

# EL PROBLEMA DEL RECONOCIMIENTO DE LA PSIQUIATRIA COMO UNA DISCIPLINA INDEPENDIENTE EN HUNGRIA

János Füredi\*  
Béla Buda\*\*

## Summary

The authors analyze the historic development of psychiatry in Hungary.

Until the middle of the XIXth Century patients were carried to Austria to be treated. In 1850 hospitals for the mentally ill began to be built. The financial support for these constructions was scarce and the staff minimum. Initially they were used only as sites of confinement.

At the same time that those asylums were being built, from the end of the XIXth C, and up to 1910, a neuropsychiatric focus was being developed, originally oriented in Kraepelin, which drove psychiatry to a neurohistologic reductionism, which continued without change in spite of the many changes that took place in other parts of the world. Therefore, there was great resistance against the acceptance of the psychoanalytic orientation in spite of the great importance of some Hungarian psychoanalysts who worked abroad (i.e. Alexander, Radó, Balint, etc.).

This situation carried on the importance of neurology with detriment to all the possible psychologic orientations, which meant that all the psychiatric services were directed by neurologists. On the other hand, the young clinicians interested in psychiatry had to have a "double training", that of neurologists and that of psychiatrists. Since being a neurologist meant a good status and the possibility of obtaining better working and investigation conditions.

Psychiatry had to modernise itself during the last years trying to conquer its autonomy and its independence versus neurology which has subdued it in Hungary, not letting psychiatry try to understand other explanations than those of the materialistic determinism. In this way has risen a psychiatric society of Hungarian psychiatry which tries to push the propagation of psychologic techniques which a long time ago appeared in other latitudes.

## Resumen

Los autores analizan el desarrollo histórico de la psiquiatría húngara.

Hasta mediados del siglo pasado los pacientes eran llevados a Austria para su tratamiento. En 1850 se inició la construcción de los hospitales para enfermos mentales. El presupuesto de estos centros fue muy raquítico y el personal era muy reducido. Fueron concebidos inicialmente como sitios de confinamiento.

Paralelamente a la incuria de los asilos, se empezó a desarrollar desde finales del XIX y sobre todo en la primera decena de nuestro siglo, un enfoque neuropsiquiátrico apoyado originalmente en Kraepelin, que condujo con el tiempo a un reduccionismo neurohistológico a ultranza, mismo que prosiguió inalterable a pesar de los cambios que se fueron dando en otras

partes del mundo. Así, hubo una gran resistencia a la aceptación de las corrientes psicoanalíticas a pesar de la gran importancia de algunos psicoanalistas húngaros que realizaron su obra en el extranjero (P. ej. Alexander, Radó, Balint, etc.).

Esta situación condujo a la preminencia de la neurología en detrimento de todos los posibles enfoques psicológicos, lo que dio por resultado el que los servicios psiquiátricos fueran dirigidos por neurólogos. Por otra parte, los jóvenes médicos interesados en la psiquiatría debían seguir una "doble formación" de neurólogos y psiquiatras, pues la primera especialidad se encuentra todavía relacionada más que la segunda a un buen status y a la posibilidad de obtener mejores condiciones para el ejercicio y la investigación.

De esta manera, la psiquiatría ha debido modernizarse en los últimos años, tratando de conquistar su autonomía y su independencia frente a la neurología que la ha sojuzgado en Hungría, al no querer intentar comprender otras explicaciones que no sean las del determinismo materialista. Así ha surgido una sociedad psiquiátrica de psiquiatría húngara que trata de dar impulso a la difusión de las técnicas específicamente psicológicas que desde hace tiempo han surgido en otras latitudes. (H.P.R.)

En Hungría la psiquiatría no tuvo una asociación de profesionales del área hasta 1980, aunque varios cientos de especialistas han estado relacionados con este campo y existen asociaciones médicas que cuentan con sólo 50 ó 60 miembros. La única asociación que existió en el campo de la psiquiatría fue la Sociedad de Neurólogos y Psiquiatras Húngaros, la cual estuvo dominada —como toda la psiquiatría— por los neurólogos. El progreso profesional en la psiquiatría estuvo basado en la especialización neurológica y en el trabajo de investigación científica, dando como resultado que la ubicación científica y organizacional de la psiquiatría estuviese considerablemente relegada.

En Hungría la hospitalización de los pacientes con enfermedades mentales se instituyó mucho después que en el resto de Europa. Hasta mediados del siglo pasado los pacientes eran llevados a Austria para su tratamiento, siendo ésta la parte central y más avanzada de la Monarquía. No fue sino hasta 1850 cuando Ferenc Schwartzner fundó el primer hospital privado en Vác, al que siguieron más tarde algunos asilos para enfermos mentales, por ejemplo el de Nagyszében (1863), el de Buda (1868, precursor del actual Instituto Neurológico y Psiquiátrico Nacional), el de Angyalföld (1884) y el de Nagyálló (1898).

Posteriormente, los hospitales independientes para enfermos mentales establecieron áreas psiquiátricas. El propósito principal de dichas áreas no era mejorar el tratamiento de los pacientes mentales, sino obtener

\*Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia del Hospital Central Estatal de Budapest, Hungría.

\*\*Jefe del Departamento de Higiene Mental Deportiva del Instituto Nacional de Educación Física y Salud Deportiva, Hungría.

