

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2ª clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXXV OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1955 Núm. 6

PSIQUIATRIA PSICODINAMICA *

MARIO FUENTES D.
Académico de número

Hace más de 30 años nos iniciábamos en el Manicomio en la observación y estudio de los enfermos psicóticos. Las historias clínicas consistían en descripciones empíricas, pseudoliterarias, en relación con la conducta de los enfermos. No había, sino en embrión, un interés en estudiar, entender y explicarse los trastornos psicóticos. En la etapa de don Nicolás Martínez, por el año de 1925, hace ya más de un cuarto de siglo, se orientaban las historias clínicas hacia una clasificación nosológica, que celosamente revisaba en muchos de los casos el entonces Director, doctor Martínez, quien era para nosotros autoridad nosológica en psiquiatría. Privaban las obras de consulta de Régis, que muchas veces hojeamos, buscando la integración correcta de un cuadro nosológico, como el de un delirio crónico alucinatorio sistematizado, con lo cual dábamos por cumplida nuestra necesidad taxonómica. Correlativamente a este esfuerzo de clasificación, implícitamente aceptábamos un pronóstico y un tratamiento, que prácticamente era el de la relegación del enfermo al departamento de asilos y dedicarlo a una rudimentaria y empírica laborterapia.

Con los años vinieron renovaciones en las posturas clínicas, de acuerdo con las corrientes de doctrinas que han venido privando: la demencia precoz se volvió esquizofrenia, con un concepto más analítico, pero todavía descriptivo del cuadro, hecho por Bleuler; los estudios de epilepsia, ya involucraban, en capítulos más amplios, el estudio de la personalidad epiléptica; quedan todavía, para los neopsiquiatras de hoy, descripciones valiosísimas por su fidelidad y por la abundancia de observaciones psicológicas, las descripciones de la multitud de fenómenos psicológicos en la conducta del epiléptico y en todo lo que se refiere a la epilepsia psíquica,

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 13 de julio de 1955.

hecha por Bleuler. Surgían, también en esa época, los estudios de P. Janet, con su afán de intelectualización descriptivista de todos los aspectos de la conducta humana, especialmente los de las psiconeurosis. Su discípulo y admirador más destacado en México, lo era el doctor Manuel Guevara Oropeza quien, a su vez, con visión anticipada a otros psiquiatras de su época, inició, con su Tesis sobre Psicoanálisis, la etapa insidiosamente psicoanalítica de la psiquiatría en México.

El doctor Ramírez Moreno, su contemporáneo, con grandes dotes didácticas, desarrolló cursos de psiquiatría descriptiva intelectualista, haciendo hincapié en el estudio estático de las diversas funciones intelectuales, como la atención, memoria, asociación de ideas, juicio, etc., para agrupar las diferentes perturbaciones encontradas en cada una de estas funciones, en cuadros nosológicos con etiquetas diversas, pero en cuyo desarrollo descriptivo no habría mayor diferencia entre uno u otro cuadro nosológico. Destacó en esfuerzos de administración de instituciones psiquiátricas y en avances terapéuticos, así como en descripciones históricas de la psiquiatría latinoamericana y se le debe la importación precoz de métodos terapéuticos, especialmente físicos y farmacológicos. No le apreciamos conceptos psicodinámicos en su práctica psiquiátrica ni en sus conversaciones técnicas. De mis contemporáneos, de 29 en adelante, surgen psiquiatras-psicólogos, como González Enríquez, a quien debemos la segunda etapa psicoanalítica (que había iniciado Guevara Oropeza) y a cuya iniciativa se formaron grupos francamente psicoanalíticos, que pugnan por interpretar con ese exclusivo interés a todo enfermo psicótico de Observación Hombres. Hay un afán de entender todo trastorno psicótico desde un punto de vista psicoanalítico. Se descubren casos de autopsia con lesiones cerebrales orgánicas, tumor, hemorragias, etc., no diagnosticados, pero sí estudiados desde el punto de vista psicoanalítico. Lo marcamos con crítica franca, ahora como entonces, no en contra de una doctrina, sino en defensa del enfermo, quien demanda urgencias terapéuticas prácticas y en el que la especulación apasionada descuidaba procedimientos médicos generales, neurológicos en algunos casos, y en general, integrales, que le eran urgentes y que siguen siendo en todo hospital psiquiátrico. El afán de González Enríquez, sin embargo, fue el germen de una psiquiatría psicoanalítica y más ampliamente, psicodinámica, que compartimos, quizá yo en último término, el grupo actual de psiquiatras, como A. Millán, M. Falcón, P. del Roncal y toda la pléyade de juventud brillante y de promesas como Ramón de la Fuente, Santiago Ramírez, Ramón Parres, Santiago Castillejos, Agustín Caso, etc.

