

ANALES
DE LA
REAL ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

AÑO 1946

TOMO LXIII. — CUADERNO PRIMERO
SOLEMNE SESION. — PROGRAMA DE PREMIOS Y SOCORROS
SESIONES CIENTIFICAS



MADRID
IMPRESA DE J. COSANO
Palma, 11

—
1946



Reacciones psicopáticas de la sordera

POR EL EXCMO. SR. DR. D. ENRIQUE FERNANDEZ SANZ
Académico de número

Desde los tiempos aristotélicos, prolongados por los escolásticos, se viene admitiendo como fundamental en Psicología el conocido aforismo *Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*, prueba palmaria de la justísima importancia que se concede en el funcionamiento psíquico a la constantemente renovada aportación sensorial.

En términos de Biología general, entendida en su más amplia comprensión, se considera al tacto como el sentido primordial, el originario, el primeramente diferenciado y del cual se suponen derivados todos los demás, por sucesivos perfeccionamientos y superaciones. Es indiscutiblemente el tacto el sentido en cierto modo fundamental, y en los organismos superiores, en los más prolijamente dotados, en concreto, en el hombre, a él se recurre, en última instancia, para corregir falacias de otros sentidos de más delicada función, pero más expuestos, por lo mismo, a fallos, equivocaciones y, sobre todo, a presentar como realidades objetivas lo que son sólo apariencias subjetivas. Es también el tacto el sentido de mayor extensión, hasta el punto de que rebasa el reino animal y se manifiesta en algunas especies vegetales, en las plantas insectívoras, provistas de hojas y de pétalos prensiles que aprisionan a los insectos que en ellos se posan y de los que se alimentan; aquí vemos un clarísimo reflejo sensitivomotor que tiene como punto de partida una impresión táctil.

Pero dejemos estas consideraciones de Biología general, que no deben ser más que sumarias notas preliminares del tema de que voy a tratar, para pasar a otras de distinta índole, que nos aproximarán a dicho tema.

De los cinco sentidos que se distinguen en el hombre, examinados desde el punto de vista de su influencia, no sólo sobre las funciones intelectuales del individuo aislado, sino también en los medios de comunicación de unos hombres con otros, en la vida social, en la cultura y en la civilización, en suma, hay dos que en tal concepto se destacan de los otros tres: aquéllos son el de la visión y el de la audición, de los que puede afirmarse que son los únicos que de una manera eficaz han actuado siempre, y continúan actuando, en la evolución progresiva de la humanidad, apoyándose el uno en el otro, colaborando conjuntamente, pero al mismo tiempo, presentando, o más bien pareciendo que presentan, una rivalidad milenaria. Es curioso observar cómo, a lo largo de la prehistoria y de la historia, durante milenios, han ido alternando y a menudo desplazándose mutuamente la vista y el oído en la labor de favorecer el progreso humano.

En toda la prehistoria y en los comienzos de la historia, el predominio del oído como medio de comunicación y de adelanto humano era absoluto y exclusivo; la tradición, los conocimientos adquiridos se transmitían verbalmente de unas generaciones a otras, de boca a oído; para que la vista interviniere en esa misión hubo que esperar a que se inventara la escritura, y no sólo se inventara, sino que se perfeccionara hasta el punto de poder competir con el lenguaje articulado y de sustituirle en parte, teniendo en cuenta que éste se hallaba siempre mucho más adelantado en su perfeccionamiento. Adviértase, además, que la escritura se inventó de manera muy lenta, por etapas, en un proceso

continuo de mejora que hubo de consumir muchos cientos de años hasta llegar a un resultado suficientemente eficaz, y cuando esto se hubo logrado, ya en plena edad histórica, hubo de quedar limitado a un reducido número de personas, a ciertos grupos especiales, los primitivos depositarios de la naciente cultura en las naciones más antiguas, creadas en las riberas de los grandes ríos, en los valles del Nilo, del Eufrates, del Tigris, del Ganges, en las enormes cuencas fluviales de China; durante muchos siglos, fueron los únicos que supieron leer y escribir los sacerdotes de los templos egipcios, de los de Ninive y Babilonia, los brahmanes en la India, los mandarines en China; y el resto de la población, desde el rey abajo, continuaba analfabeto. En plena Edad Media, pero sobre todo en su principio, abundaban los jefes guerreros, los aristócratas y hasta los soberanos que no sabían leer ni escribir, y la masa común del pueblo continuaba sumida en la ignorancia hasta la Edad Moderna; en realidad, fué preciso que la invención de la escritura se completara con la de la imprenta para que en los albores de la Edad Moderna el analfabetismo fuera disminuyendo; pero esta disminución, a pesar de todo, no se dejó sensiblemente apreciar hasta bien entrado el pasado siglo XIX. Con la difusión de la lectura, de la escritura y de la imprenta, la visión conquistó el primer puesto en la labor de intensificar la cultura; pero modernamente han aparecido inventos que han permitido al oído recobrar parte del terreno perdido; tales son el del teléfono en el pasado siglo y el de la radio en nuestros días.

