

# ACTUALIZACION POR TEMAS

Sección a cargo del  
Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez\*

## La Psiquiatría del Hospital General

### Introducción

Cabe preguntarse ante todo, si está justificado el referirse a la psiquiatría del hospital general como algo diferente del resto de la psiquiatría. En los últimos años han surgido una serie de términos no tan sólo descriptivos sino conceptuales, que si bien no son necesariamente novedosos, están destinados a cumplir con un objetivo específico: la reincorporación de la psiquiatría al resto de la medicina. Dentro de este contexto, sería deseable que una vez cumplido el objetivo, desaparecieran de una vez por todas. Me propongo revisar algunos datos que le confieren hoy al concepto de psiquiatría del hospital general su razón de ser.

Históricamente, dependiendo de una serie de variables geográficas, científicas y culturales, la psiquiatría y la medicina han sufrido tantas separaciones como intentos de integración. En España, por ejemplo, la tradición hospitalaria durante muchos siglos permitió que los enfermos psiquiátricos fueran atendidos en los hospitales generales; todavía hasta 1851, los enfermos mentales de Madrid recibían asistencia en su Hospital Provincial (1). Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo pasado en prácticamente todo el mundo, el rechazo hacia el "pabellón de agitados" inició el aislamiento de los enfermos mentales y con ello de quienes se encargaban de cuidarlos. Piensa Sivadon (2) que la asociación de una psiquiatría subdesarrollada con la orgullosa cirugía y con la medicina, todavía ebria de sus primeros progresos, no podía hacerse sino al modo colonial. El hecho fue que independientemente de sus causas, la psiquiatría y la medicina se fueron desligando gradualmente. A finales del siglo XIX ya empieza a haber evidencia de que a los psiquiatras se les hace responsables de tal aislamiento. En 1894, durante el discurso inaugural del quincuagésimo aniversario de la Asociación Psiquiátrica Americana, el famoso neurólogo S. Weir Mitchell, irguiéndose en vocero de sus colegas médicos, se dirigió a los psiquiatras ahí reunidos en los siguientes términos: "Usfedes fueron los primeros especialistas, más nunca han regresado a nuestras líneas. Sus hospitales ya no son nuestros hospitales y sus estilos clínicos ya no son compartidos. Han evadido la crítica y no han favorecido el desarrollo de sus programas de enseñanza hospitalaria" (3).

Sanders (4), Director del Massachusetts General Hospital, disecciona la desvinculación de los psiquiatras con sus colegas médicos durante la primera mitad de este siglo en tres pasos fundamentales: Primero dejaron de usar el estetoscopio, luego ya no vestían bata blanca y finalmente dejaron de atender a las sesiones del hospital.

Con los enfermos en los asilos o manicomios y con la proliferación de sectas y dogmas entre los psiquiatras por un lado, y con la departamentalización de los hospitales y las escuelas de medicina por el otro (con lo que quedaron establecidas las fronteras y territorios de otras disciplinas medico-científicas), la crisis en la psiquiatría llegó al extremo de poner en peligro su misma identidad.

A partir de los primeros años de la década de los 50, con el desarrollo de la psicofarmacología y con lo que Greenblat (5) ha denominado la tercera revolución en

psiquiatría, se promovió el regreso de los enfermos psiquiátricos a los hospitales generales y con esto el reencuentro de los psiquiatras con sus colegas médicos. La psicofarmacología no es de ninguna manera el único instrumento terapéutico de la psiquiatría del hospital general. La psicoterapia a corto plazo, tanto individual como en grupo, el aprendizaje instrumental (*Biofeedback*) y otros métodos de modificación de conducta, la hipnoterapia, los programas de enlace y el trabajo social, constituyen instrumentos de trabajo indispensables para el psiquiatra que labora en este medio. Es evidente que en la actualidad, la psiquiatría del hospital general tiene que estar en manos de un equipo psiquiátrico.

Las funciones de un departamento de psiquiatría en un hospital general pueden dividirse fundamentalmente en cinco: la unidad de psiquiatría, la consulta externa, los programas de enlace y consulta, la docencia, y la investigación. Referirse a cada una de ellas en detalle está fuera del alcance de este artículo. Existen además una serie de publicaciones recientes, cuyo objetivo ha sido éste precisamente (6, 7). Sin embargo, algunas consideraciones pueden contribuir a enfatizar la importancia y las posibilidades que tiene, dentro de este contexto, el ejercicio de la psiquiatría.

