

la obligada interrupción impuesta por la brusca conmoción de la vida española, un paréntesis en el que todo quedó en suspenso, porque se vivían momentos de crisis en el latido biológico y espiritual de la Patria. Nuestra Institución de cultura médica, no pudo abstraerse al colapso y a las dificultades que han supuesto excepcionales momentos en la Historia Nacional, pero ahora, al incorporarse de nuevo el cuerpo colectivo que representamos los españoles en el concierto de presencias y voluntades mundiales, queremos recobrar también nosotros nuestra normal postura, aquella misma sin duda que preconizaron y llevaron a cabo, los que nos antecedieron.

Pensando en ellos, sacamos esta Revista con su antiguo título de «Gaceta Médica del Norte». Revista a la que queremos dar ahora el aire de nuestros tiempos. Si todo esto pudiera parecer excesivamente ansioso, contamos con la garantía de figuras médicas que nos van a honrar con su colaboración y prestar su aliento para dar a la empresa el rumbo que anhelamos, nos van a favorecer los esfuerzos de nuestros estudiosos y sobre todo contamos también con algo tan esencial, que inicialmente es necesario poseer, como la tensión del arco de las intenciones de todos nosotros hacia las finalidades que deben guiar al médico, cuando quiere vivir, precisamente, en aquella equilibrada y cerrada vibración que supone plenitud de la función médica.

PROGRESOS RECIENTES EN TERAPÉUTICA Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICAS (1)

POR

CÉSAR A. FIGUERIDO

PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

ACADÉMICO CORRESPONSAL DE LA REAL ACADEMIA
DE MEDICINA (MADRID)

SEÑORES:

ME encuentro aquí para cumplir un deber señalado por nuestros Estatutos, disposición reglamentaria que si por una parte puede servir a Vds. de aclaración para explicarse mi presencia en este lugar, por otra no ha dejado de constituir para mí una honda preocupación, al querer traer ante Vds. un tema que pudiera interesar a la mayoría. No sé si habré acertado con la elección efectuada, pero de todos modos me consuela el hecho de que durante el curso que hoy se inaugura, han de encontrar Vds. la compensación y superación de estos momentos iniciales a mi encomendados.

Voy a tratar de resumir aquí tres aspectos de progresos recientemente logrados en el campo de la Psiquiatría. En la primera parte me ocuparé de las características y significado de la llamada laborterapia a los Schneider. Pasaré luego a los resultados obtenidos con los modernos procederes terapéuticos convulsivantes, deteniéndome en ellos por contar con propia y particular experiencia. Por último trataré de la asistencia extrasanatorial y del perfil de una asistencia psiquiátrica al día.

(1) Conferencia inaugural del curso académico 1943-44.

A - Características y significado de la nueva laborterapia a lo Schneider

Si repasan Vds. las revistas de Psiquiatría de hace 10 años, se encuentran con que se habla, siguiendo las ideas de Berze, de que en la Esquizofrenia, de cuya enfermedad sufren el 70 por 100 de los pacientes de los establecimientos psiquiátricos, tiene momentos de actividad llamados procesales y otros de inactividad, residuales, de defecto, leyéndose en tales trabajos, que en los momentos activos procesales hay que actuar preponderantemente por medios biológicos eficaces y en los momentos de defecto por métodos psicoterápicos, pero al señalarse luego los métodos biológicos activos, se limitan las revistas a indicar procedimientos tan modestos como la piritoterapia y la narcosis permanente a lo Klaesi.

Por otra parte si Vds. se ven obligados a asistir a un enfermo mental agudo, se ven impelidos a utilizar hipnóticos intensa y quizá duraderamente, a aislar a los enfermos y si cabe a sujetarlos y a ponerles una camisa de fuerza, exactamente lo mismo que lo que se hacía hasta hace muy poco tiempo en los Manicomios.

Pero hoy disponemos de más ricos medios de combate. Junto a la shockterapia por medio del cardiazol (Meduna), insulina (Sakel) o Electroschock (Bini y Cerletti), etc.; contamos también con los métodos incluidos en la llamada laborterapia o terapéutica por el trabajo tal como la concibe Schneider, que como terapéutica causal, y no sólo sintomática, debe figurar al lado de la terapéutica por los shocks y hasta en ciertos casos superarla, como ante cardiopatías, fiebre, esquizofrenias con alteraciones encefalográficas semejantes a las de la Epilepsia (Davis Jung) (1), catatonias agudas graves (Scheidegger, Stauder), etc.