De todo lo expuesto se deduce el importantísimo papel que tanto la vista como la audición desempeñan en la vida mental del hombre, y por eso no debe extrañarnos que cualquier perturbación de esas funciones sensoriales ha de traer consigo necesariamente anomalías

y defectos notorios en la actividad psíquica de quien las padece.

Pero antes de pasar adelante importa hacer constar, en parte como resumen y en parte como ampliación de lo ya manifestado, que en todos los tiempos, hasta muy recientemente, el predominio del oído en la propulsión de la cultura ha sido extraordinariamente considerable, y esta mayor importancia se amplifica más aún por el hecho de que la invención de la escritura, tan laboriosa como ya hemos indicado, se hizo bajo el signo y la tutela de la palabra hablada. Un hecho crucial y de máxima trascendencia en el perfeccionamiento del lenguaje escrito fué su transformación (de un alcance portentoso) de ideográfico y pictórico en verbal y fonético; se dejaron de representar en la escritura los objetos y los hechos por símbolos más o menos estilizados, y los nuevos signos adoptados ya no representaban las cosas, ni siquiera las ideas de las mismas cosas, sino solamente los sonidos de las palabras que verbalmente las expresaban, y esta circunstancia dejaba para siempre subordinada la representación escrita a la hablada, y de paso abría el camino a las interminables disputas sobre el realismo y nominalismo, que habían de persistir durante siglos.

Es muy interesante y hasta preciso para que podamos darnos clara cuenta de la influencia de los trastornos de cada una de esas dos formas de actividad sensorial en la psiquis humana, que comparemos el modo de ser especial que imprimen al carácter de los sujetos que las padecen en su grado máximo, o, en otros términos, que esbozemos, en sus líneas generales, la psicología comparada de los ciegos y de los sordos. Para mayor brevedad, me limitaré a trazar el bosquejo de dicha psicología comparada a grandes rasgos, más bien vulgares y de general conocimiento, pero, por lo mismo, más claros y más fácilmente comprensibles, y el examen

de este contraste entre unos y otros inválidos sensoriales nos llevará lógicamente al núcleo del tema de esta comunicación.

El ciego es, en general, sociable, afectuoso, comunicativo y de manifiestas tendencias a la agrupación colectiva; es, además, muy sensible a la compasión que generalmente inspira, sabe agradecerla y no vacila en solicitarla, mientras que el sordo tiende a la reserva y a la suspicacia; no suele casi nunca reclamar protección y no muestra afición a agruparse con sus compañeros de infortunio. La causa de esta diversidad de actitud entre unos y otros consiste en que el ciego se siente abandonado, *perdido* en el mundo, y por eso implora la ayuda ajena, mientras que el sordo se siente sólo *inseguro*, rodeado de asechanzas y de amenazas, pero a las cuales se nota capaz de vencer y de sortear por sí mismo, si en ello pone atención; además, no advierte para él, y no la advierte porque no existe, la compasión que el ciego inspira, y esto aumenta su sensación de aislamiento y acentúa su reconcentración en sí mismo, para librarse él, por sí solo, de los peligros que le rodean. Esta inseguridad y este aislamiento se influyen recíprocamente en forma de círculo vicioso, mutuamente se favorecen, a la par que desfavorecen al sujeto, y muy fácil y frecuentemente se convierten en causa de trastornos psíquicos. Precisar cuáles sean estos trastornos, así como en lo posible su génesis y su evolución, es el objeto de este modesto trabajo.

La inseguridad en que con respecto al mundo exterior se halla el sordo engendra la desconfianza, y ésta, a su vez, precisa insistir en ello, exagera el aislamiento al que fatalmente se ve empujado el sordo, por su dificultad para comunicarse con sus semejantes, y este creciente aislamiento exagera, a su vez, la desconfianza, de lo que resulta que el sordo va estando cada vez más aislado y más desconfiado; éste es uno más de los

muchos y muy nocivos círculos viciosos que se observan en las psicosis y psiconeurosis y que a menudo son imposibles de romper, aun con la terapéutica mejor intencionada, y como consecuencia de ello, el sordo tiene, poco a poco, que ir renunciando, en número cada vez mayor, a funciones sociales, a modos de actividad profesional o deportiva, a diversiones, hasta a las mismas conversaciones familiares o, por lo menos, limitarlas considerablemente, y aunque trate de sustituirlas por otros menesteres o distracciones, esta sustitución es siempre muy precaria y nunca por completo satisfactoria.