Artículo traducido por Sarah García.

fondos del Departamento Psiquiátrico para aplicarlos en las demás áreas del hospital.

De esta manera, las secciones de psiquiatría resultaron ser un instrumento para el desarrollo de los hospitales generales. A partir de 1893, se abrieron varios departamentos psiquiátricos pero en la mayoría de los casos no contaban ni siquiera con un jefe médico.

Los pacientes subsistían casi sin recursos, y se trataba de recortar el presupuesto enviando a algunos pacientes con familias para que los cuidaran (lo cual era una idea humanitaria).

Con el incremento en el número de departamentos y hospitales psiquiátricos, la cantidad de camas para pacientes mentales en la Monarquía Austro-Húngara alcanzaba la cifra de 10 258 en 1916, contra 2 300 que existían en 1893. En la actualidad resulta imposible determinar la manera en que dichas camas estaban distribuidas a lo largo de los territorios que ocupaba la Monarquía, pero es un hecho que la proporción de camas en relación a la población era menor en Hungría que en Austria. Datos correspondientes a 1925 revelan que existían 5 719 camas para pacientes psiquiátricos en el área que corresponde al actual territorio de Hungría; esta cifra no llegó a 6 000 hasta 1938. Para 1940, por otra parte, con la adición de muchos hospitales y departamentos de nueva creación, el número de camas aumentó hasta 7 916. Esta estadística incluye camas para pacientes tanto psiquiátricos como neurológicos, ya que ambos fueron incluidos en la misma categoría hasta 1953. En cuanto a los pacientes al cuidado de familias, de 560 en 1916, aumentaron a 689 en 1925 y llegaron a una cifra record de 3 159 en 1938.

Habría muy pocos médicos a cargo de estos pacientes. En 1902 sólo 7 médicos y 10 en 1916, se ocupaban de 1 100 pacientes en Lipótmézó. (No es una explicación satisfactoria que en esos años la admisión fuera baja promediando de 600 a 700 por año, contra 9 642 para 1 527 camas, durante 1978, en el mismo Instituto.)

El objetivo principal no era curar, sino confinar, esto es, proteger la seguridad física del paciente y evitar la posibilidad de que dañara a otros. Muchos psiquiatras se hallaban motivados por las más humanitarias intenciones, pero la carencia de material, personal y condiciones terapéuticas les impedía llevarlas a la práctica.

Las posibilidades para el tratamiento también eran limitadas. Los fármacos más frecuentemente usados incluían bromuros, extracto de belladona e hidrato de cloral. En Nagyszeben, por ejemplo, se prescribía a algunos pacientes tomar un litro de vino por día; baños templados, actividades al aire libre y ocupaciones diversas completaban la terapia.

Hacia 1914, Pándy aceptó la aplicación de compresas húmedas, sólo bajo estricto control. Refiriéndose a las camas rodeadas con enrejado, comentaba lo siguiente: "Estas camas tipo jaula eran, como medio de vengaza y conveniencia para las enfermeras, tan buenas como solían ser las celdas. En 1905 quisieron equipar el pabellón masculino del hospital psiquiátrico de Lipótmézó con camas como esas, lo cual no acepté, por lo que las utilizaron para algún otro pabellón."

Significativamente, las camas enrejadas aún no han

desaparecido, sin dejar huellas, de los departamentos psiquiátricos actuales, a pesar de todas sus modernas posibilidades terapéuticas. Las camas en Lipótmézó no desaparecieron: aún pueden ser vistas en el pabellón masculino del Instituto Neurológico y Psiquiátrico Nacional. El que estas camas sean o no puestas en uso depende de la actitud tomada respecto a la curación. Por ejemplo, en 1974, de los dos departamentos psiquiátricos abiertos simultáneamente en un hospital, uno no solicitó camas enrejadas, mientras que el otro requirió ocho.

Frente a esta situación, los psiquiatras en funciones a finales del siglo pasado y principios del presente, tenían dos alternativas a elegir: o llegaban a notables extremos tratando de mejorar las condiciones de los pacientes y de establecer un ambiente adecuado para la curación, o se recluían en los laboratorios para investigar las causas de las enfermedades psiquiátricas. El primer caso ocurría principalmente con los psiquiatras en los grandes asilos para enfermos mentales, especialmente en el campo (quizá porque ésta era la única opción viable para ellos), en tanto que la segunda opción era fundamentalmente tomada en los hospitales universitarios.

El prestigio y la eficiencia de la investigación científica creció con el tiempo. En especial, la investigación microscópica logró un gran progreso, el cual resultó pronto evidente tanto en el examen de microorganismos, como en la histología e histopatología. Los psiquiatras con un profundo interés científico no se conformaron con describir y clasificar diversas enfermedades (facilitadas por varios sistemas nosológicos, en primer lugar el de Kraepelin), sino que realizaron amplia investigación, principalmente en histología.