En la nueva laborterapia se trata, en suma, de la reglamentación científica de lo que se conoce con el nombre de trato con los pacientes, trato que podemos definir como la vibración interhumana entre sanos y enfermos y entre enfermos consigo mismo, en especiales situaciones de vida y de trabajo. Se sabe por la vieja Psiquiatría la importancia que encierra el trato con los pacientes;

(1) Jung R. - Schizophrenie-Fortsch. der Neurol. Psychiatr. und ihrer Grenzgeb. H. 6-7, 1943.

allí se hacían referencias a la necesidad de ser sinceros y veraces con los enfermos —es decir, lo contrario de lo que hace la gente— de no humillarles ni desalentarles, de no ahorrarles una censura por compasión, etc., pero ha sido Simon —con el precedente de España, de Escocia y las iniciaciones de Pätz y Neisser— quien ha dado carácter científico a la forma de tratar a los pacientes con su bien conocida terapéutica por el trabajo. Simon (2) vino, con su experiencia y sus obras, a transformar la organización de los Sanatorios psiquiátricos; antes de él, el Manicomio o había sido un almacén de enfermos en el que todo era aislamiento y camisa de fuerza y en el que no regía más idea directriz que la de evitar, con el internamiento, molestias a la sociedad, o un establecimiento de tipo clínico en el que predominaba el uso y abuso de hipnóticos y la permanencia en cama. Así se podría llegar a una quietud, pero como dice Simon, aquello era la quietud de la tumba y la vida no es quietud, sino actividad. En consecuencia organizó su establecimiento y propugnó la organización de los demás, con arreglo al principio de la terapéutica por el trabajo, poniendo con ello también de manifiesto la relatividad de los síntomas, hecho que ya Bleuler había señalado al referirse a la relación de síntomas y situaciones, Kleist apuntado al destacar el carácter vencible de las estereotipias y que hoy confirmamos con la perspectiva y la elasticidad de nuestro diagnóstico psiquiátrico bien alejado del primitivamente supuesto carácter absoluto de los síntomas.

Podíamos decir, que tres principios fundamentales dirigen la terapéutica a lo Simon: 1.º La organización laborterápica del ambiente que ha de recibir y en el que ha de vivir el paciente, como medio de indirecta influencia sobre éste. Como en los pacientes está aumentada la sugestibilidad, la propia y externa imitación, como ocurre en los niños, Simon aprovecha esa indirecta acción del ambiente para llevar al sujeto los hábitos sociales del trabajo. 2.º Procura una decidida lucha contra el desorden y el ruido, apartando temporalmente a los alborotadores mediante cortos

(2) Simon H. — Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin und Leipzig 1929.

Simon H. — Ergebnisse einer aktivere Krankenbehandlung in der Heil- und Pflegeanstalt. Deutsch. Mediz. Woch. N 34.1938.

Müller M. — Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig 1936.

aislamientos. 3.º Establece tal relación de trabajos y departamentos, de suerte que el enfermo se ve estimulado hacia arriba, espolado en sus aspiraciones para llegar a otros departamentos en los que goce de más comodidad y libertad. Pero Simon nos habla de una responsabilidad en los enfermos y una consecuencia semejante a lo que sucede con la educación de los niños, utilizando por lo tanto aclaraciones psicológicas que no nos sirven para explicarnos el procedimiento en el caso de los enfermos agudos y confusos, como igualmente nos hacía falta también cierta especificidad de métodos, según el cuadro sintomático, y la relación de los diferentes procedimientos curativos, en cuya mutua acción reside para Schneider, la finalidad del ulterior desarrollo de los métodos curativos psiquiátricos.

Tampoco se aclaran mejor las cosas cuando se nos habla de que mediante dicha actividad trabajadora se desvía el enfermo de sus vivencias patológicas (Wagner) o lo que es casi lo mismo, dicho con un lenguaje paralelista, que la ejecución de un trabajo corporal desvía el ánimo y las ideas hacia un campo neutral (Cullen) o cuando se nos dice que la atención es un tónico del cerebro (Schüle), que aumenta la capacidad de concentración del paciente, o con un sentido adleriano, que el trabajo va unido a la seguridad del Yo al aumentar la confianza del individuo en sí mismo y en el ambiente, o cuando se nos añade, que con el trabajo la vida tiene una finalidad que dirige la actividad y hace nacer la confianza (Beringer) o con un sentido moral, que el individuo que trabaja, al apreciar el valor de su propio esfuerzo, sabe considerar mejor al prójimo comprendiendo también el esfuerzo ajeno, surgiendo algo común valorativo. Todo esto es cierto, pero en tanto en cuanto el paciente no sea un agitado y confuso, porque entonces las interpretaciones psicológicas no nos aclaran como actúa el trabajo en una conciencia turbia. La realidad es que con todo eso, se olvidan de las existencia de movimientos afectivos e instintos fundamentales, como le ocurre, sin duda a Bonfiglio, al decir que la terapéutica de ocupación no es utilizable en enfermos agudos, como también al considerar dicha terapéutica como meramente sintomática, a diferencia de los *schocks*, que al actuar sobre lo somático, obrarían indirectamente sobre lo psíquico, consideración hecha con un punto de vista, como puede verse, rezumante de paralelismo.

