

# LA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA:

## Algunas formas de institucionalización

Dr. Fernando Lolas\*

### Summary

Basic forms of institutionalization of the psychosomatic approach, characterized by an anthropological thrust and a methodological pluralism are presented. Consultation-liaison psychiatry, internistic-psychosomatic integration, psychosomatic unit and psychosomatic clinic are presented and discussed. Their advantages and limitations are analyzed in terms of their theoretical relevance and practical efficacy. The relatively limited influence of the psychosomatic approach could be explained and overcome by considering the communication problems implicit in the methodological pluralism, in interpersonal relationship and in a broad notion of biopsychosocial health.

### Resumen

Se presenta una descripción de formas básicas de institucionalización de la perspectiva psicosomática, caracterizada por una tendencia antropológica y un pluralismo metodológico. Se presentan y se comentan los siguientes modelos: psiquiatría de enlace y consulta, integración internístico-psicosomática, unidad psicosomática y clínica psicosomática. Se discuten sus ventajas y limitaciones en términos de solidez teórica y eficiencia práctica. El impacto relativamente escaso del pensamiento psicosomático puede explicarse y superarse prestando atención a los problemas de comunicación implícitos en el pluralismo metodológico, en la relación interpersonal y, finalmente, en un concepto amplio de salud biopsicosocial.

### Investigación científica y clínica médica: Invención e innovación

Dos caracteres principales tiene la perspectiva psicosomática: la permanente referencia al hombre y la interdisciplinariedad. Hemos denominado al primero "antropología abierta", y al segundo, "pluralismo metodológico" (20).

Por institucionalización de la perspectiva psicosomática entendemos la corporización de estos dos caracteres en prácticas: algunas se refieren a la investigación, y otras, al cuidado de los enfermos.

El impacto de la perspectiva psicosomática en la investigación consiste en proveer nuevas preguntas o nuevos marcos de referencia y en explorar las posibilidades y límites de una integradora científicidad más allá de barreras disciplinarias. Además, en proveer reglas de traducción para datos obtenidos con métodos

diferentes y reglas de integración para explicitar sus relaciones. Esto se sintetiza en una simple fórmula: la tarea de la investigación es inventar nociones. Cuando un conjunto de tales nociones prueba ser útil, los pasos que condujeron hasta ellas se convierten en paradigmas. Un paradigma es un logro revolucionario en la constitución del mundo científico (17).

Normalmente, la influencia sobre el cuidado de los enfermos es el aspecto que más se discute en la perspectiva psicosomática. Ampliación de la investigación etiológica, nuevas dimensiones para el pronóstico, terapéutica integral. En otras palabras: *innovación de prácticas* (18).

Aquí nos limitaremos a una apretada serie de breves ejemplos. Esta tiene la deficiencia de considerar relevantes sólo aquellos que directamente hacen referencia a los principios característicos de la perspectiva psicosomática previamente resumidos. Basta revisar la historia de las instituciones médicas para comprobar cuántas experiencias valiosas quedan sin considerar. Nuestra arbitraria selección sugiere que no basta la existencia de una estructura. Su eficacia depende de la reflexión que se haga sobre sus posibilidades y límites en el marco de una teoría.

Wesiack (27) observa que los intentos por hacer de la aproximación psicosomática una medicina de la totalidad —una medicina holística— están condenados al fracaso dentro de la actual estructura del pensamiento científico, basada en el proceder analítico. Es, sin embargo, posible imaginar otras formas de científicidad que superen las tradicionales categorías de pensamiento.

Tal vez no sea errado sostener que la escasa influencia de la perspectiva psicosomática (en términos prácticos, no en las declaraciones) se debió a la combatividad con que la medicina psicoanalítica (su primera formalización) tomó posiciones contra la medicina orgánica, académica, científico-natural, y de la respuesta de ésta, y de la psiquiatría. Ello explica las diferencias nacionales en la concreción institucional de la perspectiva psicosomática. En la psicosomática norteamericana, el modelo fue la *consultation-liaison psychiatry*. En Alemania, el origen de la psicosomática fue la medicina interna (5, 23). Este origen diferente tiene

*Salud Mental V. 8 No. 1 marzo 1985*

\* Unidad de Psicofisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

importancia. Haya o no suficiente material para juzgar sobre méritos y limitaciones, tenemos dos modelos básicos de práctica psicosomática: la internística y la psiquiátrica. No son los únicos posibles, pues la tercera alternativa —la independencia disciplinaria, la clínica psicosomática— es también frecuente. En esta breve enumeración interesa simplemente mostrar cuáles son las formas institucionales más frecuentes, y rastrear algunos de sus orígenes. Debemos necesariamente incurrir en generalizaciones y simplificaciones que sólo el deseo de ejemplificación que nos anima puede excusar.