El enfoque histológico ganó relevancia en la psiquiatría húngara con el trabajo de Laufenauer. Este autor trazó el eje de su pensamiento psiquiátrico bajo la inspiración de Griesinger, quien había estudiado en las clínicas de Meynert y Westphal. Cuando en 1891 le fue otorgada una cátedra extendió el contenido de sus disertaciones para incluir a la neuropatología. Influenciado por el enfoque neuro-histológico de su maestro, Emil Moravcsik, su sucesor, llegó a ser el padre fundador del movimiento psiquiátrico independiente. A éste sucedió Károly Schaffer, quien retrocedió al legado de Laufenauer, resumiendo la investigación histológica que había iniciado bajo la directriz de su maestro, en calidad de estudiante médico. Designado profesor de histología cerebral en 1912, Schaffer se hizo cargo del departamento de Moravcsik en 1925, surgiendo su departamento de investigación independiente con el departamento de neurología y psiquiatría de la Universidad. Sus logros dieron fama mundial a la investigación húngara sobre el cerebro y a él mismo, mientras que la influencia de los médicos entrenados en su instituto fue un factor decisivo para la neurología y la psiquiatría húngaras durante las siguientes décadas.

En ese tiempo, la psiquiatría se desarrolló siguiendo diversas trayectorias en los diferentes países. En los territorios de habla germana, llegó a estar dominada por el determinismo, una creencia en la naturaleza inalterable de las cosas. Como corolario, la psiquiatría oficial

vino a ser identificada con la investigación de laboratorio y con la tendencia neurológica. La situación fue similar en Rusia hasta que los movimientos revolucionarios orientaron la atención de los psiquiatras hacia la solución de problemas sociales, añadiendo un aspecto de ciencia social a su pensamiento profesional. La psiquiatría francesa progresó siguiendo sus propios lineamientos, en tanto que en Inglaterra y en Norteamérica se desarrolló en sentido opuesto a la tendencia alemana: la neurología fue desarrollándose dentro de la medicina interna, mientras que la psiquiatría progresó como una disciplina independiente, principalmente a través del pragmatismo de la práctica (la salud "mental" fue claramente diferenciada de la salud "pública").

Freud y las teorías del psicoanálisis causaron una conmoción en la psiquiatría desde comienzos de este siglo. Al principio se consiguió que la psiquiatría se mantuviera al margen de las nuevas doctrinas, argumentándose que la patogénesis era en parte psicógena y en parte un reflejo de las influencias ambientales. Posteriormente, las nuevas ideas fueron incorporadas también a la psiquiatría, especialmente en los Estados Unidos. Hungría tampoco esperó demasiado para establecer su Sociedad Psicoanalítica. Muchos psicoanalistas húngaros alcanzaron fama mundial, incluyendo a Sándor Ferenczy, reconocido actualmente como uno de los clásicos, Franz Alexander, Géza Róheim, Sándor Radó y Michael Bálint, quienes trabajaron en el extranjero e Imre Hermann, que trabajó en Hungría hasta su muerte, ocurrida en 1984. El psicoanálisis húngaro fue completamente excluido de la psiquiatría; la tendencia oficial quedó marcada bajo el sello de Schaffer y los puestos en los departamentos del hospital universitario fueron ocupados principalmente por sus discípulos.

Durante los años de la guerra, la escuela oficial alemana de psiquiatría fue la predominante también en Hungría; el psicoanálisis y otras tendencias psicológicas habían sido proscritas en ese entonces.

La liberación de los alemanes pareció anunciar cambios radicales en la psiquiatría como tal. "Además de la derrota del fascismo y de los cambios sociales y políticos, el año 1945 marcó la supresión de la prevaleciente influencia científica alemana", escribió Orthmayer en 1968, destacando que: "los psiquiatras alemanes han quedado aislados de los avances y progresos que nuestra ciencia ha tenido en otros países".

Tales reconocimientos mantuvieron la premisa de que en la psiquiatría húngara, que había empezado a desarrollarse bajo nuevos lineamientos democráticos, se haría finalmente una apreciación crítica de su pasado reciente.

Los signos más prometedores se encuentran en las minutas de la Conferencia "Cuestiones Actuales sobre Salud Mental en Hungría", que se llevó a cabo los días 7 y 8 de junio de 1947, organizada conjuntamente por la sección de neurólogos, psiquiatras y psicólogos de la "Free Trade Union of Hungarian Medical Practitioners" y por el Ministerio de Salubridad. Un funcionario de alto nivel del Ministerio, István Simonovics, presentó en esta reunión un reporte detallado sobre las tareas pasadas, presentes y futuras. Los planes parecían realistas y optimistas; los aspectos sociales se enfatizaron

intensamente durante el primer día, en que las contribuciones reflejaron las más modernas tendencias en psiquiatría social. Los participantes hablaron expresamente en favor de un debate abierto y propusieron unánimemente que se hicieran intentos para conjugar la terapia activa y la psicoterapia.

Desafortunadamente, la situación se modificó drásticamente durante los años del culto a la personalidad.\* Concepciones erróneas, basadas en principios ideológicos falsos, ganaron terreno (por ejemplo, las basadas en Shabanov, Karanovich, etc.). Uno de estos enfoques sostenía que "la creciente opresión de las masas bajo el imperialismo, genera más enfermedades mentales, mientras que, contrariamente, el socialismo conduce a un decremento en el número de casos psiquiátricos". De acuerdo a esto, no se hicieron esfuerzos para incrementar el número de camas psiquiátricas o para renovar los edificios psiquiátricos dañados durante la guerra; por ejemplo, el hospital para enfermos mentales en Angyalföld fue convertido en un hospital general. Las 7 916 camas psiquiátricas de 1941, disminuyeron a 5 000 después de la guerra y ascendieron sólo a 6 354 en 1955.

