



Psicoanálisis y formación psiquiátrica

*Eduardo Laverde Rubio,
Profesor Titular, Maestro Universitario,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*

SUMMARY

Here is presented the role of a psychoanalyst involved in an academic intervention model in a psychiatry university institution. The Pre-graduate, post-graduate and working areas are: Theoretical seminars, clinic supervision and investigation; objectives and contents of these areas are considered. The role of the psychoanalyst in this context is defined in the following manner:

The psychoanalyst as a teacher should sponsor a psychiatric formation where the responsibility is centered in the student, so he becomes the most important director of his own formation, with greater protagonism, compromise and auto evaluation.

The ethical relationship doctor-patient should be regulated by consideration and respect for the integrity, individuality, uniqueness and privacy of the patient. The psychiatrist in formation should include within the training, the recognition of his own emotions, distinguishing them from those of the patient and putting them at the service of his understanding.

As general objectives and in the present case, one could say that the role of the analyst is to stimulate in the student a multidimensional thinking, where external and internal factors should be considered; this also includes the uncertainties, indeterminations and aleatory phenomena adaptation. This modality of thought should be capable of discern and distinguish without breaking connections. Such type of thinking constitutes the basic element of criticism and creativity.

RESUMEN

Se presenta un modelo de intervención académica de un psicoanalista trabajando en una institución de formación psiquiátrica. Se distinguen los niveles de pre-grado y post-grado y las áreas de trabajo: Seminarios teóricos, supervisión clínica e investigación clínica, se detallan los objetivos y contenidos de estas áreas. Se define el papel de un psicoanalista en este contexto de la siguiente manera: el psicoanalista como maestro debe propiciar una formación psiquiátrica donde la responsabilidad este centrada en el alumno, donde éste sea el gestor más importante de su propia formación, con mayor protagonismo, compromiso, y auto-evaluación.

La relación ética médico-paciente debe estar regulada por la consideración y el respeto por la integridad, individualidad, unicidad y derecho a la privacidad del paciente. El psiquiatra en formación debe incluir dentro del entrenamiento, el reconocimiento de sus propias emociones, distinguiéndolas de las del paciente y colocándolas al servicio de la comprensión de éste.

Como objetivos generales y en el caso que nos ocupa, se puede decir que el papel del analista es estimular en su alumno un tipo de pensamiento multidimensional, donde deben considerarse tanto los factores externos como los internos, incluye también

la aceptación de incertidumbres, indeterminaciones y fenómenos aleatorios. Esta modalidad de pensamiento debe ser capaz de discernir y distinguir pero sin romper las conexiones. Este tipo de pensamiento constituye el elemento primordial tanto de la crítica como de la creatividad.

INTRODUCCIÓN

En esta comunicación presentaré un modelo de intervención académica, de cómo el psicoanálisis puede influir en la formación psiquiátrica. Ofrezco esta propuesta desde mi experiencia como psicoanalista, a la manera de memoria académica de quien ejerció la cátedra de psiquiatría durante varios lustros en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

De acuerdo con mi experiencia las posibles influencias del psicoanálisis sobre la formación psiquiátrica se pueden sistematizar en las siguientes áreas:

1. Transmisión de conocimiento psicoanalítico.
2. Desarrollo de destrezas psioterapéuticas.
3. Estimulación de valores y actitudes éticas.
4. Desarrollo de un pensamiento complejo.

Lo enumerado anteriormente se hace operativo en los niveles de pre y post-grado.

Cursos de Pregrado

Teoría, supervisión clínica, operativizados respectivamente mediante conferencias teóricas e interconsultas, discusiones de material clínico, presentaciones, etc.

Cursos de Posgrado

Teoría, supervisión clínica, investigación. La teoría se presenta y discute en seminarios semanales de dos horas de duración para cada grupo de residentes. La supervisión clínica se realiza sobre pacientes de los residentes y se ocupa del diagnóstico y comprensión del material clínico y supervisión de psicoterapias individuales de orientación psicoanalítica. La investigación se efectúa mediante la tutoría por parte de profesores investigadores de trabajos adelantados por los residentes o mediante la conformación de grupos de dos o tres investigadores que incluyen un profesor investigador y uno o dos residentes; estos proyectos en general corresponden a estudios clínicos de casos y controles, tienen una duración de uno a dos años.

