

REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA

La asistencia del neurótico de guerra

por el Dr. JOSÉ M. SACRISTAN

Jefe de la Clínica de Neurosis de Guerra de la Clínica núm. 4

El problema psiquiátrico práctico más delicado que el momento actual plantea a la Sanidad Militar es el de la asistencia al neurótico de guerra. De su correcta organización depende que gran número de individuos afectados de síntomas neuróticos graves puedan ser reintegrados, en un breve espacio de tiempo, al servicio activo o a otros de utilidad para la guerra. Un tratamiento psicoterápico activo en manos competentes permite alcanzar resultados sorprendentes, incluso en individuos con síntomas neuróticos antiguos, asistidos en hospitales generales y abandonados a una terapéutica meramente expectante. No hay que olvidar que "la histeria no es una enfermedad, sino un modo de reacción anormal ante las exigencias y dificultades de la vida" (*Kretschmer*), y que todos, en determinados momentos de gran intensidad afectiva (guerra, temblores de tierra, etc.), podemos, "incluso la personalidad más diferenciada, manifestar reacciones histéricas" (*Gaupp*), las cuales no son más que la puesta en marcha de mecanismos defensivos biológicos preformados, reflejos e instintos. Ya que no nos es dado poder evitar tales reacciones, nos es, en cambio, posible, en primer lugar, cuidar de que tales síntomas no se fijen en determinados casos, y en otros, en los que no pudo lograrse este ideal, suprimir la alteración neurótica mediante un tratamiento enér-

gico y en el menor tiempo posible. Claro está, conviene advertirlo, que la supresión del síntoma no implica una curación radical, pero si el tratamiento ha sido correcto en todas sus fases, la posibilidad de recidivas se reduce extraordinariamente.

La imprescindible obligación de atender al neurótico de guerra en consonancia con los preceptos modernos me obliga — dada la función que me ha sido encomendada — a señalar, en líneas generales, las normas precisas a que debe someterse la asistencia de estos casos, con objeto, fundamentalmente, de evitar graves errores que dificultan extraordinariamente la actuación del psicoterapeuta de guerra y, en muchos casos, le conducen a un fracaso rotundo.

Del estudio de la literatura más autorizada sobre la cuestión se infiere que la experiencia de otras guerras demuestra la diferencia fundamental que existe entre los resultados obtenidos en la evolución de un síntoma neurótico correcta y enérgicamente tratado y la del abandonado a una actitud expectante en un hospital general. Cuando el síntoma neurótico no desaparece al cabo de cuatro días en un hospital de segunda línea, el enfermo debe ser llevado inmediatamente a un centro especialmente dedicado a neurosis de guerra y competentemente dirigido por un psiquiatra. Al principio se supuso que el hecho de acumular neuróticos en un determinado lugar era un error, puesto que la influencia que unos ejerciesen sobre los otros tendría, evidentemente, que ser desfavorable para su curación. Tal objeción no dejaba de tener un serio fundamento, puesto que era consecuencia de la experiencia hasta entonces adquirida sólo en casos abandonados a un tratamiento expectante y conservador. Pero quedó destruída ante los resultados de una terapéutica *activa, enérgica, y rápida*, que cambió totalmente el panorama de la cuestión. La terapéutica activa de la neurosis de guerra lleva consigo un hecho de enorme transcendencia: la dilución de los casos rebeldes a la curación en una compacta mayoría de "curados", la cual ejerce una acción sugestiva de gran intensidad sobre el resto, y los nuevos ingresados, constituyendo, fundamentalmente, el llamado por Nonne *ambiente sugestivo* de la clínica, del que depende muy principalmente su éxito. Allí donde, por las razones que sea, este ambiente no pueda alcanzarse, la organización perderá todo su vigor curativo. Son, por desgracia, muchos los factores que se oponen a ello y que es muy conveniente no pasar en silencio, si se quiere realizar una labor fructífera en el sentido indicado.

La función de la clínica de neurosis de guerra se halla supeditada, según F. Lange, a tres fases, que determinan su organización estática y dinámica:

1.^a *Preparación del neurótico para el momento de la cura.* 2.^a *Momento o acto de la cura;* y 3.^a *Tratamiento posterior a ésta.*

En primer lugar, y con objeto de alcanzar la *dilución* en el ambiente sugestivo antes mencionado, es preciso que la sección o clínica no sea reducida, aun cuando no deberá sobrepasar nunca, por término medio, la proporción de un médico por cada 40 camas. Cada sección de este número de camas debe constituir una *unidad independiente*, bien se halle adscrita a un hospital general o asociada con otras similares, formando una clínica de neurosis de guerra autónoma.