El trabajo psiquiátrico fue resultando cada vez más difícil en la medida en que el control ideológico era más estrecho. La difusión de los llamados "enfoques idealistas", fue obstaculizada por todos los medios, pero en este periodo los enfoques fueron muy fácilmente incluidos en esta categoría, incluyendo muchas teorías y subdisciplinas que estaban sustentadas en la psiquiatría (o pertenecían a ella, como la genética, la *Gestalt*, etc.). En parte por el despertar de las tradiciones y en parte como una vía de escape, muchos médicos cambiaron el trabajo psiquiátrico, donde el ambiente social demasiado tenso era difícil de soportar, por la neurología que era una disciplina materialista reconocida. Con escasas excepciones, los más relevantes exponentes de la profesión dirigían simultáneamente departamentos neurológicos y psiquiátricos. Normalmente estos últimos eran mantenidos en mal estado, pobremente equipados y con escaso personal; eran una especie de "último recurso" donde los pacientes eran relegados sólo en las más graves condiciones y siempre por admisión obligatoria. El departamento neurológico, por otra parte, casi siempre tenía el mismo nivel del hospital del cual formaba parte, o de los demás hospitales de su distrito. Llegó a ser una práctica común el que los pacientes mentales que mostraban mejoría, fueran trasladados al departamento o sección de neurología. Los casos graves de neurosis también eran admitidos en el área neurológica. Los neuróticos difícilmente aceptaban ser tratados en los pabellones psiquiátricos; bajo las circunstancias sociales dadas, ellos buscaban ayuda acerca de sus problemas somáticos, siendo entonces tratados en uno u otro de los departamentos médicos. El auténtico trabajo curativo era realizado en el departamento neurológico, según recuerdan los médicos que en aquel entonces trabajaron en tales departamentos.

\*Eufemismo que usan los autores para referirse a la época estalinista y a la difícil situación nacional durante los años de Rákosi y Nagy. (N. del E.).

El desarrollo del servicio externo tampoco favoreció a la psiquiatría. Los centros psicoterapéuticos establecidos después de la liberación, fueron cerrados uno tras otro en los años subsecuentes. Con el avance de la salubridad socialista, los servicios neurológicos fueron añadidos a más y más clínicas de consulta externa recientemente construídas. Tales servicios fueron, sin embargo, provistos para atender casos neurológicos y rara vez recibieron pacientes psiquiátricos (y nunca a ninguno con trastornos mentales graves).

Posteriormente fueron establecidos servicios de consulta externa neuropsiquiátrica, para atender las necesidades de los casos psiquiátricos, pero su desarrollo avanzó muy lentamente.

Mientras el prestigio de la neurología crecía aún más, el de la psiquiatría seguía declinando. Esto resulta evidente en el hecho de que los departamentos psiquiátricos ya establecidos, fueron reorganizados como pabellones neuropsiquiátricos. Esta tendencia alcanzó su clímax en 1965, cuando la diferenciación de la disciplina, hasta entonces intacta en el departamento universitario, fue abolida, y se organizaron dos hospitales neuropsiquiátricos fuera de la Clínica Psiquiátrica. No fue sino hasta fines de los 60 cuando esta tendencia pudo ser eficazmente enfrentada. La "Directiva para el desarrollo de la salud mental", un conjunto de lineamientos publicado a fines de los 60 esboza las perspectivas de un amplio desarrollo en el área de la atención a la salud mental.

Las bases teóricas sobre las que descansa el citado documento existían ya en la psiquiatría moderna. El alcance de las terapias activas, en especial el electrochoque, seguido del uso extensivo de tranquilizantes, había alterado fundamentalmente los departamentos psiquiátricos; más y más gente empezaba a cuestionarse la necesidad de aislamiento y vigilancia; se habían acumulado abundantes evidencias que mostraban que podía brindarse tratamiento psiquiátrico efectivo también en pabellones abiertos. La presión social para el mejoramiento de los servicios de salud mental también aumentó. Los médicos estaban cada vez más profundamente interesados en los aspectos psicológicos y sociales de la psiquiatría. Se hizo evidente el que los trastornos mentales eran más eficazmente curados en su etapa inicial, en tanto que podían disminuirse las readmisiones y prevenirse la exacerbación de la enfermedad, mediante el uso de métodos de rehabilitación.

Para ese entonces, las condiciones materiales también estaban disponibles. Debemos recordar que la devastación de la guerra tuvo efectos muy graves sobre el sistema de atención médica. El objetivo fundamental del nuevo sistema socialista de protección a la salud, fue aumentar el número de camas en general, y concentrar los recursos sobrantes en la solución de una cuestión particular. Fue una decisión de políticas de salud, el que debía darse prioridad a la batalla contra la tuberculosis y pronto se alcanzó un éxito sustancial en este campo. La inversión para este fin había ya sido prácticamente recuperada a mediados de los 60 lo cual hizo posible la reorganización de los recursos, y convertir una parte de las camas para tuberculosos en camas psiquiátricas.

La reglamentación de 1966 fue diseñada para modernizar las previsiones legales en los procedimientos de admisión y atención psiquiátrica. Esta fue la base legal de la "Directiva", que declaraba que "... el sistema de atención mental debe ser amplio y extenso. Su desarrollo no debe estar confinado a la atención que se da al enfermo mental en el hospital o en la consulta externa, sino que además debe incluir otras áreas relevantes para la salud mental (neurosis, alcoholismo, etc.), así como la dirección y organización profesional de la higiene mental".

