunque no parezca que los psiquiatras chinos la hayan sistematizado ya.

Quizás, para un occidental, no es fácil aceptar una tal insistencia sobre la educación, la reeducación y la readaptación de los neuróticos; para comprenderlo es preciso tener en cuenta las particularidades de la revolución y de la historia del pensamiento chino, realista y vuelto hacia la práctica, que evita así las disertaciones y las especulaciones separadas de toda base concreta. El método de recuperación de los delincuentes, menores abandonados, antiguas prostitutas, espías, etc., es fundamentalmente el mismo. En lugar de los castigos y discursos moralizantes, se trata de darles una conciencia moral y social, cuyo punto de partida es a menudo una confesión pública.

La transformación interior es concebida como una empresa colectiva, y conquistar la libertad, un individuo aislado es demasiado débil, y se necesitan los esfuerzos de colectividades más o menos organizadas.

La transformación a la cual se llega ha sido expresada con elocuencia por este miembro de una banda organizada de malversadores, especialistas en el robo, la droga y el asesinato: "Antes, dice, en mi banda, se trataba de saber qué se haría cada día de más en contra de la gente. Hoy, aquí, el problema es saber qué haremos cada día de más al servicio del pueblo".

La psicoterapia de las psicosis crónicas en el hogar de convalecientes de Shanghai.

Este hogar de convalecientes albergaba alrededor de 55 mujeres que habían entrado allí en un estado de demencia muy pronunciada y crónica, y que duraba, según los casos, de cua-

tro a quince años que ellas habían pasado en hospitales psiquiátricos. Cuando se las condujo aquí, estaban alheladas, sucias, incapaces del menor cuidado personal, en un estado de profunda postración intelectual, y, a menudo, física.

El tratamiento se dividió en cuatro etapas:

1) Para comenzar a poner en movimiento esos deshechos residuos humanos, casi enteramente privados de lucidez intelectual, para arrancarlos a su profundo autismo, los médicos imaginaron emplear al comienzo uno de los elementos más profundos de la vida: el ritmo. Se comenzó, pues, por la musicoterapia. Las enfermas fueron repartidas en grupos de diez a doce, dirigidas por asistentes. Se les hacía escuchar música durante una hora o dos al día. La elección de la música no se hacía al azar; se escogían fundamentalmente canciones estimulantes, excitantes, llenas de vida, capaces de entusiasmar, y especialmente, canciones revolucionarias. Al comienzo ellas no parecieron interesadas; pero lo importante no era que ellas respondiesen o no, sino que reaccionasen a la música. En general, por no decir en todos los casos, comenzaban a reaccionar al cabo de diez o veinte días: seguían el ritmo de las canciones con las manos, o los pies, haciendo gestos, movimientos con la cabeza. Esta etapa duraba entre un mes y medio y dos meses, hasta que las enfermas cantaban ellas mismas. Y se podía verificar que había efectivamente un mejoramiento en la medida en que cooperaban en estas reuniones musicales.

2) Al final de la etapa precedente, comenzaban a tomar parte en la actividad del grupo, siempre con una cierta dirección. Ahora, se trataba de darles nuevos hábitos; se entraba en la fase de readaptación que forma parte de toda terapéutica de crónicos. Las enfermas se levantan a las seis, se lavan proceden a su higiene y hacen la cama y la limpieza. Al comienzo hay que cogerles de las manos y enseñarlas paso a paso cómo hay que hacerlo. Al cabo de un cierto tiempo las pacientes y su entorno, antes tan deteriorado y sucio, toman aspecto de limpieza y orden. Si al comienzo eran precisas 25 personas para ocuparse de 40 enfermas, después seis enfermeras bastaban

para 55 enfermas.

3) El tercer periodo está consagrado a la restauración de la inteligencia. Habían olvidado casi todo, y era preciso pues recomenzar a mostrarles las cosas y los hechos, detalle a detalle. Se comienza por contarles cuentos en que se estimulan respuestas y conversaciones. Se acompaña a las enfermas en las visitas a exposiciones, se hacen paseos con ellas, y se les interesa en otras actividades de la vida cotidiana. Cuatro veces por semana tienen sesiones de televisión, radio, films, y lectura de periódicos y revistas. Cuando las condiciones lo permiten, asisten una o varias veces por semana a cursos de cálculo, de lengua china, etc. Después, se les dan conocimientos de higiene mental: se les habla de la naturaleza y del proceso de desarrollo de las enfermedades mentales, se les muestra que no tiene nada de vergonzoso; en fin, se les muestra la vía a seguir para salir de su estado. En esta etapa, las enfermas hablan entre ellas, aprenden a organizar su vida cotidiana, se las anima a escribir sus propias experiencias, a transmitir sus impresiones. La autoeducación da a veces mejores resultados que la educación dispensada por los médicos; es más eficaz. Todo esto dura de tres a cuatro meses.