El doctor D. Nieto, se inclinó hacia una psiquiatría organicista o estructural, y trató de encontrar las lesiones histológicas del sistema nervioso

que expliquen los síntomas psicóticos, o en espera de que los procedimientos, las técnicas histológicas, se renueven y aclaren muchas incógnitas orgánicas que habrán de llevarnos a una explicación anatómica o fisiológica de la conducta humana. Es en nuestro medio un representante respetable por su solidez y sus métodos objetivos de trabajo y a él hemos de acudir cuando se requiere su capacitación en este sector, mínimo por ahora, de las psicosis orgánicas. Cuando se trata de la comprensión de una conducta psicótica y particularmente psiconeurótica o simplemente de la conducta normal, hemos de dejar de pensar con el microscopio y acudiremos a la psicología clínica, a la psiquiatría psicodinámica, que ya es una formación de conceptos, fundada en hechos psicológicos, aun cuando éstos sean predominantemente subjetivos, para poder llegar a una comprensión de la personalidad.

Para mí en lo personal, se ha de tener un concepto integral para adquirir una formación psiquiátrica que tenga finalidad práctica. La formación del psiquiatra debe integrarla una preparación médica general, una preparación neurológica, una formación psicoanalítica, fisiológica y anatómica del sistema nervioso y, por sobre todo, una ética personal fundada en un alto concepto de los valores humanos; una madurez intelectual y emocional que le permita equilibrio e independencia en el manejo de los conflictos humanos que se le han de confiar y, por último, en la formación psiquiátrica debe siempre hacerse presente un genuino interés humano de comprensión, pero de la comprensión que la técnica psiquiátrica misma pone en manos del psiquiatra, manteniendo siempre la postura más científica posible, sin ceder terreno a lo empírico por lo técnico, ni ceder lugar a lo intuitivo por lo racional. En psiquiatría, como en cualquier aspecto de los conocimientos humanos, se plantean a cada paso incógnitas que la técnica aún no explica. No se debe ceder terreno a explicaciones imaginativas compensadoras y hay que esperar, aunque con demora, la explicación científica del hecho psicológico. En psiquiatría, como en todo desarrollo de la propia personalidad, hay que conservar lo científicamente adquirido y no ceder más el campo a la regresión ni a la explicación del hecho científico por una explicación previa del pensamiento primitivo.

Actualmente, nuestras historias clínicas, con toda la imperfección que tengan, consecuencia de la limitación de elementos, personal, tiempo, etc., y por la propia limitación que da un campo de estudio (el de psicóticos indigentes), nuestras historias, decimos, llevan orientación más dinámica, menos descriptivista de los síntomas, una finalidad de comprensión de los diferentes mecanismos mentales que vienen operando en cada paciente con sus específicas estructuraciones psicológicas; un propósito de conocer al