Para sentar las bases de su desarrollo, los autores de la "Directiva" establecieron las proporciones adecuadas entre las necesidades de los departamentos psiquiátricos de los hospitales, los servicios de consulta externa neuropsiquiátrica y diversas instituciones de rehabilitación. Después de investigaciones preliminares exhaustivas, especificaron los tipos de camas a ser desarrollados en cada uno de los planes quinquenales siguientes, hasta 1985. Llegaron incluso a proporcionar a los funcionarios locales esquemas para ayudarlos en la planeación de los departamentos psiquiátricos. Lamentablemente sin embargo, la "Directiva" no incluyó índices cuantitativos relativos al desarrollo de los servicios externos y de rehabilitación.

Así pues, la "Directiva" de fines de los 60, se formuló como una guía que, de ser seguida, habría permitido al sistema húngaro de salud, alcanzar el nivel de los estándares internacionales, en la actualidad. Sin embargo, los planes fueron implementados sólo parcialmente. Un importante obstáculo para su desarrollo, fue el que la psiquiatría no pudiese continuar su propia trayectoria de desarrollo al estar definitivamente conectada con la neurología.

Tabla 1  
Número de camas de hospital, por departamento, en instituciones que cubren regiones específicas

| Departamento     | camas por cada 10 000 habitantes |      |      |      |      |      |
|------------------|----------------------------------|------|------|------|------|------|
|                  | 1960                             | 1965 | 1970 | 1972 | 1975 | 1976 |
| Medicina interna | 10,5                             | 11,6 | 13,8 | 14,2 | 14,7 | 15,5 |
| Cirugía          | 9,0                              | 9,4  | 10,4 | 10,6 | 11,0 | 11,2 |
| Ginecología      | 6,7                              | 6,9  | 7,6  | 7,8  | 8,4  | 8,8  |
| Pediatría        | 6,9                              | 7,4  | 8,1  | 8,1  | 8,1  | 8,3  |
| Neurología       | 1,6                              | 2,4  | 2,7  | 2,8  | 3,0  | 3,2  |
| Psiquiatría      | 6,8                              | 7,2  | 7,8  | 8,3  | 9,9  | 10,1 |
| Total            | 69,6                             | 75,8 | 80,9 | 82,1 | 84,2 | 86,0 |

Como puede apreciarse en la tabla 1, la "neuropsiquiatría" experimentó un progreso sustancial en los años indicados. Sin embargo, mientras que el porcentaje de progreso de un periodo a otro era como máximo del 20% en psiquiatría, la "tarea prioritaria número uno", la "desatendida" neurología se desarrollaba a un nivel más elevado. Sería difícil explicar cómo sucedió, pero el número de camas psiquiátricas por cada 10 000 habitantes subió de 6.8 a 10 (un incremento del 48% aproximadamente), mientras que el de las camas neurológicas aumentó de 1.6 a 3.2 (un incremento del 100%).

Pueden ser consideradas dos razones para explicar este desproporcionado desarrollo. En primer lugar, los jefes de los recientemente establecidos departamentos psiquiátricos eran, por norma, "neuropsiquiatras", con inclinación hacia la neurología y éstos, generalmente

convertirían algunas de las camas psiquiátricas en secciones neurológicas. En segundo lugar, debe mencionarse la actitud defensiva de la medicina húngara, que tiene tradiciones establecidas desde mucho tiempo antes. Bajo esta perspectiva, un diagnóstico exhaustivo es de suma importancia, aun en detrimento del trabajo terapéutico. Los diagnósticos diferenciales necesitan también de especialistas en neurología; teniendo ésto en cuenta (e ignorando las demandas progresivas en la atención a la salud), gente con suficiente autoridad continuó desarrollando pabellones mini-neurológicos (de 10 a 20 camas cada uno). Aun cuando su nivel técnico y sus recursos para el examen clínico resultan escasos, son suficientes para proveer las observaciones necesarias para el expediente del paciente, lo cual puede ser importante en el caso de las consultas clínico-patológicas.

El diagnóstico preciso es importante. Todos estamos conscientes de que un cambio neurológico yace detrás de una molestia insignificante, pero mientras que un psiquiatra que falla en el reconocimiento de un tumor es ampliamente criticado, generalmente se considera como un error perdonable el que la depresión de un paciente, tratado por largo tiempo en un pabellón médico, se revela solamente cuando éste se suicida.

La falta de consideración respecto a las demandas de la psiquiatría es también evidente en la planeación de nuevos pabellones psiquiátricos. Los arquitectos siguen los modelos de los departamentos médicos y no incluyen suficientes áreas para la revisión del paciente, la terapia ocupacional, etc. Esto, en su momento, viene a constituir un impedimento para la introducción de métodos psico y socioterapéuticos, que requieren un espacio considerable. Sin embargo, un signo positivo de progreso radica en que el sistema de puertas abiertas ha sido establecido en casi todas las nuevas edificaciones, descartando casi por completo el antiguo sistema de custodia.