Sin necesidad de recurrir al complejo de inferioridad, del que tanto se ha abusado en Psiquiatría, y sobre todo fuera de ella, basta con lo dicho para comprender que el sordo se sienta hondamente desgraciado, que su cenestesia se perturbe, que su humor se altere y que, como vulgarmente se dice, se le agrie el carácter, y en estas condiciones es muy lógico que las funciones psíquicas se ejerzan anormalmente y surjan defectos mentales que puedan dar lugar, si no siempre, sino más bien raramente, a positivas psicopatías graves típicas, y mucho más a menudo originan esas desviaciones del equilibrio y de la salud mentales, que son las reacciones psicopáticas leves de la sordera, siendo las graves las psicopatías incurables a que acabo de aludir.

Pero antes de abordar en detalle la descripción de unas y otras reacciones, para evitar confusiones, me interesa advertir que en este trabajo no me refiero ni a la sordera en conjunto ni a todas las sorderas que existen, sino tan sólo a una especial, a la que me parece más idónea e interesante en su repercusión psíquica, por su cronicidad, su evolución lentamente progresiva, su bilateralidad, su incurabilidad hasta ahora, y por la gran frecuencia con que, en mayor o menor intensidad, se padece en edades avanzadas de la vida; es la sordera bilateral por lesión del oído interno, en su región co-

clear, que se conoce con el nombre de *otoesclerosis*. En las sorderas por lesión del oído medio y más aún en las centrales por alteraciones de las vías y núcleos acústicos encefálicos, las condiciones son muy distintas, y a ellas no puede tener aplicación lo que voy a decir.

Dentro de la así limitada sordera por *otoesclerosis*, de la que sólo voy a ocuparme, hay varios tipos que se diferencian unos por su intensidad, otros por el ritmo de su progresividad, dentro siempre de la lentitud característica, y algunos por la existencia de complicaciones, mejor dicho, por síntomas añadidos a la hipoacusia y debidos a la propagación de la esclerosis a porciones vecinas, dentro siempre del oído interno, en el que, como es bien sabido, al lado de órganos de función auditiva hay otros relacionados con el equilibrio corporal, con su regulación y con la de los movimientos; la participación de estos órganos en el proceso da lugar, como es natural, a síntomas especiales que se agregan a la disminución de la agudeza auditiva; esto por una parte, y por otra, la naturaleza de las lesiones puede ser tal, que en algunos casos, y sobre todo en determinadas épocas evolutivas, aparezcan síntomas irritativos que complican a la habitual deficiencia acústica, y agravan considerablemente la situación del paciente, obligando a emplear una terapéutica más activa que la que, por desgracia, por la falta de recursos eficaces, se aplica por lo general en los casos comunes y corrientes. Quede, pues, concretamente establecido que me voy a referir a los casos típicos de *otoesclerosis*, de intensidad media, de evolución regularmente lenta, sin complicaciones ni intra ni extraacústicas, y, por tanto, sin ruidos de oídos, ni vértigos, ni desorientaciones, que son los síntomas más frecuentes y más penosos cuando las lesiones son irritativas y cuando afectan no sólo a la porción coclear, sino también a la vestibular. Esta limitación del tema

me permitirá tratarle con la mayor claridad, concisión y brevedad posibles.

He insistido previamente en la especial situación psíquica de desconfianza y desventura en que se encuentra el sordo por su progresivo aislamiento, que le va privando de muchos de los más nobles y legítimos goces de la vida, de la música, de la elocuencia, hasta de las expansiones del hogar, todo ello añadido a la obligada limitación de su actividad en cualquier profesión que pueda ejercer, y como complemento, su desairada situación en toda ocasión de reuniones y de trato social, donde inspira más bien discreta o a veces indiscreta broma o, por lo menos, disimulada ironía, en vez de la cordial compasión que despierta el ciego; todo esto es naturalísimo que le lleve a considerarse como gravemente perjudicado, y estas dos nociones capitales, que como heridas o llagas incurables percibe el sordo en su mente, la desconfianza de que ya me ocupé y la viva sensación de ser víctima de graves e injustos perjuicios, son dos tendencias que tan eficaz como fatalmente marcan el rumbo hacia una de las más importantes psicopatías entre las que se estudian en Psiquiatría, hacia la paranoia de Kraepelin, que es el antiguo y tradicional delirio sistematizado de grandezas y de persecución. No quiere esto decir, ni mucho menos, que todos los sordos vayan a convertirse en paranoicos o en delirantes; algunas veces, en circunstancias que a su tiempo precisaremos, si ocurre esto, pero, en general, no llega el mal a tanto; lo común y corriente es que la disposición de ánimo del sordo se oriente en ese sentido, y al notarse vejado, perjudicado, con la distimia, con la cacoforia, con el carácter agriado que esos sentimientos perturbados engendran, reaccione en uno de dos sentidos opuestos: o en el de proyectar al exterior sus íntimos sufrimientos y su mal humor, o en el de guardarlos clandestinamente en el interior de su psiquis, dejándose en