### Integración internístico-psicosomática

Para Köhle y colaboradores (14), la psicosomática clínica se entiende simultáneamente como una subdisciplina médica y como una rama básica de la medicina clínica con tareas integradoras. En este último carácter se ocupa de aspectos selectos del sistema de relación del enfermo y su ambiente. La relación médico-paciente y la situación del enfermo en las instituciones médicas son, así, objetos de investigación de la psicosomática clínica. Al mismo tiempo debe contribuir, en un trabajo interdisciplinario, a que se extraigan las consecuencias de sus datos, e integrarlos al cuidado de los enfermos.

Desde este punto de vista, hay cuatro áreas de investigación: la patogénesis (significación de los influjos ambientales, particularmente las alteraciones de la relación interpersonal en la génesis y curso de las enfermedades); la elaboración de la enfermedad (por parte del paciente); la conducta de enfermedad (tanto en relación a las causas provocadoras de enfermedad como a los cambios en el modo de vida exigidos por la terapia); y las consecuencias psíquicas de los estados patológicos corporales (*Durchgangsyndrome*, psicosis funcionales).

Si se estudia la consolidación asistencial, el primer aspecto es probablemente el que menos importa. Dada la cuantía de la literatura dedicada a él, parecería que constituye lo más esencial de la perspectiva psicosomática. Sin embargo, más importante desde el punto de vista social e institucional parece lo relativo a la elaboración de la enfermedad y a la conducta de enfermedad. Estos son procesos y fenómenos que enfrenta todo médico y todo equipo de salud con la inmediatez de lo urgente, antes de toda elucubración teórica sobre la etiología y la patogenia. Esta es indispensable, mas no tiene crucial importancia en la institucionalización del punto de vista psicosomático. Una gran paradoja en este terreno es el divorcio entre la teoría y la práctica.

No necesitamos repetir aquí que los factores psicosociales integran los determinantes etiológicos y patogénicos de variadas dolencias. Engelhardt y cols. (3), en una comprobación negativa, encontraron que sólo en un 28% de los pacientes de una clínica de medicina

interna no había una clara influencia de la historia personal sobre los síntomas o su modo de aparición. Las cifras de otros autores para lo opuesto, es decir, para la relevancia de factores psicosociales, oscilan entre 22% y 66.8% (13).

Estas consideraciones estadísticas no se presentan para indicar la magnitud del problema. Ellas se interpretan a veces en un sentido curioso: muchos enfermos son funcionales, se dice (aquí “funcional” equivale a “no enfermo”); tales enfermos sobrecargan nuestros servicios, exigen atención y exámenes costosos, y encarecen nuestro sistema de prestaciones en salud. El psiquiatra debe ayudar a evitar que esta gente llegue a los hospitales. O tal vez debería entrenarse a un grupo de enfermeros para que actuara transfiriendo a este contingente humano hacia otros mecanismos de atención.

Desde este punto de vista, la perspectiva psicosomática es considerada como una adición a los servicios tradicionales: un enriquecimiento, tal vez, en algunas nociones sobre psicoterapia o manejo de enfermos difíciles.

En el llamado “proyecto de Ulm” hay un hecho decisivo para entender otros intentos y sus fracasos. Los autores encontraron una estructura hospitalaria ya formada, que ellos denominan “centrada en la enfermedad”. Su objetivo era modificarla hacia un modo de trabajo centrado en el paciente. Se precisaba reformular los procesos de interacción dentro del equipo de salud. Tiene así el psicosomatista una tarea adicional: identificar y aclarar las actitudes de los miembros del equipo frente a la idea del trabajo centrado en el paciente. Además, debe contribuir a organizar y modelar todas las actividades tradicionales de un servicio —historia clínica, visita, discusión de casos, atención de enfermería, recreación— de acuerdo a un punto de vista integral, y a incrementar el flujo de informaciones entre los participantes.

Las condiciones físicas de trabajo y la preparación técnica de los colaboradores son cruciales. El mérito del estudio de Ulm ha sido, precisamente, destacar los factores interpersonales en el equipo de salud, y considerarlos parte integrante de la aproximación psicosomática. Este punto puede ser decisivo para la supervivencia de la psicosomática como disciplina.