Entre estos dos tipos, el segundo tiene enormes y fundamentales ventajas sobre el primero, ya que todos los servicios, hasta en sus más mínimos detalles (horas de comida, distracciones, ocupación, permisos de salida, condiciones del servicio del personal subalterno, etc.), corresponde al mismo criterio psicoterápico que dirige la clínica y no hay el peligro de que otros factores impuestos enturbien el ambiente sugestivo de la organización y desnaturalicen su función. El ideal sería que la clínica de neurosis de guerra se hallara en la más inmediata proximidad de un establecimiento psiquiátrico o, incluso, como anexo de éste. Por varias razones de importancia, entre ellas, en primer lugar, la posibilidad del traslado inmediato, sin formalidad burocrática, de un enfermo agitado, al establecimiento psiquiátrico, lo que constituye un medio auxiliar de gran eficacia para el tratamiento. Además, como muy bien señala F. Lange, la proximidad de una clínica psiquiátrica presta a la organización un sello de seriedad que, especialmente, en las personalidades psicopáticas, inhibe la actividad de su individualidad anormal.

La organización estática debe corresponder a las siguientes líneas directrices: las salas deben ser pequeñas (20 a 30 camas), cuanto más mejor, y de ellas, una dedicada a *sala de admisión u observación*, otra a *sala de vigilancia* para enfermos intranquilos y para los que sufren ataques repetidos. Una habitación estará destinada *exclusivamente* a tratamiento y exploración y, si fuera posible, otra deberá habilitarse para sesiones hipnóticas de larga duración en el lugar más silencioso y tranquilo del edificio. Toda clínica de neurosis de guerra debe disponer de un jardín o campo contiguo donde los enfermos puedan realizar juegos al aire libre.

El *emplazamiento* de una clínica de este tipo debe ser de preferencia en la periferia de ciudades de retaguardia, lo que permite aprovechar, para el tratamiento, la libertad personal *cuidadosamente dosificada* y el habituamiento gradual y escalonado a los estímulos de la vida ciudadana. Además, la proximidad de la ciudad permite utilizar una serie de medios auxiliares para el

diagnóstico y, muy especialmente (complemento esencial del tratamiento), la adscripción de cada caso al trabajo en la industria, comercio, etc., en ella existentes.

Sin entrar en detalles acerca de la actitud preferente del psicoterapeuta de guerra frente a sus casos, baste hacer constar aquí que el *prejuicio ético*, implícito en el criterio de algunos, no presenta ventaja alguna para el tratamiento. En nuestro sentir es, en gran número de casos, perjudicial. Tacto, dominio de sí mismo, seriedad, comprensión, en suma, como aconsejan muchos psicoterapeutas de guerra: *fortiter in re, suaviter in modo*, según la frase conocida de Nonne.

Muy importante y de suma transcendencia para el éxito de la psicoterapia de guerra es la *selección de enfermos* que en ella deben *exclusivamente* ser sometidos a tratamiento. Enfermos de otra índole, que no sean inequívocamente neuróticos de guerra, no podrán convivir con éstos. En este sentido, y, muy en primer lugar, nunca y por ningún motivo, la clínica de neurosis de guerra albergará, sin absoluta separación de los neuróticos, enfermos mentales, ni tampoco individuos exclusivamente psicópatas que presenten algún síntoma histérico y que fácilmente, por nimios estímulos, caigan en estados de cólera, como tampoco aquellos que al mismo tiempo sufran complicaciones orgánicas, como heridas, etc., y en los cuales el síntoma neurótico no puede ser suprimido en pocas sesiones.

De aquí que la sala de admisión constituya el filtro primero absolutamente indispensable para la recta selección del material clínico. La admisión forzosa de enfermos de otra clase que no corresponda a este criterio de selección constituye una grave falta que obstaculiza en modo superlativo la actividad terapéutica del encargado de la sección, desvirtúa totalmente su función y puede, incluso, llegar a esterilizarla totalmente.