enfermo en sus diferentes fases de desarrollo psicológico, desde su nacimiento y desde antes de su nacimiento; los diferentes accidentes psicobiológicos que se vienen operando en el desarrollo del individuo; quiero decir, sus diferentes padecimientos físicos y la influencia o el impacto psicológico que éstos hayan determinado; los diferentes traumas psicológicos, haciendo, como lo orienta Adolfo Mayer, un estudio cronológico de estos diferentes eventos y confrontándolos en un estudio transversal, diríamos actual o en determinada época. Así se aprecia, con un concepto histórico y dinámico, la enfermedad psíquica actual, que no sería sino la resultante de todos estos factores, o bien, que sin ser una resultante, sólo se puede comprender la perturbación psíquica a base del conocimiento psicobiológico en su desenvolvimiento a través del tiempo y del propio medio, también dinámicamente considerado. El concepto dinámico de la conducta adquiere, por lo tanto, un papel preponderante partiendo del concepto de evolutividad permanente del psiquismo y del medio. Es condición indispensable, por lo tanto, para poder hacer una psiquiatría funcional, que las historias clínicas de enfermos internados, como de enfermos de consultorio, sean hechas a base de historias biográficas, de historias psicobiológicas y psicosociales. La posibilidad de hacer interpretaciones psicodinámicas con orientación psicoanalítica, no se hace factible sino a base de un conocimiento amplio de la biografía y del conocimiento verídico de multitud de hechos y circunstancias relativas al paciente y del conocimiento, también verídico, de las otras personas que han podido influir en la formación de la personalidad del paciente. Nada es más frustrante y nada conduce más fácilmente al error, cuando se trata de hacer interpretaciones psicodinámicas, que la recolección insuficiente de hechos psicológicos o biográficos en general. Pero en psiquiatría las interpretaciones psicodinámicas se hacen verdaderamente arduas, tanto por la amplitud intrínseca de una biografía, como por las resistencias muchas veces conscientes del paciente o de los familiares, o bien por las resistencias defensivas de ellos, cuando se van descubriendo móviles inaceptables para el ego; resistencias más inaceptables aún por la incapacidad de advertencia crítica del ego sobre su propia intencionalidad. Muy a menudo se cae en explicaciones psicodinámicas, sin recoger los suficientes datos en que se fundamenten, por la facilidad imaginativa con que cada uno cuenta a fin de quedarse uno mismo satisfecho con sus propias conjeturas psicodinámicas. Esta comodidad, derivada de una inmadurez psicológica y hasta de una falta de sinceridad intelectual, conduce a extremos en las interpretaciones psicoanalíticas, que han sido en gran parte el origen de críticas y aun de comentarios festivos de parte de los opositores al psicoanálisis y de sus aplicaciones a la clínica psiquiátrica.

La respetabilidad de una interpretación psicodinámica está en función de su fundamentación a través de hechos obtenidos en entrevistas genuinas, llevadas con el doble interés tanto del paciente como del médico; dar por conocidas circunstancias que no han sido investigadas específicamente en cada historia, es concluir imaginativamente o, lo que es más grave, puede ser una actitud provocada por la propensión afectiva del psiquiatra en relación con sus propios conflictos emocionales o de su valoración afectiva, de la cual él mismo puede no estar consciente. Una interpretación psicodinámica debe ser, hasta donde humanamente sea posible, neutral de parte del psiquiatra y en esto se finca la necesidad ineludible del psicoanálisis personal, a fin de que el analista esté aprobado y apto para poderlo ser, o que de suyo tenga una personalidad experienciadamente equilibrada que le permita ser objetivo ante su específica subjetividad, condición que consideramos difícil de alcanzar sino como ideal dada la falibilidad humana en sus mecanismos emocionales o sentimentales.

LA PSICODINAMIA EN FUNCIÓN DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES PSIQUIÁTRICAS

Creo que algunos nos hemos retenido en la aceptación y en la práctica de la psicodinamia como una metodología de la psiquiatría moderna, en vista de la diferencia del campo práctico de nuestras actividades. El psiquiatra, que cumple con un objetivo práctico de atender psicóticos, se hace de una experiencia en la que abundan hechos para un eclecticismo y se orienta en el manejo de sus casos, con un concepto más integral de la psiquiatría; las psicosis que trata, pueden tener ostensiblemente orígenes diferentes y yo diría que en muchos casos predominantemente orgánicos, por trastornos físicos, químicos, metabólicos, lesionales, etc., en los que se requiere la preparación o la cooperación de la medicina física en su sentido más amplio. Se desviaría de la finalidad terapéutica si, frente a un caso de confusión mental incipiente de un estado infeccioso o de una meningitis tuberculosa, diera preferencia a su formación psicodinámica. No cabe la preferencia psicodinámica, en un caso de conciencia onírica por un estado pelagroso, ni sería práctico hacer interpretaciones psicodinámicas en un caso de parálisis general progresiva. La presencia de estos casos francamente psicóticos, de psicosis orgánicas, obliga a ser selectivo y a valorar la preferencia de los procedimientos interpretativos del psiquiatra, si han de ser preferentemente médicos o preferentemente psicológicos. Quien pretenda enfrentarse a este tipo de psicóticos y aun a otros grupos, menos