Es lícito preguntarse por qué es deseable la supervivencia de la perspectiva psicosomática. Ciertamente, no sólo por lo que ofrece en cuanto a reflexiones. También hay que responder sin hipocresía si contribuye a incrementar la eficacia de la medicina, por ejemplo, en relación a costos y calidad de los servicios. T. von Uexküll (24) observa que la medicina psicosomática debe demostrar eficacia también en este terreno. El sistema médico de los países desarrollados —también el de los no desarrollados— se caracteriza por una constante expansión de posibilidades técnicas y por una creciente diversificación de servicios.

Ello conlleva —además de la deshumanización y cosificación del paciente— un acelerado encarecimiento. Sólo en Alemania, el gasto en salud creció de 6.3% a 9.4% del producto social bruto entre los años 1970 y 1975. Buena parte del costo excesivo podría eliminarse si se evitara la duplicación del esfuerzo diagnóstico y si los recursos se destinaran a medidas preventivas. La adición de procedimientos psicoterapéuticos a la práctica médica no garantiza por sí sola que tales fines puedan lograrse, especialmente si se tiene en cuenta la escasez de profesionales entrenados y la naturaleza de algunos tratamientos.

Particular importancia tiene examinar las condiciones para una institucionalización de la perspectiva psicosomática. Los trabajos de Balint y colaboradores demostraron que es posible la incorporación de los aspectos psicoterapéuticos en la consulta ambulatoria. La situación, sin embargo, es diferente en el caso de la atención hospitalaria. Allí se suscita la polémica acerca de la institucionalización. Esta demanda no sólo la modificación del trabajo clínico, sino también nuevas formas de organización que permitan a los miembros del equipo de salud actuar en el marco del concepto psicosomático, lo que supone, en ocasiones, una formación especial reformulando roles, tareas y responsabilidades. El éxito o el fracaso de la más ambiciosa y perfecta de las teorías puede depender del clima de trabajo que se consiga generar. En Ulm se ha llevado a cabo un programa para entrenar enfermeras en funciones que podrían considerarse médicas: por ejemplo: realizar entrevistas de ingreso o recolectar datos anamnésticos. Ello plantea problemas de competencia administrativa y cualificación profesional.

En el modelo de Ulm debe destacarse que se trata de una integración desde abajo: el psicomatista es un clínico entre clínicos que comparte las rutinas diarias del servicio, tiene responsabilidad asistencial directa y está visible en todo momento. Ello diferencia este modelo de la interconsulta psicosomática y de muchas formas de *consultation — liaison psychiatry* que mantienen la diferencia entre experto y médico tratante, con el resultado de que éstos solicitan la ayuda del primero bajo criterios no uniformes y cargados de prejuicios. Por ejemplo, es probable que el psiquiatra o el psicomatista sea llamado sólo en casos de no cooperación, conducta inadecuada o sospecha de simulación por parte del paciente, aparte de los casos en que incorporar a un profesional más sirve sólo para reducir la angustia ante una evolución no satisfactoria. La interrelación psicoterapeuta (psiquiatra)-internista está también cargada de sentimientos de ambivalencia por parte de este último, para quien puede ser reconocimiento de incapacidad el recurrir a un colega mejor informado, capaz de poner en entredicho sus juicios diagnósticos y terapéuticos. La actitud del psiquiatra o del psicoterapeuta puede desembocar en una conducta complementaria o asimétrica con la consiguiente dificultad en la comunicación (28).

El proyecto de Ulm intenta crear un compromiso entre el aislamiento del especialista y su total absorción en la clínica médica orgánica. La experiencia, después de muchos años, muestra que el servicio modelo sigue siendo modelo; sus principios no se han hecho rutinarios. Se han hecho reorientaciones de clínicas completas, pero éstas tienden a convertirse en clínicas especiales, cuyo énfasis psicoterapéutico las lleva a ser predominantemente clínicas de neurosis. El proyecto de Ulm se ha basado en el pensamiento psicodinámico, lo cual explica el tipo de formación impartida y la preferencia por ciertas formas de psicoterapia. Muchas de las ideas generadas por él podrían ser también implementadas en otro contexto teórico.