4) Cuando las enfermas están en estado de ocuparse de ellas mismas, se restablecen las relaciones con la familia y el medio personal. Se permite a los pacientes ir a pasar de uno a tres días con su familia. Así es posible conocer si pueden volver a vivir en su seno, o no. Si todo va bien, se acaba por dejarlas abandonar el establecimiento. Pero al comienzo, la regla es que una enfermera vaya cada dos días a visitarlas a su casa. Después, cada cuatro o cinco o más días. En el intervalo, la asistente social que se ocupa de la familia da consejos y hace sugerencias sobre la vida, los estudios y el trabajo de la enferma.

De ordinario, estos cuatro periodos se extienden a lo largo de un año; para las pacientes que están en mejor estado, seis meses bastan. Un 80% de las pacientes se restablecen o co-

nocen un mejoramiento sensible; por lo menos, no manifiestan ya una voluntad de destrucción, no son ya agresivas ni sucias pueden autodirigirse. Del 10 al 15% consiguen la posibilidad de marcharse al cabo de seis meses; muy frecuentemente vuelven a su antiguo trabajo. Del 10 al 15% no manifiesta ningún cambio. Las enfermas habían sido en otro tiempo sometidas a diversas terapéuticas: shock insulínico, convulsoterapia, neurolepticos. En el curso de la reeducación es preciso a veces haberles tomar neurolepticos, hipnótico u otros remedios; generalmente alrededor de 150 mg. de clorpromazina, o como mucho 200 mg.

Un grupo de médicos, al estudiar la obra de Mao "Sobre la contradicción" comenzaron a entrever la posibilidad de este método. Toda cosa en este mundo es contradictoria. Si el enfermo manifiesta aspectos de anormalidad, deben existir también en él aspectos de normalidad. El enfermo mismo es una contradicción. Los dos aspectos pueden transformarse el uno en el otro. Los enfermos mentales, a menudo, sufren en el fondo de ellos mismos: se sienten despreciados, viven aislados. En consecuencia, la primera y principal acción consiste en actuar de manera que el médico y el personal cuidador establezcan lazos de amistad con los enfermos, les testimonien simpatía, compartan las comidas con ellos, y también el trabajo, los ratos de ocio, e incluso duerman con ellos. Todo eso, el personal lo hace tanto tiempo como es necesario. Es preciso recuperarlos estando en la mejor relación con ellos, sin uniformes, sin autoritarismo.

#### ENTREVISTA CON PSIQUIATRAS CHINOS. CAMBIOS CON LA REVOLUCION CULTURAL

República Popular de China, 27 agosto, 1.971.

En un ejemplar de la revista La China (1970, 4), leímos un artículo muy interesante sobre el trabajo de los equipos sanitarios del ejército. Este equipo trabajaba en la región de Sin King (provincia de Liaoning), utilizando el método de la acupuntura. Parecía que ya habían obtenido resultados extraor-

dinarios: en poco más de un año, fueron efectuados 150.000 - tratamientos a campesinos, dando una proporción de curaciones completas del 80%. Los casos más sorprendentes eran: la curación de una parálisis total que sufría un campesino desde hacía un año; la recuperación auditiva de un sordomudo de nacimiento, de 34 años; y la curación total de un alienado que, desde hacía quince años, sufría graves alteraciones. Refiriéndose a esta última curación, decía el artículo: "Los enfermos mentales habían sido siempre considerados como irrecuperables por las eminencias burguesas", pero apoyándose en el pensamiento Mao Tsétung, los trabajadores de Sin King consiguieron arrancar a muchos enfermos de este abismo de miseria gracias al nuevo método de la acupuntura.

Aprovechando nuestra estancia en China, quisimos obtener más información sobre estos hechos que, por su carácter insólito, son más difíciles de creer para nosotros. Por eso, habíamos pedido autorización para visitar un hospital psiquiátrico con el fin de constatar por nosotros mismos los métodos utilizados en el tratamiento de estos enfermos y para ver cómo son las instalaciones sanitarias. Al mismo tiempo solicitamos una entrevista con algunos psiquiatras para conocer el estado actual de esta especialidad médica, sus teorías, los problemas planteados y resueltos, sus relaciones con la psiquiatría occidental.

La Agencia Internacional de turismo en China, que se ocupaba de nosotros, se encargó de establecer el contacto. Algunos días después, tuvimos la respuesta: "El Ministerio de Salud no permite aún la visita de extranjeros a los hospitales psiquiátricos, pero podéis tener una entrevista con médicos responsables". Así, el 27 de agosto, coincidiendo con nuestra estancia en la ciudad de Sian, vinieron a nuestro hotel para someterse a nuestras preguntas el doctor Han y la doctora Sho.