Otro obstáculo para el progreso de la psiquiatría es el referente al plan especificado por la "Directiva", estableciendo que toda nueva instalación psiquiátrica debe alojar un servicio neuropsiquiátrico de consulta externa, lo cual aún no ha sido cumplido. En este sentido, el mejoramiento del servicio externo no puede avanzar siempre en forma paralela al incremento en camas (aunque ha habido algún progreso en esta área también: el número de horas de consulta por día en la consulta neuropsiquiátrica externa fue de 409 en 1970, 684 en 1975 y 841 en 1978). La importancia de los servicios externos en la psiquiatría moderna, va en aumento, y sus requerimientos son normalmente satisfechos por doquier mediante su integración con los departamentos psiquiátricos.

La atención a los neuróticos aún no está siendo proporcionada de manera adecuada. La práctica general, tanto en el pasado como actualmente, está caracterizada por contradicciones. Por un lado, los médicos no consideran la neurosis como una enfermedad, y por el otro, frecuentemente ven los problemas neuróticos como causados por un trastorno somático. Los neuróticos son sometidos a todo tipo de exámenes (somáti-

cos), incluyendo numerosos estudios de tipo invasivo que a menudo conducen a complicaciones, a trastornos orgánicos, y a "verdaderas" enfermedades. Los tratamientos medicamentosos prescritos o las operaciones indicadas (colecistectomía, tiroidectomía, etc.), con frecuencia tienen efectos similares. Por lo general, los exámenes somáticos y los tratamientos, refuerzan la manifestación de la enfermedad en el paciente. Tiene lugar el proceso que tan vívidamente describe Michael Bálint: "aun cuando sea involuntariamente, el médico viene a constituir el factor principal en la conformación y mantenimiento del trastorno neurótico, al aceptar los síntomas "planteados" por el paciente, acompañando al paciente en la somatización de los síndromes".

Esto da origen a una serie de riesgos iatrogénicos, cuyas consecuencias no tienen que encarar los médicos "patogénicos". Es probable también que algo de esta "retroalimentación" sea para censurar la falsa y auto-alentadora concepción de que sólo los médicos, y aun más, sólo los entrenados somáticamente, de preferencia neurólogos que trabajan en centros de consulta externa o en departamentos hospitalarios especializados, están calificados para tratar neuróticos, debido a que tales pacientes deben ser examinados exhaustivamente.

Los defensores de este punto de vista argumentan que muchos pacientes que padecen "genuinamente" algún trastorno orgánico, están perdidos en manos de un psicoterapeuta y pueden incluso llegar a morir a causa de su trastorno somático subestimado o no reconocido. Esta creencia es completamente infundada, ya que el examen somático del paciente se efectúa en todos los casos, de manera rutinaria, y es muy raro que un psiquiatra pueda pasar por alto un trastorno orgánico (probablemente con igual frecuencia con que pueda ocurrirle a un especialista en enfermedades somáticas). La epilepsia puede ilustrar este aspecto; los artículos más recientes de las principales autoridades en esta enfermedad revelan que en la práctica difícilmente existe alguna epilepsia que haya sido tratada como una neurosis, en tanto que sí existen muchos casos de neuróticos diagnosticados como epilépticos y tratados con antiepilépticos, aun cuando este diagnóstico implica tener muchas desventajas sociales (por ejemplo, prohibición para manejar vehículos, restricción en las oportunidades de trabajo, etc.).

El rechazo a la concepción de la neurosis como una enfermedad, y su cuidadoso examen físico y tratamiento somático resultan también claros a partir del hecho de que muchas menos personas son diagnosticadas como neuróticas que la frecuencia real de quejas neuróticas. Es sabido a partir de múltiples investigaciones que de un 10 a un 20% de la población sufre de enfermedades y síntomas neuróticos, mientras que de 20 a 40% de todos aquellos que van a ver a un médico buscan remedio para este tipo de problemas. Sin embargo, sólo del 6 al 8% de éstos son diagnosticados como neuróticos. Lo que influye en esta tendencia es que resulta mucho más sencillo clasificar a alguien con un diagnóstico somático "sustituto", que con todo tipo de trastornos vagos. Lo anterior se demuestra también por el hecho de que aquéllos declarados como incapacitados, incluyen una proporción mucho más elevada de

pacientes psiquiátricos, y entre éstos, de neuróticos: la verdadera naturaleza del problema es obviamente identificada por la comisión de expertos.

El tratamiento "adecuado" para la neurosis está siendo aún aplicado en los departamentos y consultorios neurológicos. Lo que la "Directiva" prescribe parece no haber sido aprovechado: "...los servicios neuropsiquiátricos externos deben gradualmente tomar el tratamiento de las personas con trastornos de personalidad y neuróticos que asisten a las secciones neurológicas de los centros de consulta externa...". Esto, sin embargo, no ha sido efectuado. La tabla 2 contiene las relaciones del tratamiento hospitalario de neuróticos.

**Tabla 2**

**Tratamiento de pacientes diagnosticados como neuróticos o con trastornos de personalidad, en diversos departamentos**

| Departamento | Porcentaje sobre el total de casos | Días en promedio | Porcentaje en días |
|--------------|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Psiquiatría  | 39,6                               | 22,5             | 48,7               |
| Neurología   | 23,8                               | 20,5             | 26,6               |
| Med. Interna | 23,3                               | 9,1              | 11,6               |
| Sanatorio    | 6,6                                | 23,7             | 8,5                |
| Otros        | 6,7                                | 4,6              | —                  |
| Total:       | 100,0                              | 18,3             | 100,0              |

Es innegable que los requerimientos para el tratamiento de los neuróticos exceden las posibilidades del servicio psiquiátrico aislado; serían necesarias nuevas organizaciones para satisfacer todas las demandas, pero esta labor podría efectuarse con mucha mayor eficiencia, aun bajo las imperfectas condiciones actuales si la consulta externa fuese reorganizada, o si después de los exámenes y pruebas del hospital se diera mejor uso a las facilidades otorgadas para cuidado posterior, y también, si los colegas que trabajan en la práctica general o en diversas especialidades somáticas, fueran mejor entrenados para la atención de los neuróticos. Las previsiones para los neuróticos constituyen un problema cada vez más difícil y presionante, al haber asumido la neurosis, ya actualmente, las dimensiones de un mal endémico.