Es conveniente discutir un aspecto adicional referente a la integración del equipo de salud. Von Uexküll ha señalado la crisis de identidad del psicomatista que presta servicios de consultoría (24). No sólo debe demostrar competencia en su propio campo; además debe tener habilidades psiquiátricas y psicoterapéuticas. Hay dificultades con otros colegas y frustración consecutiva a expectativas exageradas en la propia capacidad. Debe recordarse que un aspecto importante de su labor, además del diagnóstico y tratamiento especializados, es poner en evidencia las interacciones iatrogénicas entre médicos, pacientes y personal. Tal trabajo puede suponer considerable frustración.

#### Psiquiatría de consulta y enlace

El psiquiatra que labora en un servicio de medicina general o de otra especialidad parecería tener la ventaja de que retiene su identidad profesional. Sin embargo, Greenhill escribe: "El psiquiatra de enlace (*liaison psychiatrist*) se enfrenta a profundas resistencias. Debe tratar con sistemas axiológicos diferentes, pero al mismo tiempo puede ser el niño adoptivo de su departamento. Recibe un mínimo financiamiento de su propio departamento y, generalmente, ninguno del departamento al que presta servicios. El propósito de su trabajo es humanizar el cuidado de los enfermos, ser su abogado y corregir su desamparo. Es sensible a las injusticias a que están sometidos los enfermos. Al enseñar frente a los valores opuestos y al luchar por cambiar actitudes, es un proselitista decidido. . . Las expectativas sobre su rendimiento por parte de otras disciplinas médicas no son entusiastas. Aquellos pacientes que desea ayudar no solicitan su ayuda y pueden no estar interesados en ella. El que un programa de psiquiatría de enlace pueda ser iniciado o mantenido depende del interés y del apoyo que le dé un individuo, tal como el jefe del departamento de medicina, pero la administración del hospital generalmente tiene poco interés en tales programas, excepto cuando se trata de proteger los derechos legales y financieros de la institución" (4).

Lipowski define la psiquiatría de consulta y enlace (*consultation-liaison psychiatry*) como "el área de la psiquiatría clínica que incluye actividades clínicas, de investigación y de docencia de psiquiatras y otros

profesionales de la salud mental en las secciones no psiquiátricas de un hospital general (15). Observa que la denominación consulta-enlace (*consultation-liaison*) refleja dos roles vinculados. "Consultoría" es proveer opinión diagnóstica especializada y consejo terapéutico con relación a un paciente, a petición de otro profesional. El "enlace" supone estructurar grupos y actividades para colaboración efectiva. Los servicios de consultoría actúan preferentemente en situaciones críticas, que llevan a otros especialistas a recurrir a ellos: tentativas de suicidio, psicósindromes orgánicos, psicosis endógenas y otras. De la decisión del consultor depende el traslado del paciente a un servicio psiquiátrico. Según algunos estudios, un 70% de los casos de consultoría son trasladados a una clínica especializada. La actividad de enlace es más amplia. Se espera que el psiquiatra de enlace provea medios (conceptuales y directos) para integrar las ciencias de la conducta y las disciplinas clínicas. Debe ser un factor catalítico en la formación de nuevas actitudes y acciones concretas de salud.

En la práctica, la distinción entre consulta y enlace tiene valor limitado. En la tarea de enlace la participación del psiquiatra es *activa* en las labores de organización y atención, sin que deba esperar a que se le solicite.

De acuerdo a Krakowski (15), sólo existen servicios adecuados en Estados Unidos, Canadá, Holanda y Argentina. El modelo de institucionalización "psiquiatría de enlace" es más raro en Alemania, en donde la perspectiva psicósomática ha tenido otro desarrollo.

Según Greenhill (4), puede atribuirse a Henry la primera descripción de un servicio de psiquiatría de consulta. En 1933 se establecieron servicios modelo en hospitales universitarios con el apoyo de la Fundación Rockefeller: en el Hospital General de Massachusetts de Boston, en la Universidad de Colorado, en la Universidad de Chicago, en la Universidad Tulane, en la Universidad Washington de San Luís, y en la Universidad Duke. Aparentemente, los primeros en ejercer influencia fueron los servicios establecidos en el Massachusetts General y en el Centro Médico de la Universidad de Colorado. Billings (1) señalaba tres metas: 1) sensibilizar a los médicos y estudiantes frente a las oportunidades que les ofrece cada paciente, independientemente de su enfermedad o queja, para utilizar una aproximación psiquiátrica de sentido común en el mejoramiento de su condición, y para hacer al paciente más apto para manejar su problema somático dependiente de la personalidad; 2) establecer la psicobiología como una parte integrante del pensamiento profesional de médicos y estudiantes en todas las ramas de la medicina; y 3) introducir en la mente de médicos y estudiantes la necesidad del público-paciente de concepciones tangibles y prácticas de la personalidad y del funcionamiento social, no tanto en el sentido de prevenir desórdenes mentales en cuanto tales, como en el sentido de impedir los pensamientos falsos, los prejuicios y tabúes que hacen difícil para

el paciente el aceptar ayuda o permitir que el médico sea de ayuda.

