



## INFLUENCIA DEL PSICOANÁLISIS EN LA PRACTICA DE LA PSIQUIATRIA EN UN HOSPITAL GENERAL.

Dr. Carlos López Elizondo.

Las razones principales que me animan para presentar un trabajo de esta naturaleza son las siguientes: por un lado, tratar de fijar con claridad las enormes aportaciones del Psicoanálisis a la comprensión de la enfermedad mental y su tratamiento y, por otro, comunicar las experiencias logradas con la convicción del valor de dichas aportaciones en la práctica psiquiátrica en un hospital general a lo largo de trece años (ocho años dentro de un servicio psiquiátrico constituido y cinco años en una consultoría de la especialidad). El lugar de trabajo fué el Hospital General en el Centro Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social y me estoy refiriendo al período comprendido entre 1963 y 1976. Existe otra razón accesoria que situaría en mi intento de hablar de estas experiencias fuera de contextos prejuiciados o partidaristas.

Empezaré por hacer una brevísima historia de la asistencia psiquiátrica, dejando a un lado la historia remota. Me limitaré a relatar parcialmente lo acontecido entre el último cuarto del siglo pasado y los tres cuartos que han transcurrido ya del presente.

Desde la formidable sistematización de las enfermedades mentales hechas en las postrimerías del siglo pasado por Emil Kraepelin la tendencia en distintos países fué la de atender y asilar a sus enfermos mentales en salas o pabellones bien delimitados en los que se hacía posible una población uniformada por una etiqueta diagnóstica. En México tuvimos este tipo de hospital representado por el Manicomio de la Castañeda, que funcionó por casi sesenta años a partir del Año del Centenario (1910) y cuya población de enfermos fué repartida

recientemente en Granjas de construcción física y funcionamientos actualizados con las normas de atención psiquiátrica prevalentes ya en otros países. Esta labor le correspondió al Dr. Guillermo Calderón, por entonces Director de Salud Mental de la S. S. A.

Lo que se daba en este tipo de hospitales era la separación radical del enfermo mental de otras personas aquejadas de otras enfermedades, a veces la fijación o agravación de sus padecimientos y, por último, el olvido gradual en que los colocaban sus familias y hasta el Estado mismo.

En la cuarta década de este siglo, a raíz de movimientos de Higiene Mental iniciados en los Estados Unidos de Norte America, empezó a haber conciencia de que el aislamiento y el confinamiento con enfermos análogos era contrario al espíritu de recuperación y entonces se formaron salas o pabellones mixtos, cuando menos en cuanto a diagnóstico, ya que se seguía con una distinción muy tajante en cuanto a sexos. Los niños y adolescentes siempre fueron considerados aparte.

Apenas hace veinte años, también en el área noreste de los Estados Unidos, se iniciaron experimentos de atender algunos cuadros psiquiátricos agudos en salas comunes de hospitales generales y se demostraron varias hipótesis que, resumidas, son las siguientes: se acortó de modo general la estancia hospitalaria, se simplificaron los tratamientos, se redujo el "dolor moral" y los "estigmas" de la enfermedad mental y, por último, se logró que un número cada vez mayor de internistas, cirujanos y otros especialistas aceptaran tratar a pacientes psiquiátricos en sus salas y se interesaran por la teoría y la práctica de la asistencia psiquiátrica.

La ventaja recíproca es incalculable, es decir que las personas aqueja-



das de sufrimientos mentales tengan los beneficios de las instalaciones propia-- mente médicas y la experiencia de médicos especializados. Se dá, pues, el do - ble fenómeno de las interurrencias médicas o quirúrgicas en los pacientes psi- quiátricos y las interurrencias psiquiátricas en pacientes médicos. Los pacien tes alcohólicos, por ejemplo, tienen frecuentemente complicaciones metabóli - cas generales, hepáticas, gástricas o de otras que son rápida y eficazmente - atendidas en un hospital general, mientras que en un hospital psiquiátrico hay - limitaciones. La anorexia nerviosa, de tan complejo manejo médico y psicológi - co, puede atenderse mejor cuando se tiene la estrecha colaboración del endocri - nólogo, el gastroenterólogo y el internista. No es necesario presentar más - ejemplos.

Se dá ya el caso de que estos médicos, cirujanos, internistas y otros es - pecialistas - llegan a tener un conocimiento amplio de las causas de la enferme - dad mental de sus pacientes y su correcto manejo. Este hecho lo verificamos a diario durante los trece años de estancia en el hospital arriba mencionado.

