

ALGUNOS ASPECTOS DE LA
PSIQUIATRIA DE HOY

EMILIO GUILLEN M.

Al celebrar hoy este magnífico acto de graduación, nuestra comunidad está de júbilo con este nuevo alumbramiento de jóvenes idóneos que, cargados de conocimientos, amistad y comprensión, van a repartirlos a manos llenas, van a energizar nuestra sociedad y darle un mayor calor humano necesario para nuestra mejor supervivencia y un más fuerte empuje a nuestro desarrollo.

Este regocijo es más placentero al compartirlo con ustedes, queridos invitados. Seis bienvenidos todos y disfrutad de estos momentos de alto goce de nuestra comunidad de INTEC, que con justicia es acreedora a nuestra pleitesía al acumular bondad, sacrificios y amor a través de estos años que lleva de lucha.

La Psiquiatría, con el transcurrir de los tiempos, ha transformado sus enfoques y ha revelado diferentes facetas de un problema universal de amplios y profundos alcances biópsico-sociales. Se ha dado énfasis, de acuerdo al momento, a determinados juicios y patrones culturales para ofrecer una visión de la Psiquiatría, de sus alcances, limitaciones y actuaciones reales y factibles, que tienen que ver con la forma de vida que mejor cuadra a una armoniosa convivencia.

Se puede cubrir, en una mirada retrospectiva de la rama de la medicina que llamamos Psiquiatría, una amplia gama de valores y conceptos, acordes con los hechos y creencias de cada época, lugar y forma de vida, que han ido desde lo fantástico, demoníaco y sobrenatural hasta la más simple estructura o materia; de agregados o déficits orgánicos a transformaciones de la misma, con un resultado siempre impactante, paradójico, catastrófico.

Discurso pronunciado por el Dr. Emilio Guillén M., Miembro de La Junta de Regentes, con motivo de la Graduación de la 7a. Promoción de Profesionales del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), el 17 de octubre, 1981.

En una nueva visión y forma de trabajo, se hace resaltar las condiciones sociales como causas de descontroles y descompensaciones, y como necesidad de un cambio que permita un giro distinto para que surjan profesiones diversas y ejercitantes de ellas que se enfrasquen en una titánica obra de modificación e implementación de una mejor vida, más saludable y recreativa, más forjadora de bienes materiales, espirituales y afectivos y, en fin, que constituyan unas interrelaciones humanas más personales, más respetuosas, más recíprocas, más compensatorias, más necesarias unas a otras, y un sin número de otros elementos y condiciones indispensables para el mejor reajuste de la vida, y para sentirse bien y actuar mejor. Estas pretensiones, para unos químéricas en el mundo de hoy, para otros difíciles, pero posibles, y para otros deseables y que hay que enfrentar de inmediato, han permitido una serie de juicios, críticas, acciones y trabajos, que hacen mirar el presente y el futuro con su pensar o hacer, y no dejan que se estabilice un "dejar de actuar" y se cristalice un "no hay lugar", "no hay cambio", "no hay remedio".

Los profesionales de la salud han hecho un trabajo de investigación en diversos campos de la Psiquiatría y las Ciencias afines a ella, y han dado un aporte científico que evalúa una serie de hechos y situaciones correspondientes a diversos sectores que tienen que ver con su análisis y enfrentamiento. Es un ver la psiquiatría en una gran amplitud, que cubre los campos biológicos, psicológicos y sociales y nos lanza a una movilidad y cubrimiento que desborda sus reducidos límites de ayer, para realizar un trabajo educativo, preventivo y terapéutico dentro de sus propias demarcaciones geográficas y sociales, dándole a cada cual el papel y responsabilidad que le atañen, y las obligaciones que corresponden a todos, para lograr una salud acorde con los tiempos y estilos de vida.