Según las informaciones de la doctora Sho, está situado el hospital al sur de la ciudad de Sian. Hay 250 camas y

un dispensario. Hay también 150 trabajadores médicos, es decir, 22 médicos, 62 enfermeras y 66 miembros del personal administrativo y empleados. El hospital está dirigido por un comité revolucionario compuesto de 10 personas que representan la triple unión: "Soldados-cuadros dirigentes-masas populares". El Dr. Han y la Dra. Sho forman parte de este comité.

Escuchando a los habitantes de Sian, todos los resultados obtenidos serían debidos a la puesta en práctica del pensamiento Mao-Tsé-tung. Por esta misma fórmula comienza el Dr. Han su pequeña exposición sobre la nueva orientación tomada por la psiquiatría desde la revolución cultural.

Dr. Han.- Apoyándonos sobre las tesis filosóficas del presidente Mao, hemos adquirido nuevos conocimientos sobre las enfermedades mentales. Mao dice: "La tarea de los comunistas es desenmascarar las ideas incorrectas de los revisionistas y reaccionarios, y propagar la dialéctica propia de las cosas para promover su transformación y realizar la revolución".

En el dominio de la psiquiatría, como en los demás, hay lucha entre las dos líneas, consecuencia de dos concepciones del mundo diferentes: la individualista, en la que el hombre se sitúa en el centro del universo, y la colectivista, en la que el hombre se sitúa al servicio de la sociedad.

En nuestro dominio, la primera vía dió grandes eminencias cuyas teorías son aceptadas más por el peso de su autoridad que por su valor objetivo; estas "eminencias", ellas solas, detentan las claves del saber y sus sentencias son sin apelación. De esta manera, se han tenido por incurables enfermedades mentales que se pueden conseguir tratar; el error de esta concepción consiste en conceder toda la importancia a los tratamien

tos o medicamentos aplicados al individuo sin pensar que las raíces del mal se encuentran en la sociedad y que es elevando la conciencia de cada uno de sus miembros como encontraremos el medio de triunfar. Esta terapéutica social, sugerida por la práctica, ha sido uno de los objetivos perseguidos por la revolución cultural.

Las teorías de la psiquiatría burguesa pueden resumirse en tres tendencias:

a) La tendencia de los que explican las enfermedades mentales por un funcionamiento patológico de los órganos.

b) la tendencia de los que explican la mayoría de las enfermedades mentales por causas hereditarias;

c) y, finalmente, el grupo de los "agnósticos" que prefieren ignorar los orígenes reales de los desequilibrios mentales.

El materialismo dialéctico, sostenido por el presidente Mao, considera que todas las cosas del universo están regidas por sus propias leyes y que el hombre es capaz de descubrirlas y de dominarlas - el hombre, como es lógico, en el sentido de: la colectividad humana, el pueblo, "Las masas populares, dice Mao, tienen un poder creador ilimitado". Son capaces de organizarse, de dirigir sus fuerzas y de desplegar su energía en todas las direcciones y en todos los dominios. En una sociedad de clases, cada persona está condicionada por su modo de vida; sus ideas llevan siempre la marca de su clase. Ahora bien, muchas de las anomalías y de los desequilibrios mentales son el reflejo de la lucha entre las dos concepciones del mundo, de la lucha de clases. En regímenes sociales diferentes, los enfermos mentales presentan características completamente distintas. La psiquiatría es, pues, una ciencia médica y social a la vez. Nuestra sociedad se encuentra sometida a una rápida evolución. Hace solamente 22 años, estábamos dominados por el régimen feudal y capitalista. Nuestro sistema socialista actual no es más que una etapa de transición hacia el comunismo. Este progreso hacia

una organización social más justa no puede efectuarse más que en medio de un proceso de "lucha-crítica-reforma" constante, cuyo punto principal reside en la transformación de la mentalidad de cada individuo.

---

Y la mayor parte de los desequilibrios mentales se producen, en un régimen socialista, en individuos que no han asimilado la nueva concepción colectivista del mundo, y que no aceptan la dirección del proletariado y su metodología. Son individuos que no han podido resolver las contradicciones entre lo subjetivo y lo objetivo, entre el beneficio personal y el bienestar colectivo, entre el individuo y la nueva sociedad