Estas metas siguen vigentes. El término "psicobiología" en estas formulaciones no tiene carácter técnico; es sólo una caracterización: "La aproximación biológica a la enfermedad fue claramente formulada en la psiquiatría moderna bajo la denominación de psicobiología. . . El psicobiólogo considera las manifestaciones de la enfermedad como resultado de la interacción de la persona individual con el ambiente, en su aspecto tanto psicológico como físico. . . La psicobiología ha sido ahora extendida a la medicina general con el nombre de teoría psico-somática. Este nombre es una elección desafortunada por sus implicaciones de dicotomía mente-cuerpo, pero ha logrado arraigarse. La psicósomática es el desarrollo más reciente en la teoría de la enfermedad crónica. En ella se da a la constitución del paciente una importancia igual a la del agente nocivo externo. . ." (8).

Estas líneas del año de 1955 representan un punto de vista según el cual la psiquiatría fue el origen de la aproximación psicósomática en la medicina que fue influida por el pensamiento biológico.

La institucionalización psiquiátrica de la perspectiva psicósomática no se reduce a un común denominador. En 1948, Kaufman y Margolin (12) señalaban que "ningún esquema de organización puede considerarse universalmente aplicable". La organización de un servicio psiquiátrico en un hospital general dependerá del "nivel de sofisticación en relación a la psicología" (sic). Su estructura debe basarse en las necesidades de la institución, siendo *primarias* la atención psiquiátrica, la docencia para estudiantes y médicos y la investigación. Un modelo clásico de psiquiatría de enlace, con impacto docente de consideración, fue el de la Universidad de Rochester, N.Y. Entre 1946 y 1977 se habían formado 109 "psicosomatistas", el 60% de los cuales ejerció docencia universitaria. Otros ejemplos exitosos han puesto énfasis en la enseñanza.

Puede resumirse, diciendo con Joraschky y Köhle (10), que la psiquiatría de consulta y enlace es un intento de integración docente-asistencial en el cual pueden distinguirse básicamente tres puntos de vista: 1) el punto de vista *centrado en el paciente*, que corresponde a la clásica interconsulta: el interlocutor del psiquiatra es el paciente; 2) el punto de vista *centrado en el médico*: el interlocutor puede no ser el paciente sino su médico, que dialoga con el psiquiatra acerca de las dificultades diagnósticas y terapéuticas; y 3) el punto de vista *centrado en el equipo de salud*; los interlocutores son todos los miembros de éste que participan en el cuidado de un paciente. Este modelo corresponde al polo "psiquiatría de enlace" y se interpreta en el sentido de reestructurar todo el trabajo clínico. Ya hicimos referencia a la importancia de este aspecto para la institucionalización de la psicósomática.

## Unidades psicósomáticas

Se ha intentado crear unidades psicósomáticas, siendo tal vez las más puras la de la Universidad de Cincinnati, la del Hospital Monte Sinaí de Nueva York, la de la Universidad de Maryland y la del Hospital Montefiori de Nueva York. Kaplan y Curtis (11), al describir la unidad de Cincinnati, escribían en 1961: "Los pacientes de esta unidad de 12 camas son hombres y mujeres con desórdenes fisiológicos de varios tipos. Generalmente no son enfermos agudos, sino que han experimentado la enfermedad por un periodo prolongado. La mayoría de las condiciones observadas se clasifican diagnósticamente dentro de la categoría psicofisiológica autonómica y visceral. Por ejemplo, úlcera péptica, neurodermatitis, diabetes, asma, colitis ulcerosa. . . La permanencia promedio es aproximadamente de dos meses. . . Durante este periodo, los pacientes son estudiados detalladamente en relación a sus estados psicofisiológicos. Los pacientes reciben psicoterapia tanto individual como de grupo y el pequeño tamaño de la unidad permite una acuciosa observación de la conducta individual y de la interacción grupal..."