La salud mental, que tiene que ver con el bienestar físico, espiritual y afectivo de las personas, ha tomado nuevos cauces con la interrelación personal y reajuste social, y presenta una perspectiva extraordinaria que requiere de todo un equipo de trabajo, y una nueva comprensión, que hace más ardua y tediosa su labor y que nos desalienta muchas veces al ver las dificultades o imposibilidades en la solución de una serie de problemas sociales; esto nos hace recordar y dar vigencia a las palabras de Freud, siempre geniales: "Si no podemos ver claramente las cosas, veremos, por lo menos, claramente cuáles son las oscuridades".

La Psiquiatría Social ha obligado a la psiquiatría a tomar posición activa, y a convertirse en agente de cambio, acorde con las transformaciones sociales, y a manejar situaciones difíciles, y hasta lejos de su control, creándole a veces embarazosas frustaciones, que le hacen reclamar ayuda de diversos sectores y profesionales calificados, para poder, aunando fuerzas, paliar la encrucijada que se presenta.

Si me permiten citar cifras, que corresponden en el sentido general a las estadísticas de los últimos años para los países de América (en República Dominicana, a medida que se van realizando estudios serios y bien ponderados por personal calificado, encontramos cifras bastante concordantes) veremos que la prevalencia Psicosis en la región oscila entre 15 y 20 casos por mil habitantes (1.5 a 2%), que las Neurosis que exigen tratamiento psiquiátrico son de 50 a 200 casos por mil habitantes (5 a 20%). En la mayoría de los países existen serios problemas de alcoholismo; en diversas encuestas de prevalencias superiores al 5%. (En Puerto Rico, y en la voz autorizada del Dr. Carlos Avilés Roig, Director del Programa de Alcoholismo, del Departamento de Servicio contra la Adicción, la cifra está en los 100 mil alcohólicos que afecta directamente en la familia a unos 500 mil habitantes, de una población aproximada de 3 millones de la isla hermana).

El consumo de sustancias causantes de dependencia y psicotropos es un fenómeno de reciente aparición, que tiende a aumentar. Las pocas encuestas que se han hecho en estudiantes de educación secundaria dan cifras de prevalencia del 5% aproximadamente. El retardo mental y la epilepsia, consecuencias muchas veces de lesiones perinatales y de infecciones y traumatismos padecidos en la infancia tienen una prevalencia superior al 1%. El suicidio también plantea un problema inquietante ya que alcanza tasas superiores al 7 por 100,000 en varios países (tomado del trabajo del Dr. Mario Mejía G. del Ministerio de Salud Pública de Colombia, Dirección de Atención Médica, División de Salud Mental, Abril 30 de 1974; citando éste el Plan Decenal de Salud para las Américas originado en la tercera reunión especial de Ministros de Salud Pública de Santiago de Chile, en octubre de 1972).

Estas cifras han evidenciado el problema existente y la necesidad de un programa que atendiese en forma racional y oportuna la demanda, cada vez mejor, de los trastornos mentales, con la educación e implementación de las instituciones psiquiátricas existentes. Ha habido la urgencia de transformar los antiguos sistemas de asistencia, en algo más práctico y acorde con las necesidades y demandas. La cobertura debe ser ampliada y extenderse a todos los sectores que requieran de ella y especialmente crear y fomentar los programas comunitarios de salud mental.

Al ver la implementación de nuevas carreras que el INTEC ha programado, nos llena de satisfacción la concordancia entre las necesidades de nuestro país y los ofrecimientos y cubrimientos que el INTEC produce para corregirlos y llevar a un óptimo nuestra eficiencia profesional, la salud, y otros campos prioritarios de nuestro mejor vivir.

La Psiquiatría está en un momento excepcional, está en plena crisis de crecimiento. Las crisis de crecimiento son siempre inseguras y difíciles. La crisis de crecimiento psiquiátrico deriva del mejor conocimiento de todo aquello que tiene que ver con la enfermedad mental, que no es la enfermedad mental grave, sino la enfermedad mental menos demostrativa, pero que hiere tanto a la corporalidad humana, al sujeto humano, que hace que sus sufrimientos, aun los más enmascarados, sean más perturbadores.