---

Por otra parte, su espíritu estrecho y su bajeza de miras les impiden resolver sus dificultades en el trabajo y en la vida cotidiana. Eso produce una perturbación del cerebro que es la causa de una gran parte de las neurosis y de las psicosis que tratamos. Desde este punto de vista, nuestra terapéutica de las enfermedades mentales consiste principalmente en dar al paciente una educación que le permita resolver sus propias contradicciones. Nuestro método consiste en hacer estudiar cada día a estos enfermos las obras del presidente Mao. De esta manera, al mismo tiempo que comprenden la nueva orientación de la sociedad, se integran a los tres movimientos de nuestra revolución, la lucha de clases, la lucha por la producción y la experimentación científica. Esta educación del enfermo se encuentra secundada por una acción médica en la que intervienen, al mismo tiempo, elementos de la medicina occidental y de la medicina tradicional china (por ejemplo, la acupuntura). De la medicina occidental, utilizamos, algunos calmantes que administramos en pequeñas dosis. Después de la revolución cultural, hemos eliminado los tres elementos

considerados como "mágicos" para este género de enfermedades: el shock insulínico, el electroshock y las grandes cantidades de calmantes, como, por ejemplo, la clorpromazina. El tratamiento ideológico es principal, el tratamiento médico es secundario.

— Nos habéis hablado de neurosis y psicosis producidas por una inadaptación social; es que en vuestro hospital no se dan casos de demencia debidos a otras causas?

Dr. Han.— Si, nosotros tenemos también enfermedades provocadas por lesiones de órganos internos, por infección, por intoxicación, enfermedades de los nervios, etc. Por ello, si las lesiones cerebrales impiden la comprensión, utilizamos la acupuntura y los calmantes, pero, en los momentos de lucidez, tratamos de reeducar a los pacientes con la ayuda del pensamiento de Mao-Tsé-tung para que adquieran, por su parte, la voluntad de curarse.

— Desde vuestro punto de vista, son curables todos los enfermos mentales?

Dr. Han.— En nuestro hospital, el 90% de los enfermos consiguen mejorarse; el 80% se recupera totalmente.

— ¿Y los incurables?

Dra. Sho.— Existen centros para internarlos cuya orientación es completamente diferente de la que existía antes. No hay ni camisás de fuerza, ni celdas. Tratamos de ser amables con ellos y de darles un sentimiento de libertad. Cuando su estado lo permite, se van a vivir con sus familias. Los internados participan en las actividades del hospital, según la capacidad de cada uno, y los sábados y domingos van a la ciudad a visitar a sus amigos. Organismos también actividades deportivas y culturales, como por ejemplo, representaciones teatrales.

— ¿Cuál es la edad media de vuestros pacientes y de qué capa social provienen mayoritariamente?

Dra. Sho.— La mayoría de nuestros enfermos tienen entre 25 y 50 años. La mayor parte son obreros y campesinos. Pero si consideramos que estas dos clases representan el 90% de los habitantes del país, no podemos afirmar que la gran mayoría sea de estas capas sociales. Significa únicamente que siguiendo las directivas de Mao, el mayor esfuerzo sanitario se hace, principalmente, en dirección a las capas sociales pobres.

— Pensáis que la implantación del régimen socialista y, sobre todo, de la revolución cultural han provocado un aumento de las enfermedades mentales?

Dr. Han.— Es evidente que muchas personas marcadas profundamente por la mentalidad individualista se adaptan difícilmente a la nueva organización colectiva; este cambio radical puede ser el origen de un traumatismo psíquico. Pero en nuestra sociedad actual no existen el engaño, ni la explotación, ni el paro forzoso, ni muchas otras taras de la sociedad capitalista que llevan a los hombres al borde de la desesperación.

— ¿Utilizáis el psicoanálisis?

Dr. Han.— Lo hemos utilizado antes de la revolución cultural, pero lo consideramos como un método idealista, y es por eso que lo hemos suprimido. En su lugar, utilizamos la encuesta lo más completa posible en el medio en que ha vivido el enfermo. Las raíces de su enfermedad, las encontramos en su manera de hacer, en sus reacciones y en sus relaciones con los otros.

— ¿Conocéis a Freud?

Dr. Han.— Sus teorías tuvieron una gran influencia sobre la psiquiatría burguesa de nuestro país. Ahora, lo estudiamos para combatir sus errores. El materialismo dialéctico no acepta la existencia de principios innatos que determinan al hombre tanto en sus sentimientos como en su vida. To-

do el contenido de nuestra conciencia nos llega a través del -  
conocimiento sensitivo. Por ello, es la clase social la que -  
condiciona al individuo.

BIBLIOGRAFIA CHINA

- "Therapeutique nouvelle pour les maladies mentales". La Chi-  
ne, núm. 11, 1.971.
- "Notes sur la Psychiatrie en Chine", Giovanni Jervis, en el  
núm. 50 de TEL-Quel.
- "Hospital in China", de Joshua S. Horn en la Monthly Review.  
1.971.
- "La salud mental en China", Gregorio Bermann, F. Maspero, París  
1.973.