Con algunas diferencias, las otras unidades psicósomáticas se aproximan a esta descripción básica. Estas no han sido muy exitosas en los hospitales norteamericanos, en parte por falta de apoyo administrativo y financiero; no está clara su pertenencia administrativa; el estudio intensivo de los pacientes supone largas hospitalizaciones; es frecuente la asociación con terapias de corte analítico. Greenhill también señala dificultades en el rol mixto psiquiatra-internista.

## Medicina clínica general

La cátedra de medicina clínica general (*Allgemeine Klinische Medizin*) existía en Heidelberg entre 1946 y 1952, bajo la dirección del Viktor von Weiszäcker, quien dio forma y sustancia al concepto. "Es especialmente difícil establecer un concepto común y amplio de salud y enfermedad, un método común para psicoterapia y somatoterapia, una fórmula unitaria para la relación entre médico y paciente, profesión médica e institucionalidad política. Pero apuntamos hacia una medicina general" (26).

Esta perspectiva fue revitalizada en 1958 bajo la dirección de Paul Christian, discípulo de von Weiszäcker. Su tarea era establecer una teoría del método clínico por confrontación de métodos científico-naturales, psicológicos y filosóficos aplicados a la medicina, y la investigación de condicionantes ecológicos y sociológicos de la enfermedad, además de hacer investigaciones sobre la relación entre morfología y función, y estudios sobre la estructura antropológica de la medicina y sobre la relación médico-paciente. La posterior evolución de este Departamento lo ha convertido en una unidad psicósomática de caracteres especiales. Está estructurado en tres subunidades. Dos son servicios de medicina interna, incorporados a la

Clínica Médica de la Universidad de Heidelberg. Uno es semejante al modelo de Ulm y el otro funciona en un sentido de interconsulta. El tercer servicio es psicósomático en sentido estricto; en él se hace diagnóstico simultáneo (somático, psíquico y social) y un tratamiento que incluye terapia individual y de grupo, musicoterapia, ergoterapia, terapia familiar y otras en un clima de trabajo centrado en el equipo. Los servicios ofrecen diferente atención a pacientes clasificados de acuerdo al tipo de sintomatología (predominio orgánico o predominio psicogénico), pudiendo los pacientes pasar de uno a otro.

## La clínica psicósomática

La clínica de la Universidad de Heidelberg (administrativamente independiente del Departamento de Medicina Clínica General previamente comentado) fue fundada en 1948 sobre bases psicoanalíticas. Su característica principal puede describirse como dinámica de grupo, y las diversas formas de tratamiento que se ofrecen se orientan a la creación de un ambiente terapéutico. Después de las entrevistas iniciales, el paciente puede ser admitido a uno de tres modelos de tratamiento: el modelo I consiste en psicoterapia de grupo durante un periodo limitado (tres meses), tras el cual el paciente es dado de alta y controlado durante dos años; el modelo II consiste en un tratamiento combinado de psicoterapia de grupo e individual; y el modelo III, en tratamiento individual ambulatorio de pacientes. Aparte del servicio de hospitalización (alrededor de 24 camas) esta clínica ofrece tratamiento ambulatorio y mantiene un estrecho contacto con psicoterapeutas en la práctica privada (21).

La clínica psicósomática del Instituto Central de Salud Mental de Mannheim también se caracteriza por un énfasis psicodinámico. En este caso, la proximidad a otros departamentos permite tener un estrecho contacto con otros especialistas y limita las posibilidades de aislamiento. Con 48 camas, es una de las mayores clínicas psicósomáticas de Alemania. Se encuentra subdividida en subunidades o servicios de 12 camas; hay uno para pacientes crónicos, otro para tratamiento de prueba y hospitalizaciones para estudio diagnóstico. Una unidad de 24 camas funciona como terapéutica de corte analítico (22).

También existen clínicas o departamentos de psicósomática con independencia administrativa en muchas universidades, la mayoría orientada psicodinámicamente, aunque las hay también de orientación diferente (generalmente conductual).

