

# Asistencia psiquiátrica moderna

Doctor JOSE SOLE SAGARRA

Director-Consultor del Instituto Psiquiátrico «Pedro Mata», de Reus.  
Neuropsiquiatra del Hospital Clínico y de otros centros médicos de BARCELONA.

LA modalidad especial de asistencia que requiere el enfermo psíquico, sobre todo el psicótico, ha sido una de las razones del diverso y a veces dispar desarrollo de la Neurología y la Psiquiatría. Y todavía hoy, en que la investigación somática del sistema nervioso central tiende a fundir en el concepto Neuropsiquiatría dichas especialidades, el tratamiento es el motivo externo que más las diferencia. La Psiquiatría tiene terapéutica común, no sólo con la Neurología, sino con el resto de las disciplinas médicas. Pero hay peculiaridades en la asistencia del enfermo mental que merecen atenta consideración. Nos referimos tanto a la asistencia frenocomial como a la de fuera del frenocomio.

La asistencia psiquiátrica propiamente dicha suele empezar en casa del paciente cuando éste tiene agitación psicomotriz, o en el despacho del especialista en el enfermo no agitado. De ambas partes, el enfermo puede ingresar en un sanatorio o seguir un tratamiento ambulatorio, extrafrenocomial. En el enfermo psíquico ambulatorio, solemos emplear los diversos medios psicoterápicos y algunos de los tratamientos biológicos modernos. Sobre todo los narcobióticos, los antibióticos y los sedantes, son los indicados en estos casos leves de la Psiquiatría, los cuales suelen ser los específicamente tributarios de la psicoterapia general o especializada.

Veamos las normas generales de asistencia al enfermo que, por incompatibilidad familiar o social, peligrosidad o mejor asistencia, debe ingresar en un establecimiento psiquiátrico. El ingreso en el sanatorio puede estar dificultado a veces por el estado de agitación del paciente, que hace difícil su transporte. Entonces tenemos dos posibilidades de actuación: mandarlo rápidamente al frenocomio mediante la llamada camisa de fuerza química (inyección intramuscular de una inyección compuesta

de morfina-escopolamina, de largactil, luminal o preparado similar), o tratar tal agitación en el domicilio del paciente. En este caso no pensemos nunca usar la fatídica camisa de fuerza, que está ya deserrada también de todo frenocomio moderno.

Para tratar un enfermo agitado en su domicilio se dispondrá una habitación sencilla y silenciosa sin cuadros ni muebles, aparte de la cama; puertas y ventanas seguras, vigilancia constante; alimentación adecuada, con sonda nasal si es preciso; sedación con envoltura termógena, baño caliente, narcobióticos, hipnóticos y absceso de fijación si es preciso; en muchos casos, dos o tres electrochoques resuelven la agitación. Según la enfermedad y las condiciones económicas, geográficas y de otra índole, insistiremos o no en tratar tales enfermos en su domicilio. Pero, en general, si al cabo de diez o doce días no remite el cuadro agitado psicótico el enfermo debe trasladarse al frenocomio, en donde el tratamiento mencionado puede proseguirse el tiempo que sea, con las ventajas, además, de una mejor organización y técnica asistencial, cambio de ambiente y no paralización de las actividades sociales de los deudos que han de cuidar al paciente.

Gracias a los tratamientos biológicos modernos y la asistencia psiquiátrica activa de base laborterápica, los frenocomios actuales han cambiado de carácter: el estatismo de antaño ha sido sustituido por dinamismo terapéutico. Los enfermos permanecen menos ahora en el frenocomio, que se va convirtiendo en hospital genuino y pierde el antipático carácter de asilo-prisión que tuvo hace sólo pocas décadas.

En general, la asistencia psiquiátrica debe ser precoz, oportuna y aceptada con la misma rapidez y sumisión que lo es cualquiera otra indicación médica o quirúrgica de urgencia. Para ello hay que



luchar contra el extendido prejuicio de que «tal vez la enfermedad no es aún suficientemente manifiesta para dar un paso tan grave», como es para el vulgo la reclusión del enfermo; prejuicio familiar que muchas veces impide llevar a cabo el tratamiento precoz, tan deseable en Psiquiatría como en Medicina toda. Sentada la indicación de internamiento, las condiciones económico-sociales del enfermo, su peligrosidad, abandono ético o resistencia a tomar alimento, nos dará la pauta para la elección del lugar de tratamiento, sea en servicio frenocomial abierto o cerrado.