orgánicos por ahora, como el grupo de psicosis funcionales, afectivas, como el de la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva, pronto verá que el enfocamiento psicodinámico en esos casos concretos pasará a segundo término y aun podrá darse cuenta de su inutilidad terapéutica.

En otro grupo de psicóticos, no orgánicos, diríamos, sino psicogénicos, pero en los que la desorganización de su personalidad alcanza niveles psicóticos, se confronta en seguida con una conducta irracional o una conducta de incomprendibilidad lógica para el psiquiatra, que no le permiten conexión a través del instrumento verbal: me refiero al grupo de los esquizofrénicos, en quienes la desintegración de su personalidad los hace casi inaccesibles a la comprensión. En estos últimos, para ir por grados en la ingerencia de la metodología psicodinámica, sí será más comprensible la conducta del enfermo, sus ideas delirantes muchas veces tan extrañas, si el psiquiatra está equipado con una preparación psicodinámica: un neologismo que aisladamente es como un jeroglífico, adquiere significación lógica en la sintomatología del esquizofrénico si se conoce su biografía, si se le han hecho observaciones prolongadas y si se sabe manejar el significado de los múltiples mecanismos mentales que constituyen su psicodinámica.

Por último, el que tenga que actuar en la práctica profesional con material predominantemente de psiconeuróticos, éste sí debe estar sólidamente preparado en psicoanálisis o en psicología dinámica psicoanalítica, a fin de comprender en estos términos los conflictos que determinan los síntomas psiconeuróticos.

Por lo tanto, la experiencia con diferentes problemas psiquiátricos, va haciendo que, por un extremo, se haga una psiquiatría más organicista; y por el otro, el de los neuróticos, obliga a una psiquiatría psicológico-dinámica.

Es conveniente, sin embargo, aclarar, porque esta es nuestra experiencia, que aun en los casos de psicosis orgánica, debe hacerse un esfuerzo de comprensión psicodinámica, porque sólo así encontraremos significación a la conducta irracional de estos enfermos y sólo así entenderemos y no nada más en función de localización de lesiones, la diferencia ilimitada de sintomatología entre un caso de parálisis general progresiva y otro: la estructura psicológica de su personalidad previa entrará en juego, a favor de las lesiones, para expresar una sintomatología psicológicamente diferente. Esta implicación de lo psicológico con lo orgánico es una vez más, en la psicosis, una comprobación de la unidad psicoorgánica.

¿QUÉ ES LA PSICODINAMIA?

La psicodinamia surgió con el psicoanálisis y abunda en conceptos psicoanalíticos, ya que aquél es su base teórica. Es ya un conjunto de conceptos psicológicos que explican las motivaciones de conducta normal y patológica en función de los múltiples mecanismos intrapsíquicos que constituyen fuerzas dinámicas que pugnan por realizarse y que, a su vez, pueden ser reprimidas por las fuerzas conscientes en relación con el ambiente o medio externo o social del individuo. Es toda una metodología explicativa de la conducta, en contraste con la psicología descriptivista y estática de la era prefreudiana. La comprensión de la conducta normal y anormal sólo se hizo posible con el conocimiento del subconsciente como conjunto de fuerzas dinámicas que motivan la conducta y constituyen el origen de nuestras tendencias, impulsos, objetivos de conducta en general.