Quien asesoró la instalación y organización del funcionamiento inicial - del Servicio de Psiquiátria del Hospital General del Centro Médico del IMSS., - fue el Dr. Ramón de la Fuente, que contaba con la experiencia previa de la ins - talación y funcionamiento de un servicio similar en el Hospital Español en la - ciudad de México. El Dr. Luis Méndez, por entonces Subdirector General Médi - co del IMSS., y el Dr. Bernardo Sepúlveda, Jefe del Departamento Técnico del - propio Instituto, dieron un apoyo entusiasta y continuado a dicho experimento. - Después de ocho años de funcionamiento (1963-1970) dicho servicio fué descon - tinuado por cuestión de costos y necesidad urgente camas de hospital para pa - cientes de alto riesgo. Durante los cinco años siguientes (1971-1976) siguió fun

cionando en ese hospital una consultoría constituida por un médico psiquiatra y una psicóloga. A lo largo de esos años se fueron acumulando observaciones acerca de la atención de pacientes psiquiátricos en un hospital general que se constituyen en la base principal para este trabajo.

Por otro lado tenemos que considerar los cambios en la comprensión de la enfermedad mental y la práctica psiquiátrica producidos por el Psicoanálisis.

Las contribuciones de Freud a la comprensión de la conducta humana y de la enfermedad mental son de un valor que ya está establecido históricamente: sería un poco ocioso tratar de relatarlas en su sentido cronológico. Solamente interesa hablar de algunos puntos esenciales de esas contribuciones, que siguen siendo válidas hasta el presente, no importando los cambios en la teoría y técnica del psicoanálisis que se han producido entre fines del siglo pasado y la época presente.

En el pensar de la época en que aparecieron los primeros escritos de Freud se produjo un cambio importante cuando se agregó la dimensión de lo inconsciente en la motivación de la conducta. Se produjeron cambios también cuando se agregó una dimensión histórica a la explicación del carácter y la conducta y, por último, se enriqueció el armamentario diagnóstico y terapéutico con la construcción técnica aplicable de las ideas de Freud: el psicoanálisis propiamente dicho.

Cualesquiera trabajos que revisemos antes y después de Freud tienen la diferencia que va de lo puramente descriptivo a lo psicodinámico o explicado. Desde luego que el pensamiento original de Freud ha sufrido transformaciones enormes a lo largo de ochenta años. No es el objetivo de este trabajo referirse a dichos cambios, aunque convendría aclarar que en algunos puntos se siguen



las ideas centrales de Horney, Sullivan y Fromm, por lo que enriquecieron o - simplificaron el psicoanálisis en cuanto a teoría o técnica.

Específicamente en lo que toca a la comprensión de la enfermedad mental el cambio de ideas que se produjo con la revolución psicoanalítica fué que un número grande de enfermedades tienen una explicación en el pasado histórico - individual y que los mecanismos alterados de las emociones y la conducta son - susceptibles de ser analizados, y en ocasiones, corregidos. Muy después se desarrollaron un cuerpo grande de teorías y técnicas de la conducta y del aprendizaje, que abordan el problema desde otro ángulo distinto y logran resultados, - pero que - de todos modos - tuvieron su antecedente histórico en el psicoanálisis. Otro cambio importante que produjo la revolución psicoanalítica fué que la enfermedad mental fué vista con más esperanzas y el trato a los enfermos se - hizo más racional y más humano.

En cuanto a las técnicas aplicadas - que globalmente podemos comprender dentro del término "psicoanálisis"-han tenido un desarrollo accidentado y - complejo que va desde los que se suscriben a una ortodoxia y pureza del método, hasta los que practican algo totalmente diferente (en inspiración teórica y aplicación práctica) de lo que originalmente se llamó psicoanálisis; sin embargo, - cada investigación, cada modificación a la teoría ó a la técnica, ha permitido - avanzar al psicoanálisis como un todo y estamos viviendo ya el momento de las revisiones serenas y objetivas y el sometimiento al método científico de manera rigurosa.

¿De qué modo estos dos conocimientos - la revolución psicoanalítica y - la asistencia psiquiátrica en hospitales generales - pueden quedar relacionados de una manera coherente?. A mi juicio lo que puede darles racionalidad y cohe-

rencia es el pensamiento y la formación profesional de los psiquiatras. No es cuestión de instituciones, es fundamentalmente cuestión de individuos. Esto es lo que voy a tratar de demostrar en los párrafos que siguen.