Muy delicado es, también, el momento de la *distribución* del enfermo en las diferentes salas. Cuando el número de los ingresados al mismo tiempo es elevado, no conviene, en modo alguno, reunir a todos en la misma sala, sino diluirlos entre los antiguos, para alcanzar lo antes posible el beneficio de la acción sugestiva de éstos. Se recomienda, en general, reunir los casos de síntomas muy acusados e iguales con los del mismo tipo *ya curados*. Y si esto no fuera factible, procurar siempre rodear al recientemente ingresado de casos ya curados de otros síntomas. El ideal, según F. Lange, es albergar cada caso en una sala en la que la mayoría la constituyan casos idénticos *ya curados*. Constituyen una excepción los casos en los que predominan los síntomas neurasténicos, a causa de que no pueden verse libres pronto de sus síntomas,

y su influencia recíproca es desfavorable. Estos casos conviene separarlos y evitar su agrupación, incluso enviándoles a otros centros hospitalarios.

El *primer tiempo* o fase es la entrada en la sección terapéutica, en la cual conviene conservar el caso durante un breve espacio de tiempo en cama y bajo la acción de una ligera medicación sedante más o menos intensa, según el estado de intranquilidad del enfermo. Pero el momento más importante lo constituye la llamada *preparación psíquica*, durante la cual se trata de provocar en el enfermo un estado afectivo intenso de expectación y espera, para el cual juega el papel fundamental el ambiente total de la clínica.

No es necesario indicar aquí cuál debe ser el método psicoterápico al cual deba concederse preferencia. Sea uno u otro, cualquiera es excelente, siempre y cuando que sea dominado por el psicoterapeuta. Las estadísticas de la guerra mundial señalan un porcentaje de éxitos en el 90 al 100 por 100 de los casos, tanto en uno como en otro procedimiento: hipnosis, método de Kaufmann, narcosis sugestiva, sugestión vigil, ergoterapia, tratamiento mixto, etc. Como advertencia general es preciso hacer constar que el psicoterapeuta de guerra, sea uno u otro el método de su elección, debe *afirmar con energía, en todo momento y ocasión y con fuerza convictiva, ante el enfermo, su curación*. Quien no sea capaz de sostenerse en esta actitud, a partir del diagnóstico de la alteración neurótica, fracasará ruidosamente en su función psicoterapéutica.

Del mismo modo constituye una grave falta tratar explícita o implícitamente al neurótico de guerra, sin más como *simulante*. Todos los psicoterapeutas de guerra, unánimemente, coinciden en ello, puesto que la simulación pura es una rareza. La menor indicación en este sentido provoca en el enfermo una actitud de indignación contra el médico y simultáneamente se centuplican las resistencias del mismo a toda acción psicoterápica.

Un principio general de psicoterapia de guerra es que el médico *no debe delegar* en ayudantes ni enfermeros nada que se halle en relación con el tratamiento. La aplicación de corrientes eléctricas, la hipnosis, la sugestión vigil, etc., tienen forzosamente que hacerse personalmente por el médico especializado, que, en todo momento, sabe el valor de cada uno de sus pasos. Quien se limite a una banal visita protocolaria y deje en manos del personal subalterno el resto de su función, no obtendrá más que fracasos y agravaciones de muchos síntomas, que sufrirán exacerbaciones en su fijación, prolongándose indefinidamente. Quien pretenda regentar una clínica de neurosis de guerra sin tener en cuenta este principio general, podrá, ciertamente, cumplir los reglamentos hospitalarios usuales, pero perderá el tiempo lastimosamente

y evidenciará una total ignorancia de la cuestión. Esto no quiere decir que el personal auxiliar (practicantes y enfermeros) no juegue un papel importante en el tratamiento. Todo lo contrario. Gracias a éste se completa el ambiente sugestivo de la clínica cuando reúne las condiciones imprescindibles que deben serle exigidas. El optimismo terapéutico del jefe de la clínica debe ser general, y manifestarse ya en el primer acompañante del enfermo a su ingreso en la clínica, junto con una serie de cualidades que no están dentro de un reglamento, sino en la persona, como capacidad de familiaridad, sin caer en la intimidad, serenidad, dominio de sí mismo, comprensión psicológica, etc.

