

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.
Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke.
Veröffentlichungen - auch von Teilen - bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



Blinder, M. G., "The pragmatic classification of depression" (A. Castillo M.) 80

Osmond, H., A. Hoffer, "A comprehensive theory of schizophrenia" (A. Castillo M.) 82

McKerracher, D. W., "I. Q. Scores and the problem of classification" (G. Gerez M.) 84

Mc. Guire, M. T. S. Stein y J. H. Mendelson, "Comparative psychosocial studies of alcoholic and non alcoholic subjects undergoing experimentally induced ethanol intoxication" (R. Olivera) 85

Gottesman, I. y J. Shields, "Schizophrenia in twins, 16 year consecutive admission to a psychiatric clinic" (A. Ramírez M.) 86

Ludwing, A. M., "Altered states of consciousness" (A. Córdova C.) 86

Synder, S. H., "Regional localization of LSD in monkey brain" (A. Córdova C.) 87

Schorfeld, William, A., "Body-image disturbances in adolescents" (R. Olivera) 88

Small, J. G., "The organic dimensions of crime" (R. Olivera) 89

Rubin, R. T., A. J. Mandel, "Adrenal cortical activity in pathological emotional states: A review" (R. Olivera) 90

Grune and Stratton, "Adolescence, dreams and training" (J. Silva García) 91

Schlessinger, N., "Supervision of psychotherapy" (R. Velasco) 92

EDITORIAL

PSIQUIATRÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

EL PROGRESO en la medicina, como en otras ciencias, tiene su base en la especialización, es decir, en el conocimiento minucioso de territorios restringidos. Mas hay un segundo aspecto: el derivar de dicho conocimiento conceptos y métodos de aplicación general que enriquezcan el campo total de la práctica médica.

Una tarea del psiquiatra es contribuir a que el estudiante y el médico se familiaricen con la identificación y resolución de los problemas psiquiátricos más frecuentes, es decir, de los que inevitablemente encuentran en su práctica cotidiana.

Tenemos la convicción de que el médico estaría actualmente en la posibilidad de tratar con más acierto un número considerable de enfermos siempre y cuando tuviera advertencia de las posibilidades y de las limitaciones reales de la psiquiatría. Infortunadamente, a pesar de los progresos que se han hecho en la enseñanza, muchos médicos carecen aún del interés y de la información necesarias, y esto es en buena parte la consecuencia de haberseles mostrado por mucho tiempo una imagen de la psiquiatría obscurecida por contradicciones teóricas e hipótesis alambicadas, sin relevancia para el trabajo clínico.

Puede decirse que cuando la psiquiatría se reduce a lo que es en ella verdaderamente esencial: los hechos y las teorías deslindadas de las especulaciones y de las hipótesis estériles, se hace aparente que hoy en día la psiquiatría descansa sobre bases suficientemente firmes para ocupar con dignidad un lugar al lado de otras áreas del conocimiento médico. Esto es tanto más significativo cuanto que de todas las ramas de la medicina es ella la que más íntimamente se encuentra vinculada con las demás.

El médico, cualquiera que sea su forma de práctica profesional: hospitalaria, privada, general o especializada, encuentra a cada paso enfermos con problemas psiquiátricos.

Estos problemas son en algunos casos el aspecto principal, en otros, un componente importante, y rara vez están ausentes del todo. Si no son debidamente reconocidos, confunden el diagnóstico, equivocan el tratamiento y privan a muchos enfermos de una ayuda oportuna y efectiva.

LA REVISTA DE PSICOANÁLISIS, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA aparece los meses de enero, mayo y septiembre de cada año. La suscripción anual cuesta: en México, \$ 50.00; en el extranjero Dls. 5.00. Número suelto: en México, \$ 20.00; en el extranjero, Dls. 2.00.

La edita:

FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

Ante estos problemas el médico debe asumir responsabilidades, es decir, ha de entenderlos y discurrir cómo actuar. Hacer caso omiso de ellos, despectivamente, o remitir al enfermo de inmediato al especialista son dos formas frecuentes de una actitud irresponsable.

¿Debe enfrentar él mismo el problema? ¿Debe pedir la opinión del especialista? ¿Debe dejar el caso totalmente en manos de éste? ¿Debe el enfermo ser hospitalizado? La respuesta a estas preguntas depende en parte de hechos objetivos y en parte de los conocimientos y de la disposición del médico.