Los requisitos de formación profesional de un psiquiatra que vaya a encargarse de las contingencias psiquiátricas de un hospital general difieren en alguna medida de las que resultan adecuadas para el profesional que decide hacerse psicoanalista o para el médico que dedicará su práctica principal al cuidado de pacientes mentales en servicios psiquiátricos especializados.

En primer lugar el psiquiatra de hospital general necesita saber Medicina, de otro modo tendrá dificultades de comunicación inmensas con los internistas, cirujanos y otros especialistas con los que hará su práctica cotidiana y repetirá el viejo vicio de las "ínsulas" o de las "torres de marfil", tan conocidos en los círculos médicos. En segundo lugar debe tener una formación psiquiátrica sólida que le permita abordar prácticamente cualquier contingencia psiquiátrica, que es precisamente lo que se da en la vida cotidiana de cualquier hospital general. Podrá tener preferencias, desde luego, y sentirse más apto para atender neuróticos que psicóticos y ser más experimentado en unas formas de tratamiento que en otras, pero sustancialmente debe ser un "psiquiatra general". En tercer lugar, debe estar familiarizado con las técnicas de atención breve de pacientes psiquiátricos y manejar con solidez y soltura todos los tratamientos farmacológicos y los pocos tratamientos físicos que dan pie al momento actual de la evolución de la psiquiatría, es decir, los equipos de aplicación de electrochoques y de Gas CO<sub>2</sub> que -aunque cada vez más en desuso- llegan a ser indispensables en contados casos. En cuarto lugar, si tiene formación psicoanalítica se le facilitan varios aspectos de su trabajo: más capacidad de relación con sus en-



fermos, enfoque más vivo en sus tratamientos psicológicos, mayor capacidad de relación con otros médicos, mejor manejo de sus relaciones interpersonales en general y una agudeza mayor en sus intervenciones en labores de docencia o de investigación.

En los aspectos teóricos tiene una mejor orientación doctrinaria y concepción humanística de la práctica médica en general y de la psiquiátrica en particular. Esto podemos sentirlo los que hemos tenido el privilegio de tener formación psicoanalítica dentro de corrientes humanísticas precisas.

En los aspectos aplicativos el que ha pasado por la formación psicoanalítica no tiene menos que usar ese bagaje aprendido en las entrevistas diagnósticas y la psicoterapia que tiene que realizar a diario, igual que queda en una mejor posición para entender situaciones de relación humana en general.

Específicamente en lo que toca a tratamientos individuales, la formación psicoanalítica hace que el enfoque en psicoterapia sea más fino y más efectivo, aunque en la práctica hospitalaria los más de estos programas son breves y mixtos, es decir, se usan diversos psicofármacos y el paciente no puede estar más que un tiempo breve en el hospital, cuidando de la marcha del hospital como un todo.

Un aspecto sustancial en la preparación del psiquiatra de hospital general está constituido por los cambios personales que ha experimentado en su formación analítica, cayéndose aquí en una cuestión imponderable, pero que se conoce de manera cualitativa en los círculos psiquiátricos. Aquel médico que lleva los cursos teóricos de formación psicoanalítica y se somete a un análisis personal y didáctico sufre cambios en su forma de ser, que pueden ser variables de individuo a individuo, o ser muchos o pocos, pero que -de todas mane-



ras- hacen que su forma de relacionarse con los pacientes, conducirse profesional y humanamente frente a ellos y entenderlos ya resulte diferente. No importa que el profesional a la larga no se dedique de forma plena al Psicoanálisis, no importa que los tratamientos que aplica no sean propiamente psicoanalíticos, el hecho es que la formación psicoanalítica le ha dejado algo que cambia su concepción de sí mismo, de la enfermedad mental y de su actuación frente a sus enfermos.

En este momento deseo referirme de manera especial a la experiencia de 5 años como Consultante de Psiquiatría en el Hospital General del Centro Médico del IMSS. Fuera de las contingencias agudas en pacientes hospitalizados (cuadros cerebrales orgánicos diversos, brotes psicóticos agudos, estados de angustia, estados depresivos, acting-outs en neuróticos, etc.) un buen contingente de pacientes estuvo constituido por pacientes de la consulta externa que debían atenderse por depresiones de distinto tipo. Esta contingencia ocurre a razón de 6 a 10 veces por semana. En general estos pacientes se programaban para un número máximo de 6 entrevistas en 6 semanas consecutivas. Se usaron toda clase de antidepresivos pero principalmente los tricíclicos. Se adoptó la costumbre de breves entrevistas de psicoterapia cada vez que el paciente venía a consulta. Se encontró que la formación teórica, las técnicas aprendidas durante la formación psicoanalítica y la comprensión general del paciente deprimido fueron de extraordinaria utilidad y que los resultados globales no hubieran sido los mismos de no disponerse de esta formación teórica y práctica. Los resultados pormenorizados de estas experiencias serán motivo de otro trabajo. Resulta difícil probar que esta técnica fue mejor que otras porque esto no fue diseñado como un estudio comparativo.