La psicodinamia es propiamente una psicogénesis de la conducta, basada en el estudio del subconsciente, como contenido energético de nuestras motivaciones y en el conocimiento de los múltiples mecanismos mentales que forman una intrincada contextura de cuyo equilibrio puede resultar la personalidad adaptada. Para entender la psicodinamia ha de requerirse, por lo tanto, una adecuada formación psicoanalítica básica y conceptos biológicos generales que expliquen los objetivos de la personalidad en su proceso de adaptación y de ajuste al ambiente. A pesar de la complejidad del psiquismo humano, es comprensible hasta la conducta irracional del psicótico o, por lo menos, se encuentra algún significado a sus síntomas cuando se le aborda con esta metodología dinámica y a través del conocimiento de su historia biográfica en su sentido más amplio. La mente actúa en su proceso de persecución de objetivos, procurando siempre conservar su máxima integración; de allí que utilice diversos mecanismos de disfraz, tanto para el medio externo en sus relaciones interpersonales, como otros mecanismos, inconscientes muchas veces, que no le permiten advertir sus propias motivaciones. La pugna de diferentes tendencias entre sí, o bien de estas tendencias subconscientes con los propósitos conscientes o ideales, hace que la personalidad entre en conflicto, que habrá de resolverse de acuerdo con la estructura o contexto emocional personal o específico. Pero, a pesar de esta especificidad de conducta, la psicología científica hecha a base de confrontaciones subjetivas y entendida en conceptos psicodinámicos, se hace accesible y general y obedece a mecanismos bien conocidos y que constituyen un cuerpo de conceptos dinámicos que con-

viene conocer y que todo médico debía de conocer para la mejor comprensión de la conducta de su paciente.

Enumeraremos los principales, para dar después algunos ejemplos que pueden mostrarnos la importancia de estos mecanismos en la conducta normal o en la formación de síntomas. En el material de enfermos mentales es común advertir estos mecanismos, como la represión, la proyección, la reacción-formación, la condensación, el desplazamiento, la racionalización, la simbolización, la fijación, la regresión, la conversión, etc.

La represión, por ejemplo, es un mecanismo que implica un rechazo del campo consciente de alguna experiencia que ha sido traumática para la persona o que es indeseable para ella. En muchos enfermos histéricos existen situaciones traumáticas que han sido reprimidas del consciente y hasta olvidadas totalmente y que sólo con procedimientos analíticos se hacen conscientes, provocando una evacuación emocional de aquellas experiencias intolerables para la mente consciente. A veces se hacen reacciones catárticas facilitadas con algún barbitúrico, lo que permite un gran alivio a la tensión emocional, provocada por este mecanismo de la represión. En la vida diaria podemos pasar por alto una cita con alguien que en alguna forma nos desagrada. Una muchacha hace una cita con un amigo y se olvida que ya ha hecho otra previamente con otro amigo, pero que es un inexperto para bailar. Un muchacho al que se le ha prevenido que debe llegar a las cuatro de la tarde, llega a las seis. Un niño embebido en sus juguetes, se orina en su propia ropa (ha olvidado sus recientes hábitos de orinar y ha reprimido el proceso desagradable de la educación). Muchas de nuestras fallas de memoria son mecanismos de represión: nos olvidamos de pagar una cuenta, si "creemos" que es exorbitante. Un médico recibe por sus honorarios un cheque sin firma: este hecho puede indicar que en concepto del paciente los honorarios eran exagerados.

La racionalización es otro mecanismo psicodinámico que es tan frecuente en nuestras actividades normales, como importante en la formación de los procesos paranoides. Es un curioso mecanismo mental que nos evita vernos a nosotros mismos tal como los demás nos ven o, en otros términos, que nos evita vernos tal como somos. Es un mecanismo de disfraz de nuestras verdaderas motivaciones: alguien nos invita a cenar; decimos que no es posible porque estamos indispuestos o tenemos un compromiso previo. La verdad es que nos desagrada el invitante, o que sus reuniones no son interesantes. Se da en este ejemplo una razón o una excusa que sea socialmente aceptable y que evite un conflicto o represalia; el verdadero motivo queda oculto, estamos disfrazando nuestros verdaderos móviles. Un ma-