### La unidad de psiquiatría en el hospital general

No se sabe a ciencia cierta cuál fue la primera unidad de este tipo que haya estado formalmente constituida. Tampoco parece ser muy importante el saberlo; sin embargo, cabe mencionar que es el *Guy's Hospital* de Londres al que se le señala generalmente como primero en ofrecer este género de servicios (8). De mayor interés es quizá señalar su proliferación. En 1978 existían en los Estados Unidos un total de 2 244 servicios de esta naturaleza, en contraste con sólo 500 hospitales para enfermos mentales, tanto públicos como privados (3). En Inglaterra está en marcha un programa para asignar 60 camas psiquiátricas a cada uno de los hospitales generales de distrito; y en Suecia más del 6% de las camas de los hospitales generales son para enfermos psiquiátricos. Esto ocurre no solamente en los países altamente desarrollados. El hospital de la Universidad de El Cairo tiene 50 camas psiquiátricas; hay 28 en el Hospital Universitario de Zaragoza, 30 en el Hospital Nacional de Niamey en Nigeria; y aun países como Samoa Occidental y la República de Togo cuentan con servicios de psiquiatría en varios de sus hospitales generales (1). En México está en marcha un programa federal con los mismos fines. De lo anterior se desprende la evidente universalidad de este proceso.

Los objetivos de estas unidades son también muy claros: establecer un diagnóstico correcto, realizar una intervención terapéutica oportuna y adecuada, evitar la institucionalización de los enfermos mentales y regresarlos a su comunidad una vez que se haya establecido un programa que, de acuerdo a las necesidades individuales del enfermo, le asegure la atención médica y psiquiátrica que necesite subsecuentemente (9). Los beneficios que reciben los enfermos admitidos a estas unidades son innumerables e incluyen entre otros la posibilidad de tener una evaluación médica completa, que sus familiares participen más activamente en su tratamiento, y el quedar libres de la estigmatización que la sociedad impone injustamente.

\*Instructor de Psiquiatría, Universidad de Minnesota — Mayo Medical School.

tamente en aquellos que han estado en un hospital para "locos" Permiten pues el ejercicio de una medicina integral, holística y biopsicosocial.

### Los programas de enlace y consulta

Como se ha señalado anteriormente (10), una cosa es la psiquiatría de consulta y otra la de enlace, pero lejos de excluirse mutuamente ambas se complementan y constituyen en la práctica el puente de unión entre la psiquiatría y la medicina\*. El psiquiatra que asume estas funciones tiene que afrontar y vencer hábilmente una serie de resistencias que frecuentemente se presentan por parte de sus colegas médicos, de los enfermos, de los familiares de los enfermos, y en no pocas ocasiones del personal paramédico. Lo que va a permitir al psiquiatra el salir adelante en estas condiciones es su identidad médica. A diferencia de otros miembros del equipo psiquiátrico (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros psiquiátricos, etc.), el psiquiatra que se mantiene dentro del modelo médico comparte con los demás especialistas la esencia de su actividad profesional, pero puede además, a través de su equipo, ofrecer servicios que trasciendan al modelo médico mismo en los casos en los que éste resulta insuficiente (12), al grado que eventualmente sus servicios se hagan imprescindibles. Por su entrenamiento médico ante todo y por la variedad de campos del conocimiento a los que el psiquiatra está expuesto, sus posibilidades de influencia en los hospitales generales son insospechables. El hecho de poder entender la sociología del hospital le permite, por ejemplo, hacerse cargo de una serie de responsabilidades y toma de deci-

\*El concepto de enlace (liaison) tampoco es novedoso. Billings (11) se refirió a él por primera vez hace 40 años al describir funciones que, trascendiendo las de la interconsulta, permitan el desarrollo de un trabajo cooperativo con médicos no psiquiatras y con otros trabajadores de la salud. En el contexto de la interconsulta, el enlace ocurre antes, durante y después de ésta, con el médico o servicio que la solicita, con los familiares del enfermo y con el personal paramédico que participa de sus cuidados; otras formas más elaboradas de enlace obvian la necesidad de que la interconsulta sea solicitada formalmente. Estos programas permiten muchas veces el establecimiento de un diagnóstico más oportuno, evitan el que se hagan exámenes excesivos y disminuyen el tiempo de hospitalización. Optimizan, en suma, el aprovechamiento de recursos económicos y humanos, tanto del enfermo y sus familiares como del hospital y su personal.

siones que por su complejidad son de su competencia. Rogers y Bendon (13) han señalado una serie de problemas que confrontan los centros médicos académicos, los cuales requieren para su solución de la participación de equipos multidisciplinarios. Esta área de responsabilidad, a la que le han llamado "medicalización de los problemas sociales", representa para la psiquiatría una tierra fértil para la demostración de sus posibilidades.