Nos permitimos plantear ahora dos ejemplos para ilustrar qué tanto hay por hacer en cuanto al cuidado de los neuróticos, y qué tan inadecuada es la actitud de los neurólogos.

Uno de nosotros tuvo durante 11 años un puesto de medio tiempo en una de las clínicas de consulta externa de Budapest. Ahí no habrían contado con un neurólogo durante años, pero empleaban a tres psiquiatras de tiempo parcial. Los esporádicos casos de neurología orgánica que se presentaron pudieron fácilmente ser turnados a departamentos de hospital. La mayor parte del trabajo realizado en el centro fue el tratamiento de neuróticos, mientras que el centro fue provisto sólo para psicóticos. Posteriormente decidieron emplear un psicólogo, pudiendo de este modo realizar estudios adecuados, así como psicoterapia individual, familiar y de grupo. Este servicio, operando eficientemente, llegó sin embargo a su fin: su nuevo jefe, un neurólogo, de-

claró en acuerdo con el nuevo director de la clínica, que el psicólogo era un "lujo". Para justificar esta decisión, planteó el argumento de que "mientras un neurólogo emplea unos 15 minutos con un paciente, el psicólogo necesita de media a una hora, y el público no tolerará esto". Actualmente el distrito está siendo atendido por dos neurólogos en la clínica de consulta externa y un psiquiatra en el centro. . .

El otro ejemplo proviene de una investigación. Examinamos dos muestras aleatorias de 50 reportes cada una, de dos departamentos neurológicos en la capital (al que podían ser enviados "pacientes con trastornos neurológicos funcionales y orgánicos"). Cuarenta y seis de ellos probaron ser casos neuróticos, los cuales fueron entonces analizados con gran detalle. El único punto que nos gustaría marcar aquí es que tan sólo 5 casos fueron turnados para tratamiento especializado, mientras que el resto fue considerado capaz de ser atendido en el centro, o sin necesidad de tratamiento según los especialistas. Es necesario enfatizar que la atmósfera en ambos departamentos era bastante buena y que los pacientes fueron vistos cuidadosamente después. Con todo, los departamentos declararon expresamente no estar capacitados para proporcionar el tratamiento adecuado a los neuróticos.

Considerando todos los aspectos, puede asegurarse que ni los departamentos neurológicos ni la consulta externa neurológica, son capaces de atender las necesidades de los neuróticos. En los departamentos sólo son aplicados tratamientos con fármacos, aun cuando es un conocimiento académico general el que las neurosis no pueden solamente tratarse con fármacos: lo que requieren es psicoterapia. Entre todos los reportes estudiados, sólo dos sugieren que se hubiera aplicado algún tipo de psicoterapia. En cada caso, el médico encargado fue una doctora que había sido trasferida de un pabellón psiquiátrico orientado dinámicamente, al departamento neurológico orgánicista, a fin de poder calificar para su especialización en neurología. Aun es ampliamente sostenido por los médicos jóvenes el que la llave para una carrera profesional es una doble calificación (en neurología y en psiquiatría). Para lo que sirve todo esto, de hecho, es para alejar durante años de la psiquiatría a la gente joven, y para dividir sus intereses. La triste realidad es que el desarrollo profesional aún depende de una doble calificación.

La comunidad médica, y los más altos funcionarios, lo que es todavía más importante, no hacen diferenciación entre las dos especialidades. Existen muchos funcionarios en el campo de la salud que no están suficientemente conscientes de las diferencias entre las dos disciplinas. Hace poco tiempo, los funcionarios administrativos de un sector buscaron a un conocido psiquiatra que trabajaba allí, para preguntarle si estaría dispuesto a dirigir un departamento psiquiátrico que se abriría en breve tiempo. No obstante, después de que los términos fueron en principio establecidos, la gazeta anunció el referido puesto como para un departamento "neuropsiquiátrico" y solicitó que el candidato tuviera una formación "neuropsiquiátrica", siendo que todos sabían que el candidato no había tenido ningún contacto con la neurología.

Además del efecto desfavorable de la demanda de una doble especialización, la gente joven se ve también perturbada por las dificultades para la publicación de artículos sobre tópicos psiquiátricos. La "Revista Neuropatológica" es básicamente una revista neurológica; así mismo, los artículos sobre temas neurológicos pueden ser fácilmente publicados en revistas dedicadas a campos afines o en una de las Actas de la Academia, mientras que los escritos sobre psiquiatría muy difícilmente logran llegar a la imprenta. Además, las condiciones para el trabajo de investigación científica son mucho mejores en la neurología que en la psiquiatría.