La preparación psíquica del caso a que más arriba se aludió se obtiene, si la atmósfera de la clínica es correcta, inmediatamente, limitándose, entonces, nuestra labor a utilizar para aquélla, previo conocimiento del temperamento, situación familiar, intereses afectivos del enfermo, aquellos puntos que creamos más útiles, según el caso, para reforzar nuestra acción sugestiva. El personal subalterno, así como el resto de la organización, deben, en todo momento, secundar nuestra labor. Asimismo, son precisas determinadas medidas, que es preciso respetar en todo instante, las cuales constituyen la base de la disciplina de la clínica de neurosis de guerra y que, en gran parte, no coinciden con las usuales en los hospitales generales. En primer lugar, antes de la primera sesión curativa (es indiferente el método empleado) el neurótico de guerra *no debe recibir visitas ni serle concedido permiso de salida*. Aquellos casos de enfermos insubordinados, que cualquier estímulo les hace reaccionar en forma de ataques, deben aislarse, y, si es posible, en un cuarto oscuro, hasta que por sí mismos pidan su tratamiento.

“Ante el dilema: aburrimento a solas con su síntoma, ordenado por el médico, o liberación del mismo, prestándose al tratamiento, la elección no será dudosa para el enfermo” (*Kehrer*). Claro es que en los casos más recalitrantes será preciso su traslado a otra clínica.

La *duración* de este período de preparación psíquica varía, principalmente, por las condiciones del caso y el número de admisiones de la clínica. Del mismo modo, la capacidad de rendimiento psicoterapéutico del médico es un factor esencial, porque, como dice F. Lange a este respecto, a nadie puede exigírsele sobrepasar el óptimo de su capacidad de rendimiento de trabajo psicoterapéutico diario, pues nada beneficioso se lograría.

Por término medio el trabajo psicoterapéutico deberá llevarse en forma tal que en el término de una semana, a partir de su ingreso, el enfermo se halle libre de sus síntomas. Hay casos (afonías y mutismos) en que la liberación de los síntomas se logra incluso sin previa preparación psíquica. Son varios los

casos de este tipo con que cuenta mi experiencia de cinco meses en un servicio incipiente aún y no organizado con arreglo a lo que queda transcrito. Cada caso exige un estudio previo, y el tiempo que éste dure se halla determinado por sus condiciones particulares, en las que interviene no sólo la fisonomía del síntoma, sino una serie de circunstancias de la personalidad, cuyo conocimiento nos permite una mejor actuación psicoterápica.

El "acto curativo" constituye para el enfermo y para el ambiente de la clínica la parte esencial del tratamiento médico. "Para el mayor éxito de nuestra psicoterapia son necesarias la máxima concentración y tranquilidad externa e interna" (*Lange*). Para lograrlas conviene señalar de antemano — el momento del día es indiferente — horas determinadas para las sesiones de tratamiento. Horas estas que deben ser respetadas en toda la clínica y consideradas por todo el personal como los más eficientes y fundamentales de la función del establecimiento. En las clínicas adscritas a otros centros hospitalarios y en las que la mudanza del personal subalterno no obedece a principios científicos, sino a un criterio arbitrario, a veces exclusivamente burocrático, no es fácil, ni mucho menos, alcanzar tal estado de respeto y disciplina ante una labor de esta naturaleza. Todo esfuerzo es, por tanto, en condiciones adversas a las indicadas, totalmente vano.

Cuando la clínica consta de varias unidades se recomienda que cada sección utilice un método psicoterápico diferente indicado en determinados casos en los que fracasó un procedimiento. Los enfermos reciben siempre con agrado este nuevo cambio. La presencia de un ayudante que lleva el protocolo de la sesión y sirve de testigo contra posibles protestas es indispensable. De todos los métodos son preferible aquellos que, como la hipnosis y la sugestión farádica suave, no son dolorosos. (Respecto de los detalles de estos métodos, así como de la conveniencia de los llamados "métodos mixtos", de sus indicaciones y de otros muchos puntos relacionados con las neurosis de guerra — teoría y patogénesis —, no podemos hacer cuestión aquí).