ruido muestra gran interés como agente viajero; el verdadero motivo inconsciente es que no quiere convivir con la esposa. La racionalización es un mecanismo que nos evita caer en conflicto, deformando inconscientemente la realidad. Puede constituir un mecanismo socialmente aceptable cuando es intrascendente en sus consecuencias, pero en otros casos es más significativo, como en estos otros ejemplos: cita Menninger, en su libro "The Human Mind", el caso de un paciente que asistía con mucha asiduidad a conciertos de música en un determinado teatro. Cuando se le preguntaba por qué era que asistía a los conciertos con tanta frecuencia, respondía "que amaba tanto la música". Compraba revistas musicales y se ponía a leer todos los comentarios y crítica que se hacían de los conciertos, que llegó a adquirir amplia experiencia como crítico musical y mostraba desagrado cuando en el curso de una audición encontraba alguna falla. Un estudio analítico de su personalidad reveló que su interés en la música estaba disfrazado; al que realmente amaba, y no a la música, era al Director.

En otros casos, la racionalización es un proceso subconsciente de una gran carga afectiva en defensa de la personalidad que admite sólo selectivamente determinados hechos que vengan a justificar su creencia. Es un proceso prelógico o deformación predominantemente pasional, como ocurre en el pensar del celoso: todos los actos de la supuesta infiel son confirmados por él de acuerdo con su actitud afectiva. La serie de indagaciones que hace, sólo es para confirmar su preestablecida conclusión. Hay una credulidad indestructible en su proceso infralógico y todo aquel que contrarie sus "razonamientos" puede ser un posible cómplice o enemigo potencial. Este proceso de racionalización, conduce a las falsas interpretaciones y a la formación de conceptos delirantes, de celo, de persecución y en general interpretativos, en defensa de la personalidad. Es común verlo gruesamente expuesto en los psicóticos paranoides, en las celopatías paranoides de los seniles. Freud relaciona este mecanismo con la homosexualidad y la paranoia.

Por último, para no seguir citando más, el mecanismo de la conversión también es un mecanismo mental de protección de la personalidad. La mente, incapaz de afrontar un conflicto, lo expresa a través de una incapacidad física o de una invalidez.

Una enfermera a la que se le ordena que haga limpieza de la sala de operaciones, sufre una parálisis de los brazos cuando ve que el piso está manchado de sangre o sufre un desmayo por el mismo motivo. El estudio psicodinámico encuentra alguna situación traumática previa en su primera menstruación que le impresionó profundamente o en algún accidente

callejero en el que vio correr sangre. Un soldado, al que se le da la orden de avanzar en el frente, queda inmóvil o cae con astasia-abasia: el conflicto entre el instinto de conservación (en peligro) y su alto concepto del deber se expresa por un síntoma conversivo, la parálisis histérica de los miembros, y consigue de pronto evadir el conflicto.

Hay casos más complejos en donde el mecanismo conversivo no es tan obvio: un paciente me fue enviado de Chihuahua, porque presentaba una hemiparesia derecha y una crisis de aspecto jacksoniano de ese lado. Se le suponía con una lesión de hemisferio izquierdo en zona motora. El estudio neurológico reveló la paresia, pero sin signos orgánicos. El estudio complementario fue totalmente negativo. Lo abordamos entonces con un plan psicológico y se tomó la historia siguiente: era un hombre apocado, tímido, padre de una familia numerosa, que vivía de su trabajo y con limitaciones económicas. El hermano, por el contrario, bravucón, pendenciero y alcohólico, fue muerto por un pistolero en una riña y en su agonía pidió al hermano que lo vengara. El hermano juró que lo vengaría. Pasado algún tiempo reflexionó que él no sabía manejar la pistola y empezó a entrenarse en su manejo, poco antes de que el asesino de su hermano saliera de prisión. A medida que se acercaba este término, fue sintiendo debilidad en su mano derecha e incapacidad para manejar la pistola. Finalmente tiene convulsiones que obligan a los médicos a considerar su caso como delicado y es enviado a México para su estudio. El narcoanálisis reveló esta historia inconfesable para él y que explica obviamente cómo un conflicto se convierte en síntoma y en enfermedad como medio de evadir una situación en la que peligraba su propia vida. El haberse hecho consciente este mecanismo y el emplear otros recursos terapéuticos como el electro-shock aparte de la psicoterapia, prácticamente curó al enfermo.

