

## La enfermedad mental ayer y hoy.

**Hoy como ayer, aunque se han realizado bastantes mejoras asistenciales, existen enormes carencias en la atención psiquiátrica y sigue persistiendo en sectores amplios de la sociedad una percepción negativa hacia el enfermo mental.**

Hace poco más de cincuenta años las enfermedades mentales graves (esquizofrenias, trastornos bipolares, depresiones endógenas, etc.) eran tratados con bases empíricas muy endeble y los pacientes que las padecían se encontraban hacinados en los grandes centros hospitalarios psiquiátricos. Con la llegada de los nuevos psicofármacos (el primero de ellos las clorpromazina), gracias a las investigaciones de Delay y Deniker, cambió completamente el panorama en la asistencia a los enfermos mentales: los manicomios se fueron despoblando y permanecieron aquellos enfermos que no tenían apoyo familiar o social y, por tanto, no tenían dónde vivir y quedaban asilados en el centro psiquiátrico. A partir de la década de los años cincuenta y siguientes, fueron apareciendo nuevos tratamientos farmacológicos que han mejorado de manera importante los síntomas de la enfermedad mental y han propiciado una calidad de vida de los pacientes que, hasta entonces, era impensable.

Junto a los avances de la psicofarmacología (antidepresivos, neurolepticos, hipnóticos, etc.) es necesario en el tratamiento de la enfermedad mental la aplicación de otras medida terapéuticas como la psicoterapia, el apoyo familiar y social, la terapia ocupacional o mediante empleo protegido, dispositivos terapéuticos para enfermos crónicos (centros de rehabilitación e inserción social), etcétera. Según el estado del paciente, puede predominar más el concurso de uno de los medios terapéuticos. Así, en un paciente que está atravesando un episodio agudo de la enfermedad, el tratamiento farmacológico es indispensable – y muchas veces urgente- para el control adecuado de su trastorno en ese momento crucial. Desde el punto asistencial, la enfermedad mental ha estado mal atendida, en la historia pasada y reciente, por las instituciones responsables (estatales y provinciales) que velaban por su atención. Desde la perspectiva histórica, se acuñó la frase de que la Psiquiatría era la “cenicienta” de la Medicina. Así ha sido por la carencia sistemática de medios (instalaciones adecuadas, suficiente personal, etcétera), por el abandono de los pacientes a su suerte (falta de centros de media y larga estancia, etc) y también por el abandono de los pacientes a su suerte (falta de centros de media y larga estancia, etc.) y también por una actitud negativa de una parte importante de la sociedad hacia la enfermedad mental (lo que ha sido denominado como “estigma” del enfermo mental). Como tantas veces se ha dicho, el enfermo mental ha estado considerado por la sociedad como “el paria” desde el punto de vista sanitario y social.

Hoy como ayer, aunque se han realizado bastantes mejoras asistenciales (CRIS, UCAS, etc) existen enormes carencias en la atención psiquiátrica: falta de centros de media y larga estancia, de pisos tutelados, personal de enfermería psiquiátrica, etc., y también, sigue persistiendo en sectores amplios de la sociedad una percepción negativa hacia el enfermo mental (en los delitos más espectaculares se suele apuntar la posibilidad de que detrás está un enfermo mental) y, sin embargo, cuando se han realizado estudios epidemiológicos se llega a la conclusión de que es similar el porcentaje de actos violentos en sujetos sanos y enfermos. No obstante, hace pocos días y en esta mismas páginas, leí con satisfacción el artículo de Vicente Magro sobre “El problema de la salud mental”. El trabajo presenta una actitud positiva hacia el enfermo y sus allegados, aportando soluciones a situaciones conflictivas que los psiquiatras vivimos con no poca frecuencia en nuestra actividad asistencial. Anteriormente comenté que según el

estado del enfermo es necesaria la aplicación de un determinado tratamiento. Cuando se trata de un episodio agudo (una crisis psicótica, una crisis maníaca, una depresión psicótica, etc.) el paciente no tiene conciencia de su enfermedad y es bastante frecuente que deje el tratamiento que estaba tomando y no permita ningún tipo de ayuda. Cuando esto sucede, los familiares del paciente están angustiados y no saben qué hacer; llaman al psiquiatra solicitando su apoyo y no se les puede decir más que intente dar un tratamiento farmacológico o, en último extremo, que lo ingresen en un centro psiquiátrico. Pero, generalmente, no es posible, porque el paciente no lo permite. En estas situaciones no es infrecuente que haya cierta violencia verbal o física con los más allegados e, incluso, riesgos de lesiones o conductas muy alteradas. La necesidad de un tratamiento farmacológico, en esta fase de la enfermedad, puede ser de vital importancia.

Y como el paciente se niega a ser tratado, a pesar de que es tan evidente como necesaria y urgente su ayuda, es por lo que hay que recurrir a la instancia judicial (como ya se hace con pacientes ingresados de forma involuntaria) para proceder al tratamiento ambulatorio (involuntario) del paciente. Por eso, hay que aplaudir la propuesta que hace Vicente Magro de preparar un protocolo en el que quede bien claro el modo de actuación para dar una asistencia adecuada a los pacientes y sus familias. Tanto familiares y pacientes, y por supuesto, los que nos dedicamos a la asistencia psiquiátrica, recibirán con agrado y satisfacción la puesta en marcha de esta encomiable iniciativa.

**Pedro Antón Fructuoso**  
**Director Clínica Mediterránea de Neurociencias**