Supuso sin duda un progreso el que Nitsche se dirigiera a la

esfera de los intereses y los movimientos de ánimo, dentro del ejercicio funcional de la terapéutica de ocupación, pero para llegar al empleo de dicha terapia en casos agudos con determinaciones sobre tendencias biológicas que albergan los síntomas, en cada caso particular, capacidad de ejercicio y conexiones funcionales, etcétera, hay que llegar a Schneider; este investigador (1) nos enseña la importancia biológica del trabajo, cuando al intoxicarse por mescalina (que produce un estado alucinatorio) se hizo situar ante aquél, pudiendo comprobar que en esta vivencia del trabajo no tiene lugar una regulación consciente de funciones psíquicas, ni depende todo de un conocimiento de exigencias (al enfrentarse la situación del trabajo y la impresión que le corresponde a la vivencia patológica) sino que se trata de algo inconsciente, instintivo, como cuando un conductor de automóvil, en estado de embriaguez, se encuentra de súbito ante una situación de peligro. Estamos ahora en condiciones de comprender lo que puede ocurrir cuando un enfermo mental agudo es sometido a la terapéutica por el trabajo.

No cabría ahora preguntarse, según lo que llevamos dicho, que tenemos que hacer ante un enfermo con conciencia turbia, puesto que Schneider nos señala el camino. Hay reacciones instintivas y movimientos sentimentales que pueden aprovecharse, porque el enfermo queda accesible a la intervención interhumana de los sanos, a la vibración con los movimientos del ánimo del sano y con ello a la evidencia de las acciones, a la dirección intuitiva del paciente. Se aprovecha, por ejemplo, la capacidad de estimulación del instinto, su conservada accesibilidad, la incitable atracción hacia estímulos, el instinto de sumergirse en una movible actividad, etc.; en otros casos la curiosidad del enfermo por el comportamiento del sano, predominios de aspectos funcionales, etc.; se pueden estimular así conexiones dominantes en los acontecimientos psico-físicos del organismo, según principios vitales de regulación, muy poco considerados hasta hoy, como veremos más adelante, refiriéndonos a estos predominios funcionales al tratar de las uniones de síntomas en la Esquizofrenia.

Preocupa primariamente, según decimos, establecer una relación interhumana, una reacción interpersonal en situaciones que

(1) *Schneider C.*—*Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten.* Berlín 1939.

constituyen el marco de actividades y trabajos que en sí mismos llevan también un sello colectivo, pero a veces la simple acción interhumana es suficiente—como veremos—para la deseada acción terapéutica, por esto habla Schneider de la «llamada terapéutica de ocupación». De aquí la decisiva importancia de la personalidad del médico, la de los enfermeros y la organización de la vida total del establecimiento como subrayaba Simon. A base de vías de acceso psíquicas, dice Schneider—se mantiene la capacidad de ejercicio, aprovechando lo que queda conservado y utilizable, en tanto que si se abandona al enfermo, cae en un caos de mutuas interacciones de funciones enfermas, sin principio ordenador alguno, ni posible organización. En las diferentes enfermedades hay también un diferente comportamiento de los variados procesos psíquicos, estudiando también en cierto grupo de enfermedades y en esta psicobiología de funciones, conexiones psico-somáticas que apreciadas en uniones de síntomas—Symptomverbänden—y gobernadas por una misma ley biológica e integrando todo un acontecimiento psico-físico, nos puede servir de utilidad en terapéutica psiquiátrica.

Cuando se habla de acción interhumana se debe pensar mucho más que en elaboraciones conscientes, en movimientos sentimentales e intenciones, estados de ánimo y sentimientos de valor, comprensiones transferibles; sin duda hay algo instintivo-afectivo que enlaza, algo que relaciona, semejante a lo que desde la infancia supone necesidad de estimulación y sometimiento a modo de núcleo o radical de nuestros procesos psíquicos vitales que así son estimulados, dirigidos y desarrollados (1). Se quiera ver la influencia de la sugestión, imitación, curiosidad, accesibilidad, afán de actividad, etc., o también en otro lenguaje, transferibles iniciativas, especiales y terapéuticas situaciones reactivas en relación al prójimo y al trabajo, es lo cierto que todo ello no es más que vía de acceso para particulares procesos de ejercicio, como subraya Schneider. En el largo aislamiento de los pacientes, se impide precisamente el equilibrador trato humano, fomentándose por el contrario el ejercicio patológico de funciones. La conveniente acción interhumana, aprovechando campos funcionales accesibles,

(1) Véase sobre las actitudes de sometimiento y libertad, dependencia y autonomía en el proceso evolutivo del desarrollo de la personalidad, mi opúsculo «Existencia y Neurosis». Bilbao 1943.

supone la eliminación de procesos de ejercicio patológico y su desconexión, el cierre de desviaciones, la estimulación de lo sano adormecido y la apertura del recto camino, la canalización de sobrantes impulsos mediante el trabajo, la eliminación o enquistamiento de lo patológico.