silencio roer por sus penas y pesares. La primera reacción es la activa, la de la extraversion, y es la más favorable para el sujeto, la menos peligrosa y, por fortuna, es también, con mucho, la más frecuente; la otra reacción es la pasiva, la de la introversión, mucho más rara, pero mucho más grave, pues ofrece riesgos incluso mortales; como ya he dicho, es muy poco frecuente y sólo se halla en individuos marcadamente asténicos, y por eso la denominaré *reacción asténica*; de ella diré más adelante algunas palabras más, dando ahora la prioridad a la extraversion, la más frecuente, a la que llamaré *reacción paranoide*, por su similitud y parentesco con la psicopatía titulada paranoia o delirio sistematizado de grandezas y persecución.

La psicosis que acabo de mencionar fué admirablemente descrita, hace poco más de medio siglo, por el patriarca de la moderna Psiquiatría clínica, por Kraepelin, que la dotó de caracteres precisos y claramente definidos que la individualizaban y la convertían en una de las más importantes entidades nosológicas entre las varias que estudia la Psiquiatría. El criterio de Kraepelin era esencialmente sintético; con él constituyó en Patología mental varias grandes especies morbosas, como la psicosis maníacodepresiva, la esquizofrenia o demencia precoz, la paranoia, que entre sí se repartían la mayoría de los casos que en la práctica se observan. La taxonomía de Kraepelin fué aceptada con unanimidad en Psiquiatría y hasta llegó a tener carácter oficial en algunos países; a pesar del medio siglo transcurrido, ha sobrevivido en gran parte y aun es preciso contar con ella, por lo menos parcialmente, cuando de Patología mental se trata.

Pero aun reconociendo, como es de justicia, el mérito extraordinario de Kraepelin, cuyas enseñanzas tuve el honor de recibir en Munich, hace cerca de cincuenta años, hemos de admitir también que los hechos morbo-

sos, que los disturbios mentales que él tan genialmente sistematizó en el concepto de paranoia, se conocían ya de antes y figuran descritos con minuciosidad en los tratados clásicos, como el de Esquirol y el de Pinel, con varias denominaciones, de las que la más usada era la ya referida de delirio crónico sistematizado de grandezas y de persecución, siendo también generalmente llamados los enfermos que lo padecían perseguidos-perseguidores. En el susodicho delirio, la idea delirante de persecución y perjuicio desempeña un papel importante, y así se ha reconocido siempre, como lo prueba el hecho apuntado de llamar perseguidos-perseguidores a los que lo padecen; perseguidores, porque, en determinada etapa de la progresión de su delirio, pasan del papel pasivo al activo y reaccionan agresivamente contra sus supuestos perseguidores, con lo que se convierten en temiblemente peligrosos, y hay que tomar con ellos enérgicas medidas, para evitar actos criminales.

Kraepelin conservó todo lo que del delirio sistematizado de persecución se conocía previamente y merecía conservarse y agregó lo mucho y muy valioso que su genio psiquiátrico y su perspicacia clínica le permitió descubrir en el campo de la Patología psíquica, y con ello construyó el amplio concepto de la paranoia, que se conserva aún en sus líneas esenciales, pero con modificaciones inevitables en el transcurso de los años y con los perfeccionamientos aportados por las investigaciones de numerosos psiquiatras que siguieron las huellas del maestro de Heidelberg y de Munich, y sin destruir su obra, ni mucho menos, la completaron y la han ido sucesivamente perfeccionando.

El concepto de la paranoia kraepeliniana, como todas las síntesis demasiado amplias y complejas, adolece de la tendencia a abarcar hechos heterogéneos, un tanto disimilares, que suscitan en el ánimo de quien lee o estudia una nociva impresión de vaguedad y de

confusión, para corregir la cual y, mejor aún, para prevenirla hay que establecer, dentro del concepto sintéticamente definido, una clasificación que pudiéramos llamar interna, en varios grupos y subgrupos. Ya el propio Kraepelin llevó a cabo por sí mismo esta distribución interior de las grandes entidades psicopáticas por él creadas, especialmente en la esquizofrenia, pero también, aunque menos detallada, en la psicosis maniaco-depresiva y en la paranoia. Pero esta labor diferenciadora del contenido de esas especies morbosas, singularmente en lo que a la paranoia respecta, ha sido completada por sus discípulos y continuadores.