Teoría

Seminarios de Posgrado

Los temas tratados en estos seminarios comprenden:

1. Desarrollo del ser humano desde el punto de vista psicoanalítico.
2. Principios teóricos fundamentales del psicoanálisis y modelos teóricos.
3. Fundamentos teóricos de la psicoterapia.

Enfoque psicoanalítico del desarrollo

En general este seminario se inicia con una revisión sucinta de los antecedentes más significativos de la comprensión psicoanalítica del desarrollo del ser humano en sus primeros años de vida, lo cual incluye los trabajos de Spitz y (1-4) (5-6) de Winnicott (5-6). También se referencian los trabajos de observación de bebés de la Sra Bick (7). La actualización de esta información da cuenta de los trabajos de Stern (8). El objetivo primordial de este seminario es transmitir a los futuros psiquiatras una visión menos reconstructiva y especulativa y más basada en los hechos observables de las primeras etapas de la vida del ser humano, enfatizando la riqueza del mundo interpersonal del infante. En las herramientas de observación desarrollados por los psicoanalistas observadores de bebés al servicio, como lo menciona Stern, de resolver las contradicciones teóricas del desarrollo entre las establecidas a partir de la clínica de adultos y los realizados mediante observación directa de los infantes.

Es decir la teoría del desarrollo a partir de los hechos clínicos (reconstructiva) frente a la teoría observacional.

Teoría psicoanalítica

La teoría es elemento indispensable en la ciencia, sin teoría formaríamos empíricos, pero no en el sentido Pitagórico, (relación matemática) ni filosófico (experiencia como base del conocimiento), sino de "curanderismo". Por otra parte, si nos contentamos con formular teorías no contrastables o no contrastadas con la experiencia, caeríamos en una ideología, un dogma, una religión o un delirio. Necesitamos en la formación presentar un conjunto de enunciados ordenados, discriminados, sintetizados, deducibles y verificables o útiles según el modelo que se trate.

Teoría comprensiva: modelos

Hablando de modelos teóricos, un primer paso es precisar a nuestros alumnos si se trata de un modelo comprensivo, "psicológico", teoría "como sí" o metáfora, desde luego no contrastable ni verificable pues se trata de una teoría "a la manera de", un apoyo heurístico, útil pero no verdadero ni falso y que se cambiará en el curso del desarrollo teórico de la clínica en la medida que aparezcan otros modelos más ilustrativos, didácticos o útiles.

La teoría comprensiva esta constituida fundamentalmente por la metapsicología Freudiana, de la cual se estudian los modelos tópicos, estructural, económico, (dinámico), Freud, 1915 (9-10),

Teoría explicativa: hipótesis contrastables

Por otro lado las teorías explicativas, están constituidas por un conjunto de enunciados lógicos, resultado de un proceso de abstracción y confrontación, en una secuencia que incluye acúmulo de información, ordenamiento y verificación, (contrastación). Los pilares de la teoría explicativa son: existencia de un inconsciente dinámico, las relaciones de objeto, la transferencia y las pulsiones (afectos).

La teoría clínica se estudia en el seminario que se ocupa de los fundamentos de la psicoterapia psicoanalítica.

Principios teóricos fundamentales del psicoanálisis

Se trabajan los siguientes fundamentos:

1. Existencia de un inconsciente dinámico.
2. Importancia de las relaciones tempranas de objeto en la estructura y desarrollo de la personalidad, lo cual incluye los conceptos de identificación, vínculo y separación.
3. La tendencia del ser humano a repetir ulteriormente el tipo de relaciones establecidas tempranamente (transferencia).
4. Las pulsiones como contenidos mentales su papel en la conducta humana, de una manera más probabilística que determinística.

Consideramos que estas tesis son explicativas y por tanto

contrastables, no sólo como hechos clínicos dentro de un proceso terapéutico, sino también fuera de dicho proceso por terceros investigadores no comprometidos en dicho proceso. A este respecto se revisan los trabajos de Fisher, (11), Bowlby, (12) Luborsky, (13), Freud, (9-10).

Fundamentos teóricos de la psicoterapia

A partir de los conceptos de inconsciente, relaciones de objeto, vínculo, transferencia y pulsiones (emociones) anteriormente precisados, se trabajan los conceptos de omnipotencia e identificación proyectiva Klein (14), que dan cuenta y destacan la relación sujeto-objeto. Igualmente se estudian los conceptos de teoría psicológica bipersonal como la empatía y la transferencia idealizadora, y especular de Kohut (15).