Para grabar mejor las ideas, veamos un caso típico. Ante los enfermos agudos hay una tendencia a dar hipnóticos a grandes dosis y en forma continuada, cosa que rechaza la Psiquiatría de hoy, que si utiliza aquéllos es con verdaderas indicaciones biológicas. El hipnótico dado en aquella inconveniente forma, no hace más que perjudicar al paciente; altera los centros vegetativos subcorticales, originando en consecuencia disregulaciones en el metabolismo, la circulación y la respiración, disminuye el apetito viniendo a añadirse su acción a la que resulta de la falta de alimento y de los mecanismos y acciones causados por la enfermedad, todo lo que aumenta la agitación de los pacientes; en lo psíquico acrecienta la turbación de la conciencia y las alucinaciones y embota las funciones conservadas que precisamente son las que utilizamos en la laborterapia. La Psiquiatría de hoy y en general (salvo la cura de Kläesi) solamente utiliza las «camisas de fuerza químicas», para los casos de traslado de un enfermo agitado u otra ocasión en que el enfermo haya de mantenerse en quietud. En cambio, según las ideas actuales, uno de los recursos principales a utilizar es el de la laborterapia. Veamos como:

Supongamos una contusión cerebral que origina una confusión agitada. Lo primero que *no hay que hacer* es que el enfermo vea varias caras, ni que le hablen todos a la vez, ni que se le traslade de cuarto en cuarto. El enfermo no tiene más que obscuridad y caos en su mente y lo que hay que procurar es darle luz, un punto de apoyo para que salga del atolladero. Lo que haremos es: colocar una Hermana de la Caridad o Enfermera cerca del paciente (en los primeros momentos de agitación en cuartos aislados) con objeto de establecer en los momentos propicios una conveniente relación interhumana, que será a modo de puente de unión entre el sano y el enfermo; aquí no se trata del trabajo, sino del simple enlace con el paciente. Se procura hablarle con cortas y acertadas palabras en relación a las oscilaciones de la conciencia y a deseos momentáneos; se procurará aprovechar la ocasión de peinarle y asearle, para dar al enfermo la no-

ción de su propio cuerpo, etc. Hay que actuar con paciencia, habilidad, oportunidad. Establecido por fin este enlace elemental, se podrá pasar a que el enfermo realice determinados y sencillos trabajos, cuando tenga su conciencia más clara, como el de arrollar vendas con un aparato especial que sólo exige actividades automáticas, pero para esto la persona sana ha de dirigir intuitivamente la actividad del enfermo (es condición previa del tratamiento de toda excitación, el trabajo aislado, conducido); el sano comenzará a realizar los movimientos y después vendrán los movimientos dirigidos del paciente. Se hablará poco y terminantemente, exponiendo o resaltando el objeto concreto de la actividad. De esta forma se va logrando la recuperación del paciente; más tarde, se pueden situar otros enfermos trabajadores alrededor de la misma cama o bien se traslada al sujeto a otro departamento de trabajo, consiguiéndose, de este modo progresivo, la recuperación y adaptación del enfermo.

Schneider aprovecha en estos casos lo que queda estimulable, de naturaleza instintiva y primaria; la necesidad de incitación, la instintiva atracción hacia estímulos psíquicos (como la que se observa en los niños en la edad de la lactancia) etc. Todo esto quizá no nos extrañe si recordamos que la vieja Psiquiatría hablaba de locuras parciales. En el ejemplo del enfermo agitado, acabado de citar, se aprovecha tendencias conservadas. En otros casos, por ejemplo, se sale al paso de la tendencia que manifiesta los síntomas en dominante y accesible inclinación, para tratar de compensarla. Veamos el caso de los pacientes con delirio de perjuicio. Según el proceder de Stransky y Kogerer, hay que actuar psicoterápicamente en determinados momentos cerca de estos enfermos, que integran gran parte de grupos esquizofrénicos, para ayudarles en la valoración y estimación de lo patológico y de lo real, a fin de que el paciente, tolere, disimule y se aparte de sus vivencias anormales. El enfermo puede pasar así, de actor a espectador de sí mismo, pudiendo vivir por lo tanto en un campo más neutral. Pero también puede actuarse en una terapéutica colectiva, de tal forma, que se procure compensar la tendencia patológica. Por ejemplo se sitúa al paciente en tal situación de trabajo y en tal relación a sus compañeros de tarea, de los que sospecha, de modo que tenga que agradecer a ellos facilidades, ayudas, etc.; de este modo puede tener lugar cierto equilibrio de la tendencia morbosa, surgiendo confianza interhumana y venciendo la enemistosa actitud

de perjuicio y de sospecha y siendo así posible un apartamiento, enquistamiento o encapsulamiento de lo patológico. Se puede llegar de este modo, según comparación de Schneider, a estados semejantes, a los de la Somatopatología, en los que aun habiendo predisposición para el edema en las enfermedades del corazón, por medio de previas condiciones biológicas, dicho edema no llega a presentarse.