Confirmación de lo anterior es el hecho de que de todos los proyectos de investigación neuropsiquiátrica controlados por el ministerio, 21 corresponden claramente a la neurología, 2 a las áreas limítrofes y sólo 6 son propiamente psiquiátricos.

Habiendo analizado el contenido de todos los artículos publicados en la "Revista Neuropatológica" entre 1955 y 1972, el Dr. Rezső Pertorini encontró que de un total de 1 181 artículos publicados en los 18 años, 804 correspondían a materias neurológicas y 377 a tópicos psiquiátricos. En otras palabras, encontró más del doble de artículos relativos a neurología que a psiquiatría. Una revisión de escritos publicados en 1978 ha establecido la misma proporción.

No es de ningún modo sorprendente, que los médicos vean que la neurología les proporciona una base más segura para su carrera. Es aquí donde pueden esperar el ser promovidos a un puesto de jefe médico. Así se ha desarrollado un círculo vicioso cuyo efecto es muy importante en la psiquiatría: los puestos más altos son asignados a médicos entrenados en escuelas adheridas al pensamiento neuropsiquiátrico pero con inclinación hacia la neurología; éstos, en su momento, refuerzan la primacía de la neurología en sus departamentos, y como consecuencia, los jóvenes graduados que son empleados allí iniciarán su trabajo de investigación y sus publicaciones en neurología o algún área conexas, de modo que, cuando son llamados para ocupar algún puesto vacante, están listos para continuar con la antigua tradición, probada a través del tiempo. . .

Hay una región específica en el país donde esta práctica es aún más notable: de los 15 departamentos psiquiátricos activos, 10 son dirigidos por jefes entrenados en la misma escuela neuropsiquiátrica.

A pesar de todo esto, el número de profesionales jóvenes que se identifican decididamente con la causa de la psiquiatría y que desean desarrollarse bajo los peculiares lineamientos de esta disciplina está creciendo firmemente, al igual que la literatura húngara dedicada a la psiquiatría. La participación porcentual y el número

actual de aquellos que están buscando entrenamiento y experiencia en el tratamiento de los neuróticos, en sexología y en prevención de suicidios, también está aumentando. Hay un gran interés en la psicoterapia, lo cual está confirmado por el éxito de los fines de semana psicoterapéuticos, que tienen una asistencia de varios cientos de psicólogos clínicos y médicos jóvenes, en su mayoría psiquiatras, deseosos de obtener experiencia y nuevos conocimientos.

Entre el tradicional enfoque neuropsiquiátrico y las nuevas orientaciones y demandas, hay fuertes tensiones de política sanitaria, de las cuales hay cada vez más y más signos (por ejemplo, polémicas en publicaciones y foros profesionales, conflictos resueltos en suspenso, etc.) que están siendo detectados tanto por el estrecho círculo de profesionales como por la comunidad médica en general.

Una piedra angular para el efervescente desarrollo de nuestra disciplina fue el establecimiento de una sociedad independiente para la psiquiatría húngara. Esta sociedad fue creada al margen de la Sociedad de Neurologos y Psiquiatras de Hungría, con el apoyo de las más altas autoridades de salud. La nueva sociedad admitió en sus filas a muchos psicólogos y otros profesionales involucrados en áreas relevantes, y cuenta entre sus miembros a varios cientos de simpatizantes entre las enfermeras también. Su membresía es de 1 600 elementos actualmente. La sociedad ha difundido un programa muy ambicioso, como resultado del cual han experimentado un significativo impulso la investigación científica y la formación profesional.

La mayor contribución de la sociedad a la formación profesional ha sido en los campos de la terapia social y la psicoterapia. Se espera que el desarrollo de la sociedad, así como los debates abiertos sobre cuestiones profesionales y problemas de políticas, den origen a cambios sustanciales en el tratamiento de los casos psiquiátricos como tales, aun cuando en esta área los remanentes estructurales de los procesos sociales históricos previamente delineados, causan todavía serias dificultades. Pero el progreso es inevitable, a pesar de todas las resistencias y tensiones que deba enfrentar.

La posición de la psiquiatría húngara ofrece múltiples conclusiones de amplia validez. La más importante lección que debe ser puesta de manifiesto está en el hecho de que resulta sumamente perjudicial, y aun inexcusable, el permitir que una disciplina médica sea dominada por barreras estructurales, por enfoques científicos reducidos a ideologías profesionales, y por pugnas de poder que tratan de oponerse a la emancipación de una disciplina independiente.

## REFERENCIAS

1. BALINT M: *The Doctor, His Patient and The Illness*. Tavistock, London, 1957.
2. FOUCAULT M: *Histoire de la Folie*. Union General. París, 1961.
3. FREUD S: *Gesammelte Werke*, Bd. 1-17. S. Fischer, Frankfurt, 1963.
4. ORTHMARY A: *An overview: The Advance of Psychiatry from 1945 until Nowadays*. En. *Az Országos Idegés Elmegyógyászati Intézet 100 éve* Ed. Z. Böszörményi, Budapest, 1968.
5. PANDY K: *Memorial Volume on the 51st Anniversary of the Nagyszeben Mental Hospital's Existence*

(En Húngaro). Haiser, Nagyszeben, 1914.

6. SIMENOVICS I: *Present Situation and Future Tasks of the Hungarian Mental Health Care System.*

(En Húngaro) En. *Az elmebetegügy jelen kérdései Magyarországon.* Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete 1947.