Hay, en la práctica psiquiátrica, multitud de fenómenos conversivos, como ceguera histérica, sordera histérica, mutismo histérico, hemianestias, parálisis, etc., y una serie de cuadros neurológicos pseudorgánicos que a veces es bien difícil diferenciarlos de los auténticamente orgánicos. Pero teniendo presentes estos mecanismos psicodinámicos, mecanismos conversivos, pueden ser comprendidos y tratados eficazmente.

Sería interminable la enumeración de otros mecanismos más sutiles de la mente para lograr objetivos subconscientes. Los escasamente enumerados muestran la importancia de la actitud psicodinámica que es explicativa de la formación sintomática o de la enfermedad.

Pero deseo hacer hincapié en la importancia que tiene el no descuidar la formación integral de nuestros estudiantes de psiquiatría, haciéndoles comprender y asimilar esta metodología psicodinámica o psicoanalítica;

pero sin caer en el descuido de los otros aspectos de su formación que hemos señalado, dándole igual preferencia a las bases somáticas, anatomofisiológicas, de la personalidad y de la conducta.

La orientación que actualmente se da a la enseñanza de la psicología médica en la Escuela, por los consejeros de la Dirección de la Facultad, como el doctor Millán, está fundada en conceptos psicodinámicos modernos y su aplicación está promoviendo un interés prometedor, al encontrarse el estudiante con que él mismo es objeto de estudio y que debe entender desde luego la dinámica de su personalidad para entender la de sus semejantes y la de los enfermos mentales cuando llegue al estudio de los psicóticos. Y esta enseñanza psicodinámica tiene mucho mayor importancia cuando se le aplica con una mira preventiva de higiene mental en los diferentes sectores que generan, por ignorancia, deformaciones de la personalidad: en el hogar, en la Escuela, en las diferentes comunidades, etc. Actualmente, la psicodinamia es la base de la comprensión de la conducta normal. Su importancia debe trascender al médico general, para que pase de su empirismo psicológico al de la psicología técnica en el manejo del enfermo como persona.

RESUMEN

El artículo sigue la evolución de la psiquiatría en México en las últimas décadas, de una posición estática y organicista, hacia un aspecto dinámico y últimamente influenciado por las corrientes psicoanalíticas.

Sin embargo, hace hincapié en la necesidad de no ilusionarse en exceso por estas concepciones modernas y caer en el error de ignorar las posibles bases orgánicas del padecimiento neuropsiquiátrico.

Estas consideraciones corren parejas con las que han servido para establecer la enseñanza de la medicina psicológica en la Facultad de Medicina.

SUMMARY

This paper follows the evolution of psychiatry in Mexico during the last decades. It has developed, from a static, organicistic position, to a dynamic, and lately strongly psychoanalytical, viewpoint.

Nevertheless, the practicing physician must not overemphasize such modern trends to the point of disregarding the possible organic basis of the neuropsychiatric condition.

Similar considerations have been proposed to establish the teaching of psychological medicine at the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de México.

REFERENCIAS

1. Zilboorg, Gregorio: *Mente y Medicina*. Editorial Nova, 1951.
2. Terhune, William B.: *Medicina y Psiquiatría*. (Una orientación práctica para el médico general.) Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1953.
3. Streker and Appel: *Discovering Ourselves*. The MacMillan Company. New York, 1944.
4. Alexander, Franz: *Dynamic Psychiatry*. University of Chicago Press. 1952.
5. Weiss, Eduardo: *Principales of Psychodynamics*. Ed. Grune and Stratton, 1950. New York.
6. Noyes, Arthur P.: *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana, 1951. Traducida por Dionisio Nieto.
7. Menninger, Karl A.: *The Human Mind*. 3ª Ed. 1946.
8. Symonds, Percival M.: *The Dynamics of Human Behavior*.