Nos habla también Schneider de la unión de síntomas y de sus leyes biológicas, como nuevo aspecto de prometedor significado para la terapéutica y para la clínica, a modo de íntegros acontecimientos psicofísicos, aplicables, por ahora, a la Esquizofrenia. No se trata de considerar de modo general la unidad psicofísica de la personalidad, ni del encuadramiento de una aparente forma de síntomas, unitaria y absolutamente vistos, sino de relaciones de trastornos parciales o partes funcionales psíquicas con alteraciones físicas. Pensamiento, sentimiento, voluntad, no son algo unitario biológicamente, sino que parece haber particulares aspectos funcionales, según aquellas dichas dependencias. En cada unión de síntomas se encuentran trastornados distintos procesos particulares (y no en forma unitaria y total) y en relación psicofísica. Schneider diferencia tres tipos de uniones de síntomas, en cuyas características no debemos entrar aquí. La habitual agrupación de la Esquizofrenia, dará ahora paso a esta nueva consideración, según la cual habrá que buscar en cada caso habido, las tres conexiones citadas de síntomas en su unión cambiante, aunque con el predominio de alguna de ellas, orientándose ahora la terapéutica según la agrupación biológica de la Esquizofrenia, al darse distintos trabajos, de acuerdo con el tipo biológico de enfermedad. Sin seguir por este camino, nos limitaremos a señalar que aquí y en lo antes expuesto y aún sin proponérselo, coincide Schneider, en cierta forma, con el estado actual de la Psicología del trabajo, en cuanto a cierta especificidad del acto de trabajo, como peculiar función, y en cuanto al ambiente, en amplio examen de las relaciones interhumanas.

Podríamos resumir así los nuevos conceptos de Schneider: Resalta la importancia de la colectividad, del prójimo, de la relación interhumana, del trato, como factor decisivo para modificar la conducta del individuo enfermo, aprovechando para ello las vías accesibles existentes, como puente de unión entre el sujeto sano y

el enfermo. Nos muestra la necesidad de recoger la tendencia que anima los síntomas (como en la vida tenemos que acostumbrarnos a captar las intenciones ocultas detrás de las palabras) y los aspectos funcionales dominantes. para recordarnos también los núcleos y conexiones dinámicas, según dependencias biológicas del organismo, en uniones de síntomas que caracterizan síndromes de promedior interés para la terapéutica y nosología psiquiátricas.

B - Resultados de los modernos tratamientos por los Schocks convulsivantes

Para resaltar los resultados habidos con la terapia convulsivante, comenzaremos por hablar de las depresiones, en las que se logran indudables beneficios; medio terapéutico soberano le llama Küppers. Utilizando el cardiazol se llega a contar un 100 por 100 de curaciones (Küppers, Benett, Serko, aunque quizá con escaso número de casos) 94 por 100, señala Broggi, etc. (1) Es de hacer notar, que es posible la franca recuperación de los enfermos entre los 2 y 7 ataques, lo que sirve a Küppers para diferenciar en casos dudosos lo que es depresión circular, de la esquizofrénica, además de que en la circular no hacen falta accesos de consolidación, como ocurre en la Esquizofrenia.

En lo que respecta al Electroschock (que como se sabe y a diferencia del cardiazol, no produce vivencia alguna de angustia) se vienen señalando magníficos resultados: Un 93 por 100 de curaciones en casos recientes, un 88 por 100 en los crónicos (Müller)— en depresiones excluyendo la involutiva. — Sogliani encuentra un 90 por 100 y 81 por 100 respectivamente.

Veamos la estadística suiza citada por Müller (2) referentes a numerosos casos tratados por Electroschock (en total 503 enfermos, incluso no depresivos; citamos aquí solamente los de esta clase).

(1) Müller M. - Die Insulin, und Cardiazolbehandlung in der Psychiatrie. Fortsch. Neurol. Psych. und ihr. Grenz. H. 8, 9, 10, 11. 1939.

(2) Müller M. - Die Elektrokrampfbehandlung. Fortsch. Neurol. etc. Junio 1941.

	REMISIONES COMPLETAS Y SOCIALES		INFLUIDOS		
	Casos agudos-crónicos		Ag.	-	Cr.
Melancolías endógenas	88 %	- 80 %	100 %	-	85 %
Melancolía involutiva	100 %	- 42 %	100 %	-	84 %
Depresiones esquizoides	50 %	- 57 %	100 %	-	95 %

El campo de la Esquizofrenia es el gran problema de la Psiquiatría. Ya hemos dicho que un alto porcentaje de los enfermos atendidos en los Sanatorios, son esquizofrénicos. Resulta característico de la enfermedad la alteración que deja en la personalidad, lo que permitió a Kraepelin establecer su diagnóstico por el curso, aunque actualmente se va admitiendo la posibilidad de mayor número de remisiones y prácticas curaciones. Kraepelin admitía un 26 por 100 de remisiones en la Demencia precoz; Pfersdorf las observa en un 15 por 100; en 1.000 casos encuentra Kraepelin un 12,70 por 100 que llegan hasta la capacitación profesional (1). Dukor ha reunido una porción de estadísticas para valorar el porcentaje de remisiones espontáneas y curaciones a la salida del brote — que diferencia del pronóstico general a largo plazo de la Esquizofrenia— encontrando aproximadamente el mismo número de remisiones completas en los diferentes investigadores reunidos: 20,9 por 100 (Braun-Bumke), 20,2 por 100 (Dussik), 21,5 por 100 (Mayer-Gross, Gutmann) (2).