El ideal es, sea uno u otro el método empleado, *lograr la completa desaparición del síntoma en una sola sesión*. Si el método se ha empleado correctamente y todo el dinamismo de la clínica corresponde a los principios que acabamos de enunciar, ello será la regla. Si así no aconteciera, será preciso repetir la sesión días después. Suele ocurrir que algunos síntomas no desaparezcan en la misma sesión, sino en el transcurso de las 24 horas (por ejemplo, el temblor). Este hecho ha sido confirmado por nosotros repetidas veces. Se aconseja que entre sesión y sesión, en los casos que no fué lograda la supresión del síntoma, en la primera se trate al enfermo como si no se le hu-

biera tratado todavía, manteniéndole en cama y sometiéndole a una nueva preparación psíquica. Si, a pesar de la reiteración de nuevas sesiones, no se obtiene éxito alguno, será preciso cambiar de procedimiento, y si el nuevo procedimiento fracasa igualmente, entonces no habrá más remedio que trasladar al enfermo a otra sección, bien en la misma clínica, o en otra diferente. En las clínicas dotadas de diversos servicios del mismo tipo se aconseja, si el tratamiento fracasa, pasar al enfermo inmediatamente a otra sección para evitar el mal ejemplo que implica para los demás enfermos el fracaso terapéutico de que es vivo anuncio.

Enseña la experiencia de la psicoterapia de guerra que incluso los psicoterapeutas cuyos éxitos alcanzan el 100 por 100 sufren temporadas de fracasos reiterados. Según la experiencia de Lange, que, en cierto modo, coincide con la nuestra, el peligro mayor radica en la impurificación del material con psicópatas graves y enfermos psicóticos. Por lo que a los primeros se refiere, a causa de que sus alteraciones neuróticas están complicadas con alteraciones orgánicas graves, como cicatrices dolorosas, afecciones de la columna vertebral, reumatismo muscular, etc. La presencia de este tipo de enfermos resistentes a toda influencia psicoterápica por la acción de la lesión orgánica "paraliza la alegría del trabajo del médico y del personal subalterno, los enfermos se tornan rebeldes, incluso los casos leves" (Lange). En suma: la atmósfera del servicio cambia de fisonomía y el medio sugestivo, pacientemente logrado, se desvanece rápidamente.

En estos casos no cabe más que "limpiar hasta el último hombre de la sección y volver a empezar por el principio" (Liebermeister). El material, repartirlo en otras clínicas similares que empleen otros procedimientos psicoterapéuticos, lejos del lugar donde estaba emplazada la primera, separar a los grupos de enfermos amigos, y solamente, cuando ya no queda ninguno, empezar a admitir los nuevos. Durante esta reorganización se aconseja que al médico encargado le sea concedido un descanso durante el cual pueda recobrar nuevas fuerzas para su ulterior labor.

La tercera fase corresponde al *tratamiento posterior al acto de la curación o post-tratamiento*. Éste comienza inmediatamente que el enfermo ha sido liberado de su alteración neurótica. Cuando se trata de fenómenos de excitación motora (temblores, principalmente), es suficiente el reposo en cama hasta el día siguiente y el empleo de algunos sedantes. En los casos de parálisis, contracturas y paresias, con un par de ejercicios al día siguiente hay bastante. Posteriormente, si el enfermo continua libre de su alteración, se le concede permiso para salir solamente *durante unas cuantas horas*. A los

que su lugar de residencia no está lejos debe permitírseles un período de estancia con sus familiares. En general, nuestro esfuerzo en los casos de absoluta desaparición de los síntomas debe dirigirse a alcanzar en el menor espacio de tiempo posible la reintegración psíquica y física del individuo. Para ello no hay más que un remedio soberano: *el trabajo*, en la forma metódica que se estime, según el caso, más conveniente. Si el trabajo se realizase en la misma clínica, permanecerá en ésta bajo el control del médico. Es conveniente reunir a todos los que están en las mismas condiciones en salas especiales, en las que permanecerán hasta su alta definitiva. Para estos casos es conveniente también el *tratamiento ambulatorio*.

Respecto de la cuestión capital derivada de la curación del neurótico de guerra relativa a su reintegración total al servicio activo, tan sólo indicaré aquí, ya que entre nosotros se halla regulada por disposiciones especiales, cuya crítica no creo pertinente, que, siguiendo el criterio de otros psiquiatras, es preciso, para tomar una decisión definitiva, un estudio previo, cuidadoso y profundo de la personalidad de cada caso, si no se quiere perder todo lo anteriormente logrado. Sin este análisis concienzudo de la personalidad, nuestra labor perderá todo sentido práctico.