A la psiquiatría contemporánea se le abrieron dos amplias vías de investigación: la biológica en su más amplio sentido y la psicosocial, llena de temas apasionantes como el de la histeria, por ejemplo, que se oculta o se esconde, y que varía en su sintomatología como varían en general las enfermedades somáticas (las enfermedades corporales) y muy especialmente las enfermedades psíquicas, según las diversas vicisitudes que atraviesa la sociedad en la cual nacen y viven (aunque sean luego sólo los individuos que componen la sociedad los que sufren, más que la sociedad misma). (Prof. López Ibor).

Con el transcurrir de los años los términos psicopatológicos vienen cargados de valencias distintas, con énfasis más específico no sólo a nivel de los nombres, sino de los cuadros sindrómicos, de la morfología de la "enfermedad", en un nuevo "estilo de enfermar" que requiere de cambios en su apreciación, diagnóstico y enfrentamiento.

Con perdón de ustedes, he de señalar con qué frecuencia etiquetamos con un diagnóstico de neurótico, histérico, psicopático o "loco" a cualquiera persona que manifieste cualidades personales que no se ajustan al grado o estimación de nosotros y manifestemos nuestra agresión involuntaria (?) con este calificativo, arbitrario la mayoría de las veces, y que no guarda relación con la realidad científica, ni con el respeto y consideración que nos debemos unos a los otros, respeto que debemos sostener para conservar la armonía conveniente y necesaria en el mejor vivir.

Estas entidades, cargadas de una nota moral negativa, han hecho que se trate de cambiar los nombres, pretendiendo evadir el problema que significa. Parodiando a K. Schneider, con relación a las Psicopatías, el Prof. López Ibor ha dicho de la histeria: "la histeria está muerta, viva la histeria". Y es que la desaparición de este nombre no elimina los hechos que designaba y la clínica está sobrecargada de casos que han cambiado, transformado su imagen y presentación, no así su matiz valorativo negativo (Kranz). En el fondo, la histeria ha sido durante muchos años el arquetipo de la neurosis, como la esquizofrenia ha sido el de la psicosis. (López Ibor).

Kranz insiste en averiguar qué es lo que, con precisión, se puede llamar "histérico". No todo trastorno psicogénico se puede llamar así, sino aquél que está psicógenamente fijado. No todo temblor agudo puede ser histérico, sino el que dura largo tiempo, después de una vivencia de miedo. Los síntomas, además, deben poseer una valencia expresiva, psicológicamente fundada; por consiguiente, no toda lipotimia, no todo desmayo vasomotor es histérico, sino aquel que puede considerarse como medio para la obtención de un fin, dejado de lado si tal persecución de la finalidad es más o menos consciente.

A pesar de los cambios y desmembramientos que ha sufrido la histeria aún persisten ataques modificados, con "aura histérica" que equivale a una típica crisis de ansiedad, opresión de garganta, palpitaciones,

sensación vertiginosa, etc. El "desmayo histérico" y los ataques aún son cuadros presentes en ambientes de fuerte carga tensional, como los veleritos y particularmente en determinadas circunstancias y específicas personalidades primitivas, inmaduras o con retardo mental más frecuentemente. Otros casos, con relativa frecuencia, son las afonías y mutismo histérico, cegueras y sorderas histéricas. Pero en nuestra casuística hospitalaria el pan de cada día lo constituyen los espasmos musculares, tics, tortícolis, y otros calambres profesionales, sobresaliendo las aligias: nucalgia, lumbalgia y cefalea, y otras, que tienen que ver, en un alto porcentaje, con las incapacidades y reclamos de compensaciones de pensiones que presentan los diversos seguros médicos y especialmente el Seguro Social Dominicano.

No debemos pasar por alto la llamada histeria visceral, y considerar clásicamente que el histérico habla el lenguaje de las viscera para el rechazo de aquello que no puede tolerar, pero que no puede expresar verbalmente. Es un lenguaje cifrado, transmitiendo a través de sus alteraciones viscerales. Por ejemplo: los espasmos faríngeos significan que el sujeto "no puede tragar" algo que acontece a su alrededor. Las náuseas y los vómitos tienen una significación más amplia que la del área digestiva. En definitiva, pues, los trastornos viscerales sirven para la expresión de algo que tiene que ver con el acontecer psíquico. (López Ibor).