¿Cómo mejoran los resultados, con los tratamientos convulsivantes, sobre estas cifras de las remisiones espontáneas? Según se desprende de los resultados reunidos por Meduna y Friedmann, referentes a estadísticas americanas y europeas, con la nueva terapéutica convulsivante (cardiazol) se logra, cuando la enfermedad ha durado menos de medio año, un 60,25 por 100 de remisiones completas en las estadísticas americanas; cuando dura menos de un año se obtiene un 49,1 por 100 de remisiones completas (en las mismas estadísticas americanas); cuando la dolencia no ha pasado del año y medio de duración se logra un 49,6 por 100 en las estadísticas europeas. Por lo tanto puede decirse que con el citado procedimiento convulsivante:

(1) Kohn B. — Schizophrenie. Handb. d. Erbkrank. B. 2. 1940.

(2) Müller M. — (loc. cit.)

Cuando la dolencia ha durado menos de medio año se triplica la cifra de remisiones espontáneas.

Si la enfermedad ha durado alrededor del año, se duplican dichas cifras.

Sobre año y medio de duración de la enfermedad, las remisiones son escasas (13,32 por 100 en las estadísticas europeas).

Si ahora consideramos además los casos influidos favorablemente en las estadísticas americanas antes citadas y los de los hallazgos habidos en las clínicas alemanas, datos recogidos por Küppers, resulta el siguiente cuadro:

Estadística americana

	R. C. (1)	Mej. (2)	Total
Bajo 1/2 año	— 60,25 %	— 20 %	80,25 %
Entre 1/2 y un año	— 38,8 %	— 23,13 %	61,93 %
Por encima de un año	— 8,36 %	— 37,7 %	46,06 %

Estadística de Küppers

	R. C.	Mej.	Total
Bajo un año	— 53 %	— 25 %	78 %
De 1 a 2	— 14 %	— 51 %	65 %
Sobre 2 años	— 13 %	— 42 % (inclinados a la remisión)	
	— 2 %	— 16 % (no inclinados a la remisión)	

Recordaremos que Sogliani con el Electroschock encuentra en los esquizofrénicos, cuya duración de enfermedad se halla por debajo del año, un 61 por 100 de influencias favorables, en tanto que en cuanto pasa del año la cifra queda reducida a un 20 por 100. En la estadística suiza se encuentra (en cuanto a la Esquizofrenia tratada con Electroschock) un 48 por 100 de curaciones en los casos agudos, un 5 por 100 en los crónicos; un 85 por 100 de influidos favorablemente en casos agudos; un 54 por 100 en los crónicos.

Pero las cosas son indudablemente más complicadas, si se siguen a los enfermos una vez salidos del Sanatorio, apreciándose

(1) R. C. — Remisión completa.

(2) Mej. — Mejoría.

entonces remisiones espontáneas más altas que en las fechas de salida, como lo demuestran los estudios de Lehoczky, Eszenyi, Horanyi-Hechst y Bak (1), lo que hace dudar a estos investigadores de la eficacia de los modernos tratamientos de la esquizofrenia; en casos recientes, bajo medio año de duración de enfermedad, se llega de 27,03 por 100 hasta 46,5 por 100 de remisiones de aquella clase, en las citadas circunstancias de observación.

Por otra parte se habla de haberse logrado remisiones sociales espontáneas más o menos completas, con cuyas cifras deben compararse las antes citadas referentes a la totalidad de casos influidos favorablemente:

75 por 100 — Bleuler - Zablocka en 1908.

60 por 100 — Braum - Bumke, en 1927 - 36.

45 por 100 — Briner en 1938.

42,8 por 100 — Mayer-Gross, Gutmann en 1939 (2)

Hemos de recoger también que Bleuler (M) (3), en reciente estudio, demuestra que la esquizofrenia en forma oscilante puede llegar a la curación en un 25-35 por 100 de los casos y los de Grin, entre otros, enseñan que las esquizofrenias agudas pueden alcanzar una curación espontánea práctica en un 38 por 100, aunque en parte parece tratarse de Psicosis hiperquinéticas, hoy no incluidas en la Esquizofrenia. En la estadística de Neumann y Finkenbrink se informa sobre 4.254 pacientes que ingresaron en la Clínica de Hamburgo en el período 1910-1930, con los siguientes resultados:

De 4.254 remiten en total un 44,4 por 100.

De 80,7 por 100 que tuvieron solamente un brote, remiten 26,4 por 100.

De 1.769 con un brote agudo, bajo un año de enfermedad, remiten 50,8 por 100, en amplio sentido.