Voy a intentar ahora precisar en cuál grupo de los que actualmente se distinguen dentro del amplio concepto de la paranoia, del paranoidismo y de los estados similares y afines debe incluirse lo que he llamado reacción paranoide de la sordera, y para mayor brevedad, prescindiendo de consideraciones retrospectivas e históricas acerca de la evolución disyuntiva del primordial concepto sintético, para exponer cuántos y cuáles son los apartados que hoy se admiten en la taxonomía interna paranoica, tomaré como pauta, por parecerme muy satisfactoria y completa, la enumeración que de ellos hace el ilustre psiquiatra español Vallejo Nájera en su magistral *Tratado de Psiquiatría*, que tan justamente ha sido galardonado en fecha muy reciente por esta Real Academia.

Vallejo Nájera dedica en su notable obra a la *paranoia* un capítulo de 42 páginas, en el que, después de unas consideraciones históricas, trata de los siguientes temas: paranoia propiamente dicha, constitución paranoide y síndromes paranoides, a lo que siguen diferentes secciones sobre asuntos que para nuestro objeto no nos interesan. Lo que nos importa es el subcapítulo relativo a los que el autor llama *síndromes paranoicos reactivos*, pues, como este mismo nombre indica, en él

es donde encaja la reacción paranoide de la sordera. En esta sección de su libro, describe Vallejo las siguientes materias: delirio primario de alusión, delirio pleitista recidivante, síndromes de origen ambiental, las paranoias profesionales, las psicosis carcelarias, las ideas delirantes de los degenerados y *las psicosis por aislamiento del medio ambiente*; a poco que nos fijemos en el significado de este último término, nos convenceremos de que parece haber sido creado para aplicarse a la reacción paranoide de la sordera, y, en efecto, ésta parece haber sido la intención del autor, a juzgar por lo que respecto de este punto dice en las páginas 566 y 567 de su libro, que copio a continuación:

“Tipo contrario al de los síndromes paranoicos resultantes de la acción del medio ambiente sobre la personalidad lo tenemos en el delirio de persecución de los sordos, descrito primeramente por Kraepelin; suele considerarse al sordo como un sujeto desconfiado e irritable, propenso a la falsa interpretación de gestos, actitudes y palabras de las personas que le rodean. En los sordos, con frecuencia ya en edad algo madura, suelen observarse síndromes paranoicos persecutorios: las alusiones enriquecidas por acoasmas, productos de la irritación sensorial, originan a veces alucinaciones que refuerzan el delirio.”

Como se ve, está plenamente justificada por la autorizadísima opinión del Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Madrid la inclusión de la reacción paranoide de la sordera entre los síndromes paranoicos debidos a la acción negativa del ambiente, es decir, a la carencia de las influencias ambientales que el aislamiento en que vive el sordo trae consigo.

Ahora me voy a permitir yo, por mi propia modestísima cuenta, añadir a lo dicho algunas precisiones que no caben en una obra de conjunto, como la del Profesor

Vallejo, pero que son pertinentes en una monografía de tan limitado tema como el de esta comunicación.

En primer lugar, he de distinguir entre paranoia-psicosis con delirio y paranoidismo sin delirio, sino simplemente con propensión a interpretaciones tendenciosas, excesivas y abusivas, pero sin llegar a la íntima e irreductible convicción falsa que caracteriza a la idea delirante. En el tipo que he tomado como modelo o patrón descriptivo de la reacción paranoide no se trata del primero de esos dos tipos, sino del segundo; en éste no hay delirio, sino sólo tendencia a interpretar falsamente los hechos, pero sin llegar el sujeto a la pseudo-evidencia delirante; lejos de admitir ésta, se halla en el fondo convencido de su falsedad o, por lo menos, de su errónea exageración; en él, más que graves trastornos intelectuales, existen perturbaciones afectivas, vagas creencias o sospechas de daños y perjuicios (además de los que realmente sufre), impulsos pasionales reprimidos, todo lo cual determina el hondo trastorno de la cenestesia, que es el más íntimo tormento del sordo. Abarcando la totalidad de los sordos por otoesclerosis, y desde el punto de vista pronóstico, que es el más interesante, hay que distinguir dos grupos: el de los delirantes y el de los no delirantes, sino sólo falsos intérpretes, en gran parte conscientes de la falsedad en que incurren. Desde el punto de vista práctico, me parece lo más conveniente incluir a los delirantes en el concepto de la paranoia-psicosis, mientras que los no delirantes deben ser calificados simplemente de paranoicos no psicóticos. La frecuencia con que se observan sordos de uno y otro grupo es muy distinta: son mucho más frecuentes, con una gran diferencia en su favor, los no delirantes que los delirantes; a éstos, a los que creen incommoviblemente en su delirio, hay que considerarlos como legítimos paranoicos o, por lo menos, como predestinados a serlo desde el momento en que nacieron,