Sin embargo, Alexander niega o restringe este significativo psíquico en los trastornos viscerales y vegetativos que acompañan a las neurosis en general.

Un síntoma muy popular en nuestro medio, "bolo histérico" que correspondería a espasmos de la musculatura esofágica, transitorio, es negado por algunos autores, López Ibor entre ellos.

Y no debemos pasar por alto lo que popularmente se denomina El Padrejón, La Madre, etc., y que viene en determinados medios culturales con unas características extra-médicas y de gran simbolismo mágico y sobrenatural.

Las alteraciones somáticas que traducen o expresan las conmociones psíquicas son, como hemos visto, de dos clases: unas acaecen en el sistema nervioso sensorio-motor o de la vida voluntaria (parálisis, cegueras, anestesias, etc.). Otras, en el sistema de la vida vegetativa, que también se llama autónomo, para contraponerlo al voluntario. Las emociones tienen su correlato vegetativo, de ahí se deduce que las emociones patológicas, cualquiera que sea su causa, tendrán su correlato vegetativo patológico.

La cuestión que se ha planteado en los últimos años es la de si ambos tipos de trastornos obedecen al mismo esquema: la "representación reprimida", diría Freud, se traduce en una alteración nerviosa voluntaria

o vegetación autónoma. La energía psíquica realizada se transformará en energía somatizada. Así la representación se expresa y, por tanto, el trastorno somático ofrecerá una relación simbólica con la "representación" motivada del cuadro clínico. En este punto es donde se establece la escisión. Unos autores, como Alexander, distinguen entre esos dos tipos de trastornos: uno sería el neurótico, en sentido estricto, y otro sería el psicosomático. Lo importante es consignar que en éste las alteraciones vegetativas no muestran una relación simbólica con la emoción causal. Se trataría de un puro desplazamiento energético. F. Deutsch, con otros muchos, sigue sosteniendo la paridad esencial de ambos fenómenos.

"El histérico -dice Zutt- toma la actitud interna de un enfermo. Tiene que expresar la enfermedad cuanto más vehemente mejor, de ahí la preponderancia de síntomas motores en las sintomatologías de la histeria. El simulador intenta parecerse a un enfermo, el histérico se identifica con él".

Para B. J. Lindberg, la nota distintiva de la actitud histeroide o del carácter histérico es la sugestibilidad o la volubilidad, aproximándose así a la idea de Janet, y a la descripción del tipo "subsalido" de Sjöbring. La investiga por diversos métodos, tal como la sugestión de los olores; su tendencia mitomaníaca, la prueba mediante los llamados "sueños proféticos", es decir, la sugestión del carácter profético de los sueños. También es evidente en las mujeres histéricas su tendencia a hacerse operar.

Una emoción fuerte, aguda, puede desencadenar dispositivos histéricos. La experiencia de guerra demuestra lo pasajero de estos desencadenamientos, salvo que aparezcan las fijaciones secundarias. Dos tipos fundamentales de fijación debemos distinguir: uno, la aparición de una fase endotímica por el mecanismo de la reacción cristalizada; otra, la participación de mecanismos psicodinámicos fijados en relación con la propia estructura de la personalidad, con sistema de valores y de juicios ("ganancias primarias y secundarias de enfermedad").

La reacción de conversión, aun endotímicamente fijada, lleva en su propia entraña el imperativo de la comunicación. No hay expresión sin comunicación, esta necesidad es mayor en la histeria porque su incapacidad para hacer frente a la expresión angustiosa es mayor, ya que su inserción supone, precisamente, esa incapacidad. De ahí que la histeria sea más sensible que otras manifestaciones neuróticas a la atmósfera en la cual crece y prolifera. Podríamos decir que busca satisfacer la necesidad íntima de la transferencia del angustioso a través de una comunicación muy cargada de valores plásticos, muy teatralizados. De ahí que en ellas se haga más evidente la existencia de cierto estilo de enfermar, en conexión con el estilo de vivir; de ahí también que la personalidad del médico influya tan poderosamente en la plástica de la histeria hasta el punto de que al hablar de la histeria en Charcot, en Janet o en Freud, no sólo nos referimos a teorías distintas, sino también -en cierta medida- a enfermos distintos (López Ibor).