Si se comparan las cifras de remisiones completas en casos recientes tratados, con las de los no tratados (con doble y triple superioridad) y las de la totalidad de casos favorablemente influidos con las de espontáneas remisiones sociales en amplio sentido, resultan mejoradas las correspondientes a las remisiones terapéuticas (más en el grupo primero), pero ocurre sin embargo, que

(1) W. Skalweit - Schizoplrenie - Fortsch. Neur. Psych. August. 1939.

(2) Müller - (loc. cit).

(3) M. Bleuler - Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Leipzig 1941.

en unos y otros casos se demuestra la influencia del tiempo que dura la enfermedad (que como recordaremos parecía mostrarse-nos como factor decisivo en las remisiones terapéuticas) para el pronóstico de la esquizofrenia; Jung, dice «En general, puede determinarse que con la creciente duración de la enfermedad, el pronóstico es más desfavorable y que las esperanzas de curación en los casos que empiezan de forma aguda, son las mejores». Recordaremos que Magenau (1) cifraba en un 70 a un 80 por 100 las remisiones logradas por los tratamientos, en una época en que no se contaba con la moderna shockterapia, con tal de que se instauraran aquellos precozmente. Nos encontramos ante el difícil problema de la comparación de las remisiones espontáneas con las terapéuticas, para la que existen dificultades derivadas de los límites del concepto de esquizofrenia, de poderse agrupar bajo el mismo título lo genuino y lo esquizofrenoide, del diferente concepto de remisión que se posea, y de la consideración o no del tiempo de enfermedad.

Haré ahora constar aquí, los resultados obtenidos en los escasos pacientes por mí tratados hasta ahora con Electroschock y en tratamiento ambulatorio, aun reconociendo que es número insuficiente todavía, para obtener conclusiones.

	REMITIDOS	MEJORADOS	NO INFLUIDOS
Depresiones: 16 (100 %)			
Psicopatía anancástica (Obsesiones, fobias) 2		Nueve; de ellos 5 con muy notables beneficios.	
	REMITIDOS	MEJORADOS	NO INFLUIDOS
Menos de 1/2 año	3	6	1
Esquizofrenia.			
Más de un año	—	—	2

Reconocemos, como decimos, el escaso número de nuestros casos recogidos y también la necesidad de mayor tiempo de observación, tras el tratamiento, de algunos de ellos. Preparamos una más fundamentada elaboración estadística de estos y otros pa-

(1) Magenau O - Die Behandlung der akuten Schizophrenie in der freien Praxis. Z. Neurol. 139. 1932.

cientes actualmente en tratamiento, pero creemos que podemos adelantar: Los excelentes resultados obtenidos en la melancolía endógena; el alivio efectivo o posible remisión (menos frecuente) conseguidos en las personalidades compulsivas que se ven atormentadas con temores, pensamientos, tendencias y acciones obligadas e impuestas, escrúpulos y dudas, con las que luchan, inseguridades y ambivalencias, con fondo angustioso, que tratan de compensar y prevenir con concienzudas seguridades y complicadas y mágicas fórmulas (ceremoniales), resultados favorables que pueden lograrse sin recurrir a costosas y largas técnicas psicoanalíticas (que hace falta dominar tanto como la propia afectividad) o sin embotarse con hipnóticos. Es aventurado predecir nada del escaso número de enfermos esquizofrénicos tratados; ya antes hemos hablado de las dificultades existentes en la apreciación de estos casos. La prueba decisiva la encontraremos aquí, cuando se compruebe dentro de pocos años, que el número de esquizofrénicos que albergan los Manicomios, ha sido efectivamente reducido.

Pero no se trata, sin duda, de cifrarlo todo en estos tratamientos, sino en la combinación de los modernos métodos shock-laborterápicos, donde, como piensa Schneider, está posiblemente el porvenir de la terapéutica psiquiátrica, con tal de que se aplique en los momentos iniciales de las dolencias y con la precoz atención que se debe a los enfermos mentales y que propugnara Griesinger.

C - Asistencia psiquiátrica extramanicomial - - -

Cuanto acabamos de decir, desplaza el enfoque psiquiátrico hacia vanguardias urbanas (Clínicas y Hospitales psiquiátricos), que cuenten con una previa obra de diagnóstico precoz (Dispensario de Higiene Mental), quedando de esta manera constituido el brazo premanicomial de la Asistencia psiquiátrica.

Por otra parte, el Sanatorio es sólo una estación de paso hacia el exterior, es sólo una provisional sociedad, que debe substituir, temporalmente, a la real, más exigente, por lo que hay que lograr que los resultados obtenidos en los pacientes, no sean sólo favorables para el establecimiento, porque si la cosa se limitara a ésto, el Sanatorio se convertiría en «la única posibilidad del contacto con la realidad» (Müller). Por esta necesidad de evitar esta adaptación relativa (además de que permite dejar camas libres en

los establecimientos, disminuir el promedio de duración de estancias, etc.), se fomenta hoy la asistencia familiar extramancomial, (1) que tiene lugar en dos formas:

1. — Por la Asistencia familiar organizada alrededor de los Manicomios, a base de las familias de los enfermeros de los mismos Sanatorios. (El paciente, aquí, no es dado de alta y la asistencia funciona en íntima relación con el establecimiento y como su grado más social).
2. — Entregando los enfermos, generalmente, a sus propias familias (aunque también puede ser a extrañas) y encargando de la dirección psiquiátrica necesaria, al Dispensario de Higiene Mental. Aquí, los enfermos están con permiso o con alta (Asistencia abierta, que conviene diferenciar del llamado servicio abierto intra-hospitalario) destinado «a la asistencia de enfermos neuróticos o psicóticos que ingresen voluntariamente y de los enfermos psicóticos ingresados por indicación médica, que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad».