En muchas ocasiones, lo más conveniente para el enfermo es que una sola persona, el médico, trate los aspectos médicos y los psiquiátricos. Con frecuencia, es el médico quien tiene la primera oportunidad de estudiar al enfermo, ya que aun en casos decididamente psiquiátricos es casi siempre una dolencia somática el motivo explícito de la consulta. Por otra parte, es el médico quien a menudo está en la posición más ventajosa para conocer las circunstancias personales, familiares y sociales de sus enfermos y para influir favorablemente en ellas.

Además de que al médico no especialista acude el mayor número de enfermos en cuyos problemas los aspectos psicológicos y somáticos se mezclan de modo insoluble, él es el llamado a atender emergencias psiquiátricas, tales como crisis de angustia, estados depresivos, episodios psicóticos agudos, estados confusionales tóxicos, etcétera.

Cada vez con mayor frecuencia el especialista necesita de la colaboración del médico familiar para supervisar el tratamiento y la rehabilitación de enfermos psicóticos en remisión. Cuando se cuenta con su ayuda es posible mantener fuera de los hospitales psiquiátricos a enfermos que de otro modo permanecerían en ellos por tiempo indefinido.

Por supuesto que hay problemas psiquiátricos que son de la competencia exclusiva del especialista: psicosis y neurosis severas, depresiones graves, desórdenes caracterológicos, enfermos alcohólicos, adictos, perversos y otros que en forma continua o reiterada exhiben síntomas mentales o conducta antisocial.

El manejo de drogas enérgicas en dosis elevadas, el electrochoque, el coma insulínico, la lobotomía prefrontal, la psicoterapia profunda, el psicoanálisis, etc., son recursos de psiquiatría mayor, fuera de los alcances de un médico que no está especialmente adiestrado.

Existe aún la creencia de que la psiquiatría es la rama menos avanzada de la medicina. No estamos seguros de que así sea. De cualquier

modo, esta opinión extensamente compartida pierde validez cuando se toma en cuenta que a pesar de la complejidad de la mente y del cerebro humanos, en los últimos años la psiquiatría ha logrado avances importantes. Si bien es cierto que aún hay muchos casos psiquiátricos malignos, el pronóstico es favorable para una proporción elevada de enfermos. En ciertas áreas los resultados son excelentes y estos casos constituyen de un 50 a un 70 % de la totalidad.

El médico tiene ante los problemas psiquiátricos dos clases de recursos: la psicoterapia y la psicofarmacología.

La psicoterapia consiste esencialmente en aplicar la influencia personal a la curación de los enfermos, es decir, en usar la propia personalidad como instrumento catalizador de las capacidades recuperativas de los enfermos. Si bien hay terapeutas natos, la capacidad psicoterapéutica puede ser adquirida o grandemente mejorada con el conocimiento y la experiencia.

La actitud psicoterapéutica se caracteriza por un interés genuino en el enfermo como persona, por la habilidad de establecer entre médico y paciente una relación humana constructiva y por el convencimiento de que las pasiones, los anhelos insatisfechos y los predicamentos humanos pueden ser tan patógenos como los microbios y las toxinas.

Se dice que la práctica de una medicina psicoterapéutica es imposible por las demandas excesivas en el tiempo de que dispone el médico para tratar a cada enfermo. Nosotros estamos convencidos de que el problema no es tanto de tiempo como de actitud, y que una relación psicoterapéutica con los enfermos, aunque breve, puede ser de grandes consecuencias.

Desde 1952 la psiquiatría cuenta con fármacos que modifican los estados mentales en varias direcciones. Se trata de medicamentos nuevos y diferentes tanto en sus mecanismos de acción neurofisiológica como en sus alcances terapéuticos.

Hasta hace pocos años, no había drogas que como las fenotiazinas, actuando a través de una inhibición selectiva de estructuras subcorticales, suprimieran los síntomas psicóticos específicos, como las alucinaciones y los trastornos del pensamiento. Tampoco se contaba con drogas como la imipramina y sus derivados y los inhibidores de la MAO, capaces de restaurar en forma persistente el ánimo y la energía abatida de los enfermos deprimidos.

Los mejores sedantes e hipnóticos eran poco prácticos para su uso diurno y con frecuencia confundían, agitaban o habituaban a los en-

fermos. Los nuevos agentes ansiolíticos son más potentes y fáciles de controlar. Su acción sobre los mecanismos neurofisiológicos de la tensión y de la angustia es más específica.

Ciertamente, los tratamientos psiquiátricos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos a que puede recurrir el médico no especialista son, la mayor parte de las veces, sintomáticos; mas el tratamiento óptimo en medicina es el etiológico. Sin embargo, el ideal del tratamiento etiológico rara vez es alcanzado en psiquiatría como tampoco lo es en grandes áreas de la medicina.

Pensar que el tratamiento farmacológico, sintomático y la psicoterapia de esclarecimiento y apoyo carecen de valor, puede ser un error grave. Muchas alteraciones psíquicas son descompensaciones de un equilibrio, y ese desequilibrio es, a menudo, episódico y tiende a limitarse a sí mismo. En estos casos, el tratamiento farmacológico sintomático y la psicoterapia es lo que el enfermo necesita. Con frecuencia, el tratamiento sintomático oportuno impide la progresión y la fijación de los síntomas, evitando que el desequilibrio se transforme en un proceso crónico.

El tratamiento sintomático es siempre valioso cuando el etiológico no es posible. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina (gastroenterología, cardiología, etc.), hablando en términos de metas realistas, el médico cura a veces; otras, atenúa los síntomas y muchas otras, ayuda al enfermo a vivir con sus síntomas y sus problemas.

El que el médico se enfrente a algunos de los problemas psiquiátricos que encuentra en su camino no está exento de peligros. Pero estos peligros se atenúan considerablemente cuando el médico tiene conciencia de sus limitaciones; cuando sabe identificar, aún en su principio, los casos más graves y cuando no tiene reticencias para consultar al psiquiatra o transferirle los casos severos si existe la posibilidad de hacerlo.

Para muchos enfermos la alternativa es, o bien recibir tratamiento de manos del médico no especialista o no recibir ninguna ayuda en relación con los aspectos psiquiátricos de sus problemas.

Orientar e instruir al médico para que sea capaz de reconocer y tratar los problemas psiquiátricos de sus pacientes cuando ésta sea la conducta más provechosa, es una de las necesidades urgentes de la medicina.

RAMÓN DE LA FUENTE

HACIA EL ENTENDIMIENTO DEL INDIVIDUO VIOLENTO*

Rose Spiegel

HASTA hace muy poco tiempo, la psiquiatría y el psicoanálisis habían prestado poca atención a la violencia como un fenómeno en sí. A pesar de que ha afligido a la humanidad desde tiempo inmemorial y ensombrece la vida contemporánea, se ha pensado generalmente por los de nuestra profesión, que la violencia compete a los tribunales, y aunque la Ley es un depósito de la experiencia de la raza, su meta primordial no es el comprender en términos de la psicodinámica ni el curar.

Aun una reflexión precipitada de nuestra experiencia de la vida revela que la violencia no es una sola entidad unificada, sino que tiene diferentes variedades. En verdad, aun cuando estamos abocados a pensar en la violencia como hostil y destructiva, también se produce en variedades positivas y constructivas, y aunque pensamos en ella en términos de acción físicamente grosera, también significa vehemencia, pasión, ardor, furia, fervor, y tal violencia de emoción no tiene necesariamente que convertirse en violencia de acción. El mismo lenguaje indica una profunda experiencia de la sociedad en la difusión de los significados formales de "violencia". En inglés las definiciones van de lo destructivo a lo constructivo siendo la característica principal la fuerza y la energía. El aspecto destructivo incluye lesión a lo que merece respeto, particularmente por medio de la aplicación de la fuerza física. Es muy interesante hacer notar que la idea de daño o lesión se extiende inclusive a la indebida alteración de los términos de una redacción o en el sentido de un texto, o sea, la sutileza de la violencia aplicada al significado en sí. Palabras íntimamente relacionadas con la violencia en origen y significación son "vigor", subrayando el impulso entusiasta, y "violar", con su significado de infracción o invasión. Las diferentes variedades de la violencia se centran en uno o en otro de estos significados. Dificilmente se puede pensar en la violencia separada de la agresión, pero la violencia trae consigo, de manera más específica, la cualidad de fuerza, intensidad, emotividad y acción física.

En la violencia, nos enfrentamos con grandes cuestiones que abarcan, por ejemplo, qué es lo que dispara el gatillo de la hostilidad, la rabia o la cólera —que, hasta cierto punto, son sentimientos que se encuentran en la experiencia de todos— hasta el hecho verdaderamente destructivo. También se nos ha dicho que "cierta delincuencia juvenil surge del deseo aventurero frustrado de la juventud". Para el individuo, la violencia es el rudo, ingobernable corcel de Platón, y siempre ha necesitado ser sojuzgado por su amo; por lo que hace a la comunidad, cada sociedad organizada que conocemos tiene sus reglas, su có-

* Presentado en el Segundo Foro Psicoanalítico Internacional. Zurich, julio de 1965