El concepto de clínica psicósomática plantea la pregunta acerca de la utilidad y límites de la psicoterapia en el hospital. La discusión de este problema debe considerar factores no directamente relacionados con modelos teóricos. Por ejemplo, es obvio que crear un departamento de psicósomática en una universidad u hospital que hasta entonces no contaba con él, plantea problemas de competencia profesional. Como significa la efectiva institucionalización, es posible que otros departamentos desconfíen de los esfuerzos

que se hagan por dar una colaboración eficaz. Un problema adicional consiste en fundamentar tratamientos sobre conceptos psicoanalíticos, difíciles de conciliar con actitudes básicas de los médicos no psicoterapeutas (28). De allí deriva el aislamiento y la marginalidad con respecto a acciones importantes de salud. El *inbreeding* conceptual lleva a olvidar los fines de la perspectiva psicosomática, el estudio integral del paciente y el pluralismo metodológico.

Nadie discute la importancia que tiene el tratamiento psicoterapéutico en toda dolencia; por psicoterapéutico debe entenderse un énfasis en los aspectos psicosociales que definen y constituyen la individualidad del paciente. La institucionalización de la perspectiva psicosomática plantea problemas de implementación y de indicaciones precisas. Los esfuerzos en este sentido deben tener presente las diferencias entre el *desideratum* teórico y las posibilidades concretas. Hahn diferencia entre una indicación teórica y una indicación pragmática (6). La primera es a veces impracticable.

### Algunas conclusiones

Existen muchas formas de implementar el punto de vista psicosomático. Nuestro recuento —que no ha tenido por misión comparar estrategias terapéuticas sino simplemente mostrar alternativas de organización— no cubre todas las posibilidades. La selección de ejemplos se ha basado en lo que consideramos notas dominantes de la aproximación psicosomática: su dimensión antropológica (centrada en el paciente) y su pluralismo metodológico. Al examinar los modelos escogidos se impone una segunda conclusión decepcionantemente simple: hay en todos un hiato entre la teoría y la práctica. En algunos casos, el hiato es abisal y la teoría —aún reformulada— no llevaría a modificaciones sustanciales del estado actual.

Parece razonable concluir también que la implementación de los puntos de vista psicosomáticos no depende solamente de refinamientos conceptuales. Ellos son indispensables, pero tanto en la investigación como en la atención médica —tal vez más en ésta que en aquella— la estructura de las relaciones interpersonales es

decisiva. El mejor psiquiatra puede no ser un buen “hombre de enlace” si no toma en consideración estos aspectos. El punto de vista psicosomático es medularmente un trabajo de varias personas que aportan diferencias en un clima de aspiraciones comunes. El lograr que éstas sean en realidad comunes es tarea de un gran ingenio o de buena voluntad. En ausencia de ambos, la perspectiva psicosomática continuará siendo eso: perspectiva, y será quimérico esperar que pueda brindar una modificación del arte médico.

Otra limitación del esquema presentado: en él no se han tomado en consideración estrategias alternativas, como las representadas por las prácticas orientales o las más recientes “antimedicinas” de diverso tipo. Algunas objetan hasta los cimientos mismos de la institucionalización médica. Para algunas, la perspectiva psicosomática es simplemente otra faz del *establishment*, y no la más saludable. La psicoterapia debe responder ante tales críticos sobre sus implicaciones sociales, sobre sus engranajes ideológicos, sobre sus fines y sus limitaciones. La investigación debe dar cuenta de sus logros, y explicar por qué son logros. Estos críticos exigirían, sin duda, que se explicara si acaso la perspectiva psicosomática —o la medicina bio-psico-social— no es otro intento por medicalizar la vida hasta las últimas consecuencias. También exigirían que se demostrara eficacia en sentidos distintos de los usuales.

Estos puntos de vista merecen ser examinados siquiera porque hay algunas falacias que se propalan con buena voluntad y mejores propósitos. Es un hecho obvio que un problema sustancial en este terreno es el de la *comunicación* tanto dentro de la medicina como hacia afuera de sus límites institucionales. No existe medicina bio-psico-social sin un concepto correlativo de salud biopsicosocial; en la constitución de ésta, el permanente diálogo, la apertura hacia las alternativas y la mutua influencia, son elementos decisivos (2)\*.

\* Parece también importante destacar que algunos autores, sobre todo españoles, aluden a la *psiquiatría de enlace y consultación*, como “*psiquiatría de hospital general*”. El problema de las designaciones que incluyen la palabra *psiquiatría* es que generan ambigüedades en cuanto al rol y las responsabilidades de los integrantes del equipo de salud.