En general, se empieza por tener en servicio cerrado al enfermo agitado que ingresa en el frenocomio, dándole libertad progresiva a medida que remite o se adapta, hasta llegar a salir y entrar del mismo, sea solo o acompañado por un enfermero. Por esto, el mejor establecimiento psiquiátrico es el mixto, de servicio cerrado y abierto al mismo tiempo.

En toda nuestra actuación con el enfermo psíquico obraremos con naturalidad, prestándonos sólo excepcionalmente a los subterfugios o comedias que las familias inventan para facilitarnos el primer contacto con él o cuando tiene que ser trasladado al frenocomio. Sin embargo, en este último caso nos veremos obligados alguna vez a engañar al enfermo para evitar resistencia en salir de su domicilio o a fuerte agitación durante el viaje de traslado. Todo ello a base de individualizar bien cada caso.

Como muchas de las recaídas de los enfermos dependen de la falta de tacto y colaboración de sus allegados, antes de que el enfermo remitido en el frenocomio se reincorpore al ambiente familiar y social, tenemos que prepararlo todo lo mejor posible para que dicho ambiente contribuya a conservar la higidez psíquica del ex enfermo mental. En los países más adelantados psiquiátricamente esto se resuelve mediante asistencia *heterofamiliar*, regulada por un organismo oficial y dirigida por psiquiatras competentes. Esta clase de asistencia persigue conservar las ventajas de la vida familiar sin sus inconvenientes; para ello se manda al enfermo a una familia extraña a él, preparada para tal cometido. Las familias de los enfermeros psiquiátricos o el intercambio de los enfermos entre sus respectivos círculos familiares son las soluciones prácticas más aconsejables de esta forma de asistencia extrafrenocomial. Es célebre en este sentido la ciudad belga de Gheel, que entre sus 25.000 habitantes se cuentan unos 3.000 enfermos mentales, distribuidos por todas las casas y controlados por psiquiatras y enfermeras visitadoras.

Este es el sistema concentrado de asistencia heterofamiliar. En otras partes (Escocia) existe el sistema disperso de tal asistencia psiquiátrica, o sea, los enfermos viven en casas de campo desparamadas por una determinada región, bajo control de médicos y enfermeras visitadoras. En Alemania se ha dado preferencia a la *asistencia homofamiliar* (*offene Fürsorge*), controlada oficialmente, o sea, los enfermos dados de alta del frenocomio van a sus casas, recibiendo visitas periódicas de personal especializado del establecimiento en que estuvieron internados.

En España está legislado el control de los enfermos durante los primeros meses de su reingreso en el ambiente familiar; los familiares deben escribir cada mes al frenocomio dando cuenta del estado del ex enfermo. En la práctica apenas tiene efectividad tal disposición, y cuando se cumple tiene poco

valor médico; es mejor el control directo mensual que hacen algunos directores de frenocomio, sólo realizable en pocos enfermos de Beneficencia, puesto que el frecuente sistema de contrato de servicios psiquiátricos por parte de las Diputaciones Provinciales a centros alejados de la provincia, hace imposibles los desplazamientos de los enfermos para control médico.

Como en nuestro país carecemos de esta clase de asistencia, debemos optar por mandar al paciente que sale del frenocomio en casa de los parientes o amigos más adecuados, siempre que sea posible, antes de mandarlo a su propia familia; para ello realizaremos un previo examen psicológico de la constelación familiar. Para el control adecuado y eficiente de estos enfermos egresados del frenocomio, con remisión más o menos completa, es valiosísima la colaboración de las enfermeras visitadoras, cuya actuación en España es modesta y reducida a contadas capitales, en contra de la gran extensión de su alto cometido médico-social en Norteamérica y otros países avanzados psiquiátricamente. Tal colaboración no se limita a la asistencia extrafrenocomial que comentamos, sino que es muy útil para la completa historia clínica biográfica que requiere todo enfermo mental. Los alegremente creados Dispensarios de Higiene Mental en todas las Jefaturas provinciales de Sanidad, pero poco cuidados en su desarrollo, son en el papel los encargados oficialmente de tal cometido en nuestro país; pero hasta ahora su eficacia es muy precaria.