Se destaca un trabajo clínico basado en la aproximación a la realidad psíquica del paciente, desde el punto de vista del terapeuta, con una renuncia momentánea a sus teorías y el reconocimiento del impacto de las emociones del terapeuta en la comprensión de sus pacientes y su participación del curso del proceso terapéutico. La filosofía pedagógica de este seminario es la comprensión del ser humano dentro de su individualidad y unicidad gracias al método creado por Sigmund Freud, este permite un abordaje del hombre sin fraccionamientos, desde la vivencia empática, una postura abarcativa en busca de la esencia, en un intento más para encontrar un elemento simple pero totalizador que le de sentido a la complejidad del ser humano.

Supervisión clínica y aspectos técnicos

La supervisión clínica la realiza el psicoanalista a los residentes de segundo o tercer nivel, tanto en el diagnóstico para seleccionar pacientes para psicoterapia, como en la conducción de la misma. Se utiliza una psicoterapia expresiva de orientación analítica de acuerdo al enfoque de Kernberg (16). Con el paciente sentado cara a cara, una frecuencia de dos sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. Está regulada por medio de un encuadre, donde la neutralidad del terapeuta es mantenida y se utiliza de parte del paciente la libre asociación. Esta psicoterapia, de acuerdo al autor antes mencionado, no pretende el total desarrollo y elaboración de la neurosis transferencial (por las dificultades inherentes de reconocimiento y manejo de la transferencia-contratransferencia). Su objetivo terapéutico es un alivio de los síntomas dado el limitado tiempo que se dispone para adelantarla. Esto obliga desde el punto de vista técnico, al uso de intervenciones no interpretativas como clarificación, confrontación, sugerencias directas y consejos implícitos. Puesto que los residentes de psiquiatría no necesariamente han pasado o se encuentran en el momento de su entrenamiento en análisis personal, el uso de interpretaciones transferenciales o no transferenciales, pero que apuntan a conflictos inconscientes, es asunto de discusión teórica. Por

otra parte no todos los residentes de psiquiatría están interesados en ser psicoterapeutas, ni han sido seleccionados específicamente para este fin. Por las anteriores consideraciones y según mi experiencia, opino que los mejores resultados en cuanto ha obtener destrezas psicoterapéuticas en residentes, se obtienen si este seminario de supervisión es optativo y no se convierte en una exigencia u obligación. En relación al tipo de pacientes seleccionados para psicoterapia entran en consideración los siguientes factores: edad, nivel intelectual, posibilidad de cambio, interés y compromiso por parte del paciente para que pueda desarrollar una buena alianza terapéutica. La contratransferencia es explorada en las expresiones espontáneas para determinar hasta donde sea posible si el residente es capaz de recibir y tolerar los contenidos mentales de su paciente, sensible a ellos pero sin dejarse invadir ni abrumar por los mismos. No se efectúa una pesquisa sistemática de la contratransferencia, no se pregunta al residente que siente o piensa en relación con sus pacientes.

En cuanto a patología se incluyen los trastornos neuróticos, psicósomáticos y de personalidad; se excluyen la psicosis, las psicopatías y las personalidades paranoides muy acentuadas. Por razones de tipo administrativo más que técnicas, la extensión de este tipo de psicoterapia no se prolonga más allá de un semestre, que en la práctica se convierte en 18 sesiones aproximadamente.

El tipo de supervisión que se utiliza es "no directiva", Laverde (17-18). Entiendo por supervisión no directiva, un tipo de intervenciones y de actitud y clima emocional de la situación de supervisión, en la cual la opinión del supervisor no obliga al residente a aceptarla o estar de acuerdo con ella, ni a implementarla con su paciente, es una alternativa de comprensión a considerar y nada más. Debe abandonarse en lo posible todo inmediatismo y concretismo, de lo contrario el terapeuta en supervisión pierde el carácter de tal y se convierte en un simple mensajero entre el supervisor que hace de terapeuta de facto y el paciente. Esta situación acarrea desde luego trastornos en la identidad profesional del residente, por sumisión ante la figura dominante de un supervisor directivo. Entiendo el aprendizaje de la psicoterapia como no inmediato sino diferido, donde el residente criba y selecciona de lo aportado por el supervisor, aquello que es afín con su personalidad, y accionar terapéutico y le es útil para tal fin.