El tipo alemán de permanencia familiar es un suplemento del Manicomio, reunido en las proximidades del mismo; los enfermos son atendidos por médicos del establecimiento especialmente destinados para ello. La asistencia familiar por distritos (Kreisfamilienpflege) no ha tenido todavía en aquel país, una tan extensa realización, salvo en Königsberg. La asistencia en Gheel (Bélgica) es en zona limitada (tipo concentrado); en Escocia se distribuye por la región (tipo disperso), pareciéndose a la asistencia familiar por distritos que hemos referido. Existen además los Hogares de asistencia (Pflegeheime o Heimpflege) desarrollados especialmente en Berlín y Gau-Hessen-Nasau (Establecimientos de Eischberg, Hadamar, Herborn) así como en el Sanatorio de Schleswig-Staffeld. Los enfermos son aquí atendidos en lugar de en número de dos o tres, como en la asistencia familiar, en mayor proporción,

(1) *Bufe E.* — Die Familienpflege Kanksinniger. Geschichte, Wessen, Wert und Technik. Halle. 1939.

Bufe E. — Die freien Verpflegungsformen für Geisteskranke (Familienpflege und offene Fürsorge) auf dem I. International Kong. f. Psy. Hyg. in Washington. 1930. Zschr. f. Psych. Hyg. Bd. 7. H. 2. 1934.

Pollok H. — Family care of mental patients New-York State Dep. of Ment. Hyg. Amer. J. Psychiatr. T. 91, 331-36. 1934.

pero aunque se acumulan pacientes con la idea de que la vida familiar influya favorablemente en los acogidos, la experiencia enseña que cuando se atienden más de cuatro enfermos, la vida familiar resulta ahogada, cubierta por el tono general de los asistidos, aflojándose o faltando la influencia de la familia adoptiva, dejando de ser, por lo tanto, verdaderos centros de permanencia familiar.

Con arreglo a sus fines distínguese la asistencia familiar en pasajera y duradera. La primera practícase con fines terapéuticos (Therapie-Heilfamilienpflege), consiguiéndose con ello más rápidamente el alta o el permiso temporal, o bien con fines de observación (Beobachtungsfamilienpflege), sometándose a prueba, en la permanencia familiar, al enfermo cuyo alta o salida suscita dudas (alcohólicos, otros toxicómanos, algunos psicópatas). A la asistencia duradera se le llama también Asistencia familiar guardadora (Bewahrfamilienpflege), cabiéndole del mismo modo apropiadamente —más que a la asistencia pasajera— el significado de válvula de salida a la plétora del Sanatorio y de ahorro ante nuevas edificaciones y ampliaciones (Ventil-Sparfamilienpflege). La permanencia homofamiliar que tenga lugar alrededor de los Manicomios, es generalmente duradera, así como la que tiene lugar en la Asistencia abierta, recibándose aquí, generalmente, a los pacientes que pueden volver a sus casas (ya hemos dicho que a veces puede ser conveniente en otras familias) quizá directamente del establecimiento o bien a través de una permanencia familiar extramural.

En su conjunto, constituye la descrita asistencia familiar, el brazo post-manicomial que precisa la asistencia psiquiátrica. Si quisiéramos resumir lo dicho sobre cuanto debe integrar ésta, diremos que al clásico Manicomio ha substituído la «célula psiquiátrica provincial» (unidad constituida por el acorde funcionamiento de todos los centros psiquiátricos provinciales, organizados en forma graduada, al deseable estilo Bratz), constituyéndose así un «todo funcional» del que depende la eficacia de la obra psiquiátrica, lo mismo que ocurre, por ejemplo, con la solución del problema antituberculoso. La coordinación de los servicios requeriría un Patronato provincial de Higiene Mental, que, por otra parte podría servir de enlace con las superiores y centrales autoridades psiquiátricas. Así sería posible contar con una red nacional, como organización amplia y de conjunto, con una cabeza como centro coordinador de actividades. Me permito exponer en el adjunto grabado, un esquema de esta posible acción coordinadora y rectora.

PLAN PROVINCIAL DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

PATRONATO PROVINCIAL DE HIGIENE MENTAL
JUNTA PLENARIA COORDINADORA
GESTIÓN TÉCNICA
» ADMINISTRATIVA
ENLACE CON LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL
» » LAS PROVINCIAS