Antes era muy frecuente en el cuadro clínico el sonambulismo, las fugas y las llamadas personalidades segundas. El sujeto en estado sonambúlico se haya como en un estado crepuscular. El sonambulismo se presenta con más frecuencia en el niño, y los autores psicoanalíticos sostienen que la finalidad del niño sonámbulo es la búsqueda de la habitación de los padres en un ansia de satisfacciones escoptofílicas.

Las fugas ha sido un capítulo complejo de la psiquiatría, que se ha atribuido con frecuencia a la epilepsia, otras a la histeria, etc. Con mucha frecuencia las fugas aparecen sólo en la adolescencia y, por regla general, con trastornos de carácter. Mi experiencia me demuestra (López Ibor) que en muchos casos de fuga se ofrece una doble estructura: por un lado una cierto inmadurez de la personalidad y por otro una debilidad mental de los enfermos, acompañadas de crisis distímicas, sobre todo, de naturaleza angustiosa.

La disociación de la conciencia del histérico se manifiesta de varias maneras: unas veces es el recuerdo el que desaparece o unos segmentos de la vida (amnesias histéricas), otras, la disolución alcanza grado tal que se manifiesta como doble personalidad. No existen hoy día los casos de doble personalidad que llenan las páginas de las novelas y de algunos estudios psicológicos. ¿Por qué no existen ahora las dobles personalidades que con tanta frecuencia se daban antes? Por una razón muy sencilla: porque no se cultivan. En la personalidad del histérico existe esa tendencia germinal y originaria a la escisión. La escisión sólo cuaja si hay factores que la favorecen, que siempre son ambientales, tales como la moda, el conocimiento más o menos vulgar que se tenga de esa posibilidad, la misma acción del médico (López Ibor).

Felicito de todo corazón a esta pléyade de jóvenes que hoy terminan sus estudios regulares en la Institución y van a lanzarse a sus respectivos quehaceres en nuestro país, demostrando un alto interés en nuestro desarrollo y afianzamiento; dejando constancia de nuestro lema de servir a nuestra nación con lo más noble, sabio e innovador de sus conocimientos. Éxitos a todos les deseo, y que sigan atados no sólo en el recuerdo a su madre forjadora, INTEC, sino a través de sus obras, contacto y formación, como es la Junta de Regentes, a la cual tienen ustedes derecho y deber de pertenecer, en el mañana, para que puedan, imbuidos de su sabia energizadora, dar constancia de fe y redención.

Aprovecho estos momentos para hacer público mi agradecimiento al señor Rector, Dr. Eduardo Latorre, al Vicerrector Toribio y a los compañeros de Regencia, que tuvieron a bien acompañarme y apoyarme por más de seis años que duró mi mandato en ese supremo organismo de INTEC, y que sacrificaron sus mejores horas en aras de la consecución de un ideal hecho realidad por el esfuerzo, desprendimiento y valentía, llevado a cabo por todos en diferentes etapas de su desarrollo y en momentos de crisis tan hondas que conmovieron nuestra Institución y la sociedad que la vio nacer, resurgir y por último estabilizar sus estructuras y su bien ganada nombradía, que ha desbordado nuestras tierras y ha ido a

señorearse en otros lares con magistral timbre de orgullo para todos los dominicanos.

Para todos, Rector, Vicerrector, Regentes, Profesores, Personal Administrativo y Estudiantes, todos constituidos en la Comunidad INTEC, mis mejores gracias, y adelante, que el triunfo es siempre del perseverante y decidido por un futuro mejor.