Mi avisionamiento del futuro, en lo que toca a la Ciudad de México y - otras capitales importantes de provincia (Guadalajara, Monterrey, Puebla, Mérida y otros), es que un número mayor de hospitales generales contarán con psiquiatras incorporados al plan general asistencial, docente y de investigación y - que esta repercutirá en una atención más ágil, menos costosa a la larga y, sobre todo, más digna del paciente psiquiátrico, al que no se le considerará como categoría aparte, sino como un mero enfermo que tiene dificultades con sus emociones, su pensamiento y su conducta.

A pesar que este cambio originalmente debe producirse en la mentalidad y costumbres del psiquiatra, se constituye en un argumento de Higiene Mental - que es necesario "vender" a las autoridades de Salud Pública ó a los directivos - de instituciones de Seguridad Social.

Es indudable que las tareas de asistencia psiquiátrica no pueden encomen - darse a un individuo aislado sino que se trata de una tarea de grupo. El grupo - de trabajo ideal debe estar basado en la trífida Psiquiatra - Psicóloga - Trabajado - ra Social. Las funciones de cada miembro del grupo pueden delimitarse bien y - lo importante es establecer un espíritu de colaboración para la realización de ta - reas comunes.

Serfa artificial el hecho de soslayar que la atención de pacientes psiquiá - tricos en hospitales generales sea siempre fácil y cómoda. Tenemos que lidiar - con tres problemas principales: los estados de excitación psicomotora, el ries - go de suicidio y las fugas. Los estados de excitación psicomotora son cada vez - más fáciles de manejar conforme avanza el conocimiento y disponibilidad de los - psicofármacos. El riesgo de suicidio no resultaría diferente al que se tiene en - otros servicios de atención psiquiátrica; desde luego, nunca las precauciones -

están de más, pero quizá el problema principal está en calmar ansiedad y aclarar prejuicios acerca del suicidio con otro personal del hospital. En cuanto a las fugas no suceden más que en cualquier otro servicio psiquiátrico, de hecho la tendencia estadística es que ocurren menos. De todos modos, las salas destinadas a la atención de pacientes psiquiátricos deben funcionar como servicios abiertos.

Se estima idealmente que el 5% de camas de un hospital general deben estar destinadas a atender contingencias psiquiátricas que ocurren de manera natural en la vida cotidiana del hospital. A lo largo de 5 años (1971-1976), observando la incidencia de dichas contingencias en el Hospital General y el Hospital de Enfermedades del Tórax en el Centro Médico del IMSS estimamos que, al menos para estos hospitales, el número de camas disponible para casos psiquiátricos puede ser menor, del orden apenas del 1% a 2%.

La formación teórica del psiquiatra, en lo que toca al Psicoanálisis, supone no solamente el conocimiento de las ideas originales de Freud y de los autores que globalmente podríamos llamar "neo-freudismos", sino una incorporación razonablemente buena de la Filosofía y de las Ciencias del Hombre. Para citar solamente un ejemplo, el psiquiatra contemporáneo estará aislado desde el punto de vista intelectual sin conocer lo esencial de las corrientes actuales en Sociología. Por otro lado, debe estar constantemente alerta de las contribuciones de investigadores e innovadores en cuanto a tratamientos breves o simplificación de las técnicas, ejemplos de ello pueden ser la psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada y la "intervención durante las crisis", de indudable aplicación práctica en los hospitales generales, especialmente esta última. Ahora que no puede hacer un uso mecánico de las técnicas, sino que tiene que



comprometerse como un todo al usarlas, es decir, con un compromiso teórico y la debida concordancia en sus acciones y su conducta.

Por último quiero simplemente repetir los requisitos del psiquiatra de hospital general: que sepa Medicina, que tenga una formación psiquiátrica amplia y que, idealmente, tenga agregada la dimensión de una formación psicoanalítica.