### REFERENCIAS

1. BILLINGS E G: The psychiatric liaison department of the University of Colorado Medical School and Hospital. *Amer J Psychiat*. 122: 28, 1966.
2. DAY S B, LOLAS F, KUSINITZ M (eds.): *Biopsychosocial Health*. Nueva York, International Foundation for Biosocial Development and Human Health 1980.
3. ENGELHARDT K, WIRTH A, KINDERMANN K: *Kranke im Krankenhaus*. Stuttgart, Enke, 1973.
4. GREENHILL M H: The development of liaison program. En: *Psychiatric Medicine*. Usdin G (ed.). Nueva York, Brunner/Mazel, p. 116, 1977.
5. HAHN P: Die Entwicklung der psychosomatischen Medizin. En: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, vol. I, Balmer H (ed.). Zurich, Kindler, 1978.
6. HAHN P: Probleme der Indikationsstellung. En: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Vol. IX, Hahn P (ed.). Zurich, Kindler, 1979.
7. HAHN P: Allgemeine Klinische und psychosomatische Medizin. Entwicklung und Standort. *Heidel-*

- berg Jahrbücher, 24, 1, 1980.
8. HAMILTON M: *Psychosomatics*. Chapman and Hall, 3, Londres, 1975.
  9. HAU T F: Stationäre. Psychotherapie: ihre Indikationen und ihre Anforderung an die psychoanalytische Technik. *Zeitschrift Psychosom Med*, 14, 116, 1968.
  10. JORASCHKY P, KÖHLE K: Psychosomatische Konsultations- und Liaisonsdienste. En: *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*, von Uexküll T (ed.), Urban & Schwarzenberg, Munich, Viena, 1979.
  11. KAPLAN S M, CURTIS G C: Reactions of medical patients to discharge or threat of discharge from a psychosomatic unit of a general hospital. *Postgrad Med*, 29, 358, 1961.
  12. KAUFMAN M R, MARGOLIN S G: Theory and practice of psychosomatic medicine in a general hospital. *Med Clin North Amer*, 32, 611, 1948.
  13. KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich, En: T von Uexküll (ed.) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*, Urban & Schwarzenberg, Munich, Viena, 1979.
  14. KÖHLE K, SIMONS C, BÖCK D, GRAUHAN A (eds.) *Angewandte Psychosomatik*. Basilea, Rocom, 1980.
  15. KRAKOWSKI A J: Consultation psychiatry, present global status. A survey. *Psychother Psychosom*, 23: 78, 1974.
  16. LIPOWSKI Z J: Psychosomatic medicine in a changing society: some current trends in theory and research. *Comprehens Psychiat*. 14: 203, 1973.
  17. LOLAS F: Communication modes in research. En: Day S B, Lolos F, Kusnitz M. (Eds.) *Biopsychosocial Health*, International Foundation for Biosocial Development and Human Health, Nueva York, 1980.
  18. LOLAS F: Psychophysiology and psychosomatic medicine. Foundation One. Newsletter Int Found Biosoc Develop Human Health 2: 6, 1980.
  19. LOLAS F: Investigación psicossomática, práctica psicossomática. Editorial. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 26: 94, 1980.
  20. LOLAS F: Caracterización de la perspectiva psicossomática: Antropología abierta y pluralismo metódico. Manuscrito no publicado.
  21. SELLSCHOPP-RÜPPELL A: Stationär-klinische Psychotherapie in der Psychosomatischen Klinik Heidelberg. *Materialien der Psychoanalyse und analytisch orientierte Psychother*, 5, 124, 1979.
  22. SELLSCHOPP A, VOLLRATH P: Psychoanalytisch Klinische Therapie. En: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, IX. Hahn P. (ed.). Zurich, Kindler, 1979.
  23. UEXKÜLL T VON: *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt, 1963.
  24. UEXKÜLL T VON (ed.): *Integrierte psychosomatische Medizin. Modelle in Praxis und Klinik*. Stuttgart-Nueva York, Schattauer, 1981.
  25. WEITBRECHT H J: *Kritik der Psychosomatik*. Stuttgart, Thieme, 1955.
  26. WEIZSÄCKER V VON: Grundfragen medizinischer Anthropologie. En: *Diesseits un jenseits der Medizin*, Stuttgart, Koehler, 1950.
  27. WESIACK W: Einführung in die psychosomatische Medizin. En: *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*, Loch W (ed.). Stuttgart, S. Hirzel Verlag, 1971.
  28. WILLI J: Verständigungsschwierigkeiten in der Arzt-Psychotherapeut-Beziehung. *Praxis Psychother Psychosom*. 24: 15, 1979.