Uno de los escollos en el aprendizaje de la psicoterapia psicoanalítica es el manejo de la transferencia-contratransferencia en residentes que no han vivido un análisis personal. La función del supervisor es reconocer y señalar la contratransferencia "pública", es decir la evidente o que el residente expresa directamente, y esperar que en el mejor de los casos sea elaborada espontáneamente, pues no se dispone de un espacio para analizarla.

INVESTIGACIÓN

La investigación forma parte esencial de la formación psiquiátrica. Desde hace varios años en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional, los residentes deben presentar como parte de los requisitos para obtener la graduación, un trabajo de investigación realizado durante el último año, o los últimos dos años.

El interés de incluir esta participación directa en la investigación es un asunto de aceptación consensual, pues le permite al residente obtener un mayor conocimiento de la conducta humana, aumenta la posibilidad de resolver problemas diarios con ayuda de este conocimiento y le permite poner a prueba teorías contrastables, y modelos de intervención eficaces; se convierte de esta manera en un testigo privilegiado de la verificación de la teoría y sus niveles de contrastación y aplicabilidad.

Un analista trabajando en un Departamento de Psiquiatría con formación y experiencia en investigación, puede ser de utilidad como tutor o asesorando un trabajo a cargo de los residentes o mejor aún actuando como director de un equipo de investigación clínica en donde actúan uno o dos residentes.

Para ilustrar este último punto reseñaré dos proyectos de investigación desarrollados de la manera mencionada.

1.- Aborto inducido y aborto espontáneo. E. Laverde & C. Carvajal, 1993 (19).

En este trabajo se utilizó el método clínico de tipo observacional descriptivo de casos y controles, donde se estudiaron 30 mujeres que han practicado un aborto inducido (Ai) y un grupo de control de igual número de mujeres que han sufrido un aborto espontáneo (Ae). Se establecieron los hechos médico-psicológicos manifestados en un plazo de 90 días, dependientes del aborto y los factores de riesgo asociado con el mismo.

Las mujeres del grupo Ae presentaron mayor compromiso emocional y de mayor gravedad, (depresión y trastornos emocionales mixtos) y mayores complicaciones médicas. Es conveniente precisar que todas las mujeres del grupo Ai fueron atendidas médicamente con el procedimiento de evacuación por aspiración uterina, mediante una técnica segura y confiable, en área quirúrgica

Como factores de riesgo para el grupo Ai, se establecieron las siguientes variables, significativas desde el punto de vista estadístico: ausencia de pareja conyugal estable, desempleo, falta de apoyo del medio familiar. Las mujeres de este grupo tienen información suficiente y acceso a los métodos anticonceptivos pero no los utilizaron apropiadamente por actitudes negadoras o alteraciones de su identidad psicosexual. La mayor relación

entre aborto y depresión encontrada en el grupo de aborto espontáneo se explica por las mayores expectativas de tener un hijo y la mayor vinculación afectiva a la representación mental de este hijo, lo cual trae consigo una mayor respuesta emocional de culpa y depresión ante la pérdida.

Por otra parte las mujeres del grupo Ai al tomar una decisión respecto a su embarazo no deseado o ambivalentemente deseado, sienten que tienen mayor control sobre la situación y cuando ésta culmina en el aborto, se sienten liberadas.

2.- Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. Laverde E. Contreras L, Rodríguez E. 1993 (20).

En este trabajo clínico observacional descriptivo se buscó identificar el impacto emocional que tiene sobre las madres solteras adolescentes un embarazo no deseado, los tipos de trastornos psiquiátricos que se pueden presentar y como se altera el vínculo madre-bebé. Las variables estudiadas se precisan en dos grupos de edad (de 20 pacientes c/u): (adolescentes menores de 10 a 14 años y adolescentes mayores entre 17 y 19 años).

Se pudo constatar una mayor vulnerabilidad psíquica en las adolescentes menores: 75% (trastornos adaptativos emocionales mixtos, ansiosos y depresivos), en comparación con un 20% de trastornos emocionales de las adolescentes mayores. Se presentaron mayor cantidad de complicaciones obstétricas en las adolescentes menores: 55%: distocia, prematuridad, eclampsia; en tanto las adolescentes mayores solo presentaron un 15% de complicaciones.