pues así lo exige el concepto de la paranoia, que es la más endógena y la más psicógena entre todas las psicosis endógenas y psicógenas, y, por tanto, me creo autorizado a incluirlos en la paranoia-psicosis típica y clásica; ahora, que la dolencia permanecía en ellos latente, en potencia, hasta que la actualizaron las vivencias o bien la carencia de éstas. Es decir, que en estos casos no se trataría de sordos paranoicos, sino de paranoicos sordos, con lo que quiero dar a entender que no son sordos que se han vuelto paranoicos, sino paranoicos latentes que se han quedado sordos, con motivo de lo cual se han convertido en paranoicos *in actu*. Esta distinción podrá parecer arbitraria, pero tiene gran importancia práctica, desde el punto de vista pronóstico y de tratamiento y asistencia; los paranoicos psicóticos y delirantes habrán de ser reclusos, mientras que los paranoicos no delirantes pueden y deben ser tratados ambulatoriamente, pues sería un grave error aumentar su ya penoso aislamiento con su encierro, no ya en un manicomio, sino ni siquiera en un sanatorio de los que admiten a neuróticos de varia índole; a estos enfermos, como veremos más adelante, hay que mantenerlos en continuo contacto con la sociedad y en la mayor actividad posible.

Para terminar esta ya demasiado larga y pesada comunicación, voy a decir unas palabras, no muchas ni muy gratas, sobre tratamiento, y las califico así porque el aspecto terapéutico es el más desagradable de este asunto.

Comenzaré por el tratamiento de la reacción asténica, que, aunque la más rara, es la más peligrosa, siendo sus riesgos, como en todos los casos de depresión afectiva intensa, la sitofobia y las tentativas de suicidio, éstas en muchos casos de consecuencias fatales; afortunadamente, para combatir esta reacción poseemos muchos y más eficaces medios que cuando se trata de la reacción paranoide. Contamos para tratar a los sordos asténicos

con depresión afectiva, en primer término, con los opiáceos, de prestigio secular, alcanzado casi desde el principio de la Medicina científica, y a ellos se han agregado modernamente algunos barbitúricos, de los dotados de acción inicial eufórica, como el somnifeno y el dial, éste con precaución, por lo próximas que están las dosis eficiente y tóxica, y más recientemente aún, los estimulantes del simpático, los simpático-miméticos del grupo de la fenilisopropilamina, que han de ser usados a dosis muy prudentes y que están contraindicados en los casos con ansiedad, con crisis angustiosas y aun en la agitación, a poco manifiesta que ésta sea; si con esto no bastara, se debe recurrir a la terapéutica de choque, con los convulsivantes, de preferencia el eléctrico, y a la insulina; estos métodos modernos tienen en los estados depresivos su indicación más segura y su más brillante eficacia. Desde luego, en todos los casos de reacción asténica algo intensa y rebelde al tratamiento doméstico, se debe recluir al paciente en un sanatorio, cuanto antes mejor.

El problema terapéutico es mucho más oscuro y difícil en la reacción paranoica, lo que no es de extrañar, pues en ella existe la conjunción de dos procesos incurables, aun no beneficiados por los adelantos terapéuticos modernos: la otosclerosis y la paranoia y disturbios mentales afines. Teniendo siempre presente la distinción entre paranoicos delirantes y paranoicos no delirantes, a unos y a otros hay que aplicarles diversas medidas de tratamiento y de asistencia. A los primeros, a los delirantes, como afectos de una legítima psicosis, con tendencias peligrosas, se les deben aplicar todas las prescripciones de protección, custodia, asistencia y cuidados paliativos que se usan con los paranoicos en general, más exagerados aún en los sordos, pues en ellos su sordera actúa como un continuo estimulante de las ideas de persecución, tanto pasiva como activa. En estos

enfermos, la reclusión se impone tan pronto como se confirme el diagnóstico de psicosis paranoica con delirio irreductible.

En cuanto a los paranoides no delirantes, que deben ser tratados ambulatoriamente, sin abandonar sus ocupaciones, ni sus distracciones, ni su vida familiar, ni el trato social, el médico ha de emplear en ellos, con preferencia exclusiva, los recursos de la Psicoterapia, con una finalidad profiláctica más bien que curativa, pues en ninguna otra ocasión más que en ésta es cierto aquello de que más vale y es más fácil prevenir que curar.

El psicoterapeuta debe preocuparse, ante todo, de combatir la tendencia al aislamiento, a la concentración del sujeto en sí mismo, y no sólo ha de oponerse a la renuncia a sus ocupaciones, diversiones y amistades, sino que debe proponer otras nuevas, para impedir la inercia y el tedio, que agravarían la situación. Estos sujetos, que se ven desplazados, apartados, por su defecto sensorial, del trato con los demás, se inclinan, sobre todo los de un alto nivel intelectual, al cultivo de la vida interior, a la meditación; el médico no debe prohibir esta introspección en absoluto, pero sí debe exigir que no tenga su finalidad en sí misma, sino que sus resultados sean proyectados al exterior en la forma de acciones prácticas y eficaces. Debe el psicoterapeuta esforzarse en luchar contra el egoísmo a que tan propensos son estos sujetos, inspirándoles ideales altruistas y convenciéndoles de que, a pesar de su sordera, pueden aún ser muy útiles en la vida social, evitándose así que se complete su desinserción de la realidad; este mantenimiento del sujeto en el concierto de la vida social activa es la más importante finalidad profiláctica y curativa a que se debe aspirar en estos casos.

Con esta conclusión, lo más optimista posible, doy por terminada esta comunicación, agradeciendo al culto y paciente auditorio la cortés atención, a toda prueba, con que me ha escuchado.

SEGUNDA SESION

DÍA 27 DE FEBRERO DE 1946

Presidencia del Excmo. Sr. D. Antonio María Cospedal

Las reacciones psicopáticas de la sordera

(Discusión.)

DR. PIGA:

Considero un deber intervenir en la interesantísima comunicación que acabamos de escuchar al Dr. Fernández Sanz, por dos razones fundamentales: una de ellas es la de su valor científico, y otra, la del natural deseo de que amplíe nuestro ilustre compañero algunos aspectos de la cuestión, que acaso no han sido tratados con la amplitud debida. La intervención mía, breve y sin importancia, puede ser motivo de oír nuevamente al Dr. Fernández Sanz, a quien por un imperativo de justicia felicito cordialmente y con toda sinceridad.

Pudiera parecer que el tema desarrollado por el Dr. Fernández Sanz es anacrónico y demasiado conocido. En realidad, no hay tal anacronismo, ni representa algo definitivamente resuelto en el terreno del saber.

Es verdad que Kraepelin, hace más de medio siglo, describió por vez primera el "delirio de persecución de los sordos" y que, posteriormente, se observaron estados delirantes en los ciegos, sin encontrarse una raíz psicológica común en unos y otros, puesto que, en general, no siempre, la psicología de ciegos y sordos es diferente. Sobre este extremo, el Dr. Fernández Sanz se ha colocado en un firme terreno lógico y de probada experiencia, sin llegar a establecer una diferencia esencial entre los tipos caracterológicos de sordos y ciegos,

como algunos lo hacen, prescindiendo de la observación cotidiana al alcance de todos.

Aunque en la práctica civil del psiquiatra fuese el delirio de persecución de los sordos y las reacciones psicopáticas de la sordera asunto asaz conocido para no necesitar insistencias sobre el mismo, bastaría con recordar los trabajos de Aller respecto de los prisioneros de guerra, para comprender la importancia del tema. En los momentos actuales, se estudian en Psiquiatría las psicosis por aislamiento del medio ambiente, y en ellas, hasta cierto punto, se incluyen algunos tipos de psicosis carcelarias cuando la incomunicación de los detenidos puede haberla motivado. Pero tiene mucha mayor significación y trascendencia la de las personas aisladas del medio ambiente en campos de concentración y, de modo principal, en los casos en que el personal encargado de la custodia habla distinto idioma que los concentrados.

La comunicación del Dr. Fernández Sanz vale también para rescatar la actualidad psicológica relativa al estudio de la génesis psíquica de los procesos paranoicos—también esquizofrénicos a base del factor afectivo—.

La génesis afectiva de la paranoia fué estudiada, hace veinte años, por el Dr. Fernández Sanz, quien afirmó que los síntomas delirantes eran afectivos desde el punto de vista psicodinámico. La opinión de nuestro compañero coincidía con la de Bunke, quien, por dicha época, sostuvo que no había duda alguna respecto del origen afectivo en las verdaderas formaciones delirantes.

Así, pues, el trastorno de la afectividad en el sordo, generalmente por matiz melancólico, explicaría no pocas reacciones psicopáticas.

Y nada más, Sres. Académicos. Mi propósito al intervenir en la discusión del tema tan brillantemente

desarrollado por el Dr. Fernández Sanz no era otro sino el ya expuesto al principio de mis palabras, y por lo tanto, las limito voluntariamente a las ya pronunciadas. Permitaseme, no obstante, reiterar al Dr. Fernández Sanz mi felicitación.

DR. PERERA:

Ante todo, un merecido elogio al Dr. Fernández Sanz, no protocolario, sino sincero, por el acierto de su comunicación que acabamos de escuchar, de indiscutible originalidad, además. El moverme a intervenir no ha sido para comentar el aspecto científico del asunto, bien lejano, por lo demás, de las disciplinas quirúrgicas que cultivo, sino para hacer resaltar su valor social. Efectivamente, como ya hizo notar Cajal, el sordo, el "torpe de oído", está hártamente más desamparado que el ciego y el miope, no sólo terapéuticamente, sino socialmente.

Piénsese, en efecto, que el origen real de las perturbaciones que el Dr. Fernández Sanz ha señalado, y de otras más, no por menos ostensibles menos sensibles, es el *aislamiento* a que su defecto confina a estos enfermos. Aislamiento que en unos casos, los menos, es brusco, radical, como ocurre en ciertos traumatismos; pero las más de las veces es lento, insidioso, pero inexorable, cerrándose cada vez más el horizonte sensible, sensorial y socialmente hablando, del paciente. Contra ello hay dos modos de reaccionar: uno, con la pasividad más o menos resignada; otro, con reacciones emotivas más o menos enérgicas. En el primer caso, está perdido: nada ni nadie le auxiliará. Quedará "a un lado". En el segundo, si bien a costa de Dios sabe cuántos contratiempos y amarguras, logrará al menos ser atendido de cuando en cuando; pero el hábito irascible o al menos malhumorado será ya en él permanente, aun en los más pacíficos y ecuánimes antes de su desgracia. Ello

se refleja no pocas veces en su fisonomía, y ejemplos ilustres, conocidos de todos, son Beethoven y Goya. En éste, en particular, puede seguirse la marcha del proceso a través de sus numerosos autorretratos y retratos. Desde la tranquila y aun optimista expresión de los autorretratos de la Academia de San Fernando y del Prado hasta su retrato por Vicente López media enorme distancia, llenada con innúmeros episodios, todos ingratos y algunos dolorosos.

Por ello creo que los Gobiernos debieran fomentar cuanto contribuyese a aminorar esta desgracia, desde facilitar la importación y fabricación de aparatos reforzadores del sonido hasta fomentar los estudios que tiendan, aun quirúrgicamente, al tratamiento de mal. Recientemente, el Dr. Aguilar presentó una comunicación interesantísima en otra entidad científica con casos operados según el novísimo procedimiento de una nueva "ventana oval". Y aun en otro aspecto bien distinto, no sólo permitir, como se hace en todas las naciones, sino incluso fomentar, la producción y exhibición de películas de cine "mudo", pues no sólo como factor de emoción artística, sino incluso docente, son (y eran hasta ha poco en España) el último y grato refugio de los que no oyen. Labor es ésta de trascendencia e importancia social y humanitaria: que no puedan creer los que no oyen, que fueron escritas para ellos las terribles palabras del Dante: "Abandonad toda esperanza."

DR. FERNÁNDEZ SANZ (*Contestación*):

Muy sinceramente doy las gracias a los Sres. Piga y Perera por su valiosa cooperación al tema de que tratamos.

Realmente yo no he presentado mi comunicación con el propósito, que hubiera sido impertinente y descabellado, de decir nada nuevo ni original, sino con el mucho más modesto de dar a conocer algunos hechos de

observación personal y, sobre todo, con la intención de que lo que yo dijera sirviera de estímulo sugeridor para que hicieran aportaciones al asunto mis compañeros de Corporación, tanto los numerarios como los correspondientes, a los que con tanto placer vemos de nuevo para participar en nuestras tareas.

Como mi propósito está logrado, y como, por otra parte, estoy completamente de acuerdo con lo tan acertadamente expuesto por los preopinantes, les reitero mi más profunda gratitud por el honor que me han dispensando, insistiendo en el valor de la opinión del doctor Perera, por carecer de la limitación de miras y por la ausencia de prejuicios, que existen siempre en el ánimo de los especialistas encastillados de por vida en los límites de la especialidad que cultivan, y agradeciendo una vez más al Profesor Piga, tan elocuente como erudito siempre, las frases de elogio que generosamente me ha dirigido, que me parecen injustas, porque no son dictadas por el ánimo imparcial de un juez severo y ecuanime, sino por la fraternal amistad que desde hace muchos años nos une, y que yo estimo en lo mucho que para mí vale.