Buen esquema de asistencia psiquiátrica es el *sistema graduado* o escalonado (BRATZ), o sea, agrupar concéntricamente los diversos tipos de asistencia, de modo que en el centro del sistema esté la clínica u hospital psiquiátrico; a su alrededor se sitúan pabellones para toxicómanos, psicópatas sociales, oligofrénicos y epilépticos, y más allá la granja-colonia para enfermos mentales crónicos y la clínica neurológica; en círculos más apartados se organiza la asistencia extrafrenocomial bajo control médico, que comprende la asistencia heterofamiliar (viviendas de personal subalterno), los dispensarios psiquiátricos y las clínicas psiquiátricas universitarias. Finalmente, están las actividades de la llamada Psiquiatría social y de la Psicoprofilaxis (dispensarios de higiene mental, lucha antialcohólica, etc.).

De tal manera, el frenocomio cumple una doble misión: centrípetamente recibe los enfermos procedentes de los dispensarios psiquiátricos y de higiene mental, así como los recaídos en la asistencia heterofamiliar; centrífugamente, el frenocomio regula la totalidad de las actividades psiquiátricas del país. Este sistema debe ser estatal, y es el llamado a desempeñar el principal papel en la asistencia psiquiátrica en los tiempos actuales de tendencia a la planificación social de la Medicina. En España está por nacer aún este sistema total, dinámico y eficiente de tratar a los enfermos psíquicos. Actualmente parece ser se estudia de un modo oficial su implantación.

Súperada la época de la asistencia frenocomial estática, representada por la clinoterapia (NEISER) y el baño prolongado caliente propugnado por KRAEPELIN, tal asistencia se ha hecho dinámica con la instauración de la *ergoterapia* y los tratamientos biológicos en los frenocomios. De las dos ramas ergoterápicas, la dedicada al trabajo o laborterapia, que el alemán H. SIMÓN estableció como norma de asistencia psiquiátrica, es la que más pronto alcan-



zó apogeo, culminando en la laborterapia intensiva, que puso en práctica nuestro malogrado maestro C. SCHNEIDER en la clínica psiquiátrica universitaria de Heidelberg, en la cual tuvimos ocasión de trabajar dos años.

Ultimamente adquiere una importancia equiparable la otra rama, la *ludoterapia* o terapéutica activa por el juego. Sobre todo, desde que se han demostrado los valiosos efectos terapéuticos de la psicoterapia en grupo, la ludoterapia ha alcanzado plena categoría científica. Aparte de los deportes, música y gimnasia, que no deben faltar en todo frenocomio moderno; el psicodrama puede dar en este sentido buen rendimiento terapéutico, aunque su aplicación se ha demostrado difícil en nuestro país, quizá por nuestra idiosincrasia individualista.

El trabajo manual dirigido científicamente es una de las armas modernas más eficaces para mantener tranquilos y adaptar a una existencia onerosa a los desgraciados enfermos mentales que se han hecho incurables y deben vegetar meses o años en el manicomio. Gracias a este método, los frenocomios que lo han adaptado, han perdido el carácter de asiloprisión de antaño, con sus rejas, altos paredones y celdas, convirtiéndose en verdaderas colonias de trabajadores tranquilos y contentos, porque tienen restos aún de conciencia de su responsabilidad biológica y de dar rendimiento social, no asistiendo a su autoderrumbamiento psíquico que la inactividad mental fatalmente comporta.

La extendida opinión de que el trabajo a la larga es perjudicial para la salud es completamente falsa. Un trabajo para el que no se está capacitado y lleve al agotamiento, sí que es causa de desequilibrio físico y mental. Pero una labor que corresponda a las aptitudes de cada cual, regulada por leyes adecuadas de trabajo, es beneficiosa para la robustez del cuerpo y altamente estimulante para el buen funcionamiento de las cualidades psíquicas y morales. El hombre nunca permanece sin hacer nada; si no hace lo útil, hace o piensa lo inútil. Este es el caso del hombre nervioso: si no se le ocupa en labor cotidiana enérgica por temor a su trastorno nervioso, al permanecer largas horas solitario, se enfrasca todavía más en sus quimeras y delirios. Aquí, la ociosidad es el comienzo de vicios (alcoholismo, onanismo) de demencia y de embrutecimiento psicofísico para toda la vida.

Una ocupación adecuada y productiva engendra en toda persona, sana o enferma, reposo interno y externo y ejerce inmejorable acción beneficiosa sobre la totalidad de las funciones orgánicas y psíquicas. Su ausencia produce malhumor y enojo, irritabilidad y sentimientos nocivos. Eso se comprueba, más que en todas partes, en los sanatorios de enfermos mentales. Por esto, desde hace unos años las naciones avanzadas adoptaron la laborterapia como arma terapéutica, y pueden vanagloriarse de sus beneficiosos efectos rehabilitadores en los más desgraciados enfermos de toda la patología.