La falla en la capacidad de asumir el papel de madres de las adolescentes menores alcanzó un 70%, un 25% fue suplantada en su función maternal y 5% de los hijos fueron dados en adopción. En las adolescentes mayores, un 75% asumió el papel de madre, 15% delegaron este papel en familiares, 5% de los neonatos murieron en el periodo perinatal y 5% fueron atendidos en salacuna durante el tiempo que duró la investigación (90 días).

Este estudio puso de presente, una vez más, que el embarazo no deseado en adolescentes solteras es el resultado de múltiples factores de orden psico-social: estratos socio-económicos bajos, desintegración de la familia de origen, ausencia de la figura paterna, hacinamiento, promiscuidad sexual en las figuras adultas que rodean a la niña y la adolescente. En general una falla de la familia como referente primario generador de afectos, valores y actitudes como modelo vincular para ser interiorizado.

Modificar este conjunto va más allá de los alcances profesionales de una institución de salud mental y constituyen una realidad social que debe ser modificada por una política de Estado. En

lo que hace relación a los alcances de un grupo de salud mental, frente a este problema se pueden diseñar sistemas de localización de grupos de riesgo y prestación a estos grupos de apoyo y orientación mediante equipos multidisciplinarios.

En relación a la determinación del trabajo de investigación, se llega al tema estableciendo la prevalencia, del problema, por encuesta en los hospitales que cubre el Departamento de Psiquiatría: Hospital San Juan de Dios, Hospital Materno Infantil, Hospital de la Misericordia. Una vez ubicado el problema clínico a estudiar, se conforma un equipo de investigación entre los interesados en el tema, se cuenta con la asesoría de metodólogos y estadísticos para la planeación, el diseño del mismo y el análisis de los datos.

El proyecto debe ser aprobado por varias instancias: Comité de investigaciones del Departamento de Psiquiatría, Consejo de la Facultad de Medicina y finalmente se obtiene la aprobación y financiación por la División de Investigación de la Universidad Nacional.

Una vez aprobado el proyecto se establecen la división de tareas de manera equitativa entre los miembros del grupo, tanto para revisar la literatura como para entrevistar a los pacientes. La búsqueda de la literatura se hace seleccionando las palabras claves y buscándolas en el Index Medicus, y luego se buscan los trabajos con estas palabras en el Medline. El grupo se reúne periódicamente para evaluar el progreso del proyecto y discutir los resultados.

La confección del borrador corre a cargo del investigador principal, luego este documento se discute en grupo y finalmente se pone a disposición de un corrector de estilo para crear un documento final.

Aspectos éticos: de todos los pacientes que se incluyeron en estas investigaciones, se obtuvo consentimiento informado. Además se tomaron todas las garantías para un manejo confidencial de la información asegurando de esta manera la privacidad.

Aspectos éticos, desarrollo de actividades y tipo de pensamiento

Además de los aspectos de conocimiento transmitido y de destre-

zas psicoterapéuticas alcanzadas, un modelo de intervención académica como el propuesto, debe incluir el desarrollo de valores y actitudes éticas y el predominio de un pensamiento complejo.

En cuanto a los valores éticos estos se apoyan en la formación médica que promueve en el médico y en el psiquiatra una actitud basada en el "nihil nocere", es decir, evitar cualquier daño o riesgo (no calculado o exagerado) de hacer daño a su paciente. Desde el punto de vista psicoanalítico el promover el desarrollo de un ser auténtico apuntala estos valores. Todo ello va de la mano de un respeto por el otro en su mismidad, unicidad y privacidad.

Respecto del tipo de pensamiento estimulado, se hace énfasis en promover un pensamiento no lineal, complejo, donde tengan lugar las incertidumbres y las paradojas, donde sean importantes las respuestas, pero principalmente los interrogantes.

CONCLUSIÓN

Opino que el papel de un psicoanalista dentro de un centro de formación psiquiátrica es múltiple, sus contribuciones pueden ser de los siguientes órdenes:

- Estimular un tipo de pensamiento no unificado, no dogmático, crítico, intentando comprender el fenómeno humano más allá de las fachadas.
- Propiciar una reflexión crítica sobre el determinismo o sea la creencia de leyes eternas o explicaciones últimas e inducir un pensar en