Desde luego, los programas de enlace, tan en boga en estos días, tienen aún por delante la obligación de demostrar científicamente su validez y justificación pero, sin embargo, los datos preliminares (14) son altamente estimulantes.

Por otro lado, las necesidades psiquiátricas de enfermos admitidos a los hospitales generales con problemas fundamentalmente médicos o quirúrgicos han quedado plenamente demostradas (15), y las posibilidades de enseñanza al personal no psiquiátrico, tanto médico como paramédico, mediante los programas de enlace empiezan a ser reconocidas (4). El intercambio de conocimientos en los hospitales es más que un ejercicio académico, representa para el psiquiatra y su equipo la posibilidad de interactuar *vis-à-vis* con sus colegas y de ofrecer a los enfermos el tratamiento interdisciplinario que merecen. Los residentes de medicina y las enfermeras son dos grupos bien identificados por su interés en "saber más acerca de los problemas psicológicos de sus enfermos" (16).

### Conclusiones

Con el desarrollo del conocimiento psicobiológico y la explosión de las neurociencias, la psiquiatría no puede únicamente dedicarse a mantener tradiciones y dogmas. Su destino parece ser más bien el de regresar a su origen natural: la medicina, y el desterrar las dicotomías que no han favorecido ni el desarrollo científico ni la calidad de la atención a los enfermos.

La psiquiatría, ejercida con una orientación ecléctica, dentro de un contexto holístico y con espíritu científico, podrá prescindir de términos que pretendan justificar su identidad como especialidad médica. Por sus frutos se le conocerá.

### REFERENCIAS

1. SEVA DIAZ, A.: *Psiquiatría Clínica*. Ed. Espaxs, Barcelona, 1979.
2. SIVADON, P.: Architecture psychiatrique. Principes, tendances actuelles. *Enc. Med. Chir. (Psych.)* 37925-A-10, Paris, 1968.
3. JONES, R. E.: Issues facing general-hospital psychiatry. *Hosp. Comm. Psychiatry*, 30: 183-184, 1979.
4. SANDERS, C. A.: Reflections on psychiatry in the general-hospital setting. *Hosp. Comm. Psychiatry*, 30: 185-189, 1979.
5. GREENBLAT, M.: Psychiatry and the third revolution. *Introduction. Psychiat. Ann.*, 7: 7-9, 1977.
6. HACKETT, T. P.; CASSEM, N. H.: Massachusetts General Hospital. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. C. V. Mosby, Co., Saint Louis, 1978.
7. LIPSITT, D. R.: Psychiatry and the general hospital: An editorial. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1: 1-2, 1979.
8. BROOK, C. P.: Psychiatric units in general hospitals. *Lancet*, 2: 684-686, 1964.
9. SCHWAB, P. J.: The evaluation of a general hospital psychiatric unit. En: *Current Psychiatric Therapies*. Masserman, J.H. (ed.). Grune y Stratton, Nueva York, 1977.
10. DE LA FUENTE R., J.R.: La medicina psicósomática en la investigación y la clínica. *Salud Mental*, 2(1): 28-30, 1979.
11. BILLINGS, E. G.: Liaison psychiatry and intern instruction. *J. Assoc. Am. Med. Coll.*, 14: 375-385, 1939.
12. ENGEL, G. L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136, 1977.
13. ROGERS, D. E.; BLENDON, R. J.: The academic medical center: A stressed American institution. *N. Eng. J. Med.*, 298: 940-950, 1978.
14. FAGUET, R. A.; FAWSY, F. I.; WELLISCH, D. K.; PASNAU, R. O.: *Contemporary Liaison Psychiatry*. Spectrum, Nueva York, 1978.
15. STRAIN, J.; GROSSMAN, S.: *Psychological Care of the Medically Ill: A Primer of Liaison Psychiatry*. Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1975.
16. HACKETT, T. P.: The psychiatrist: In the mainstream or on the banks of medicine? *Am. J. Psychiatry*, 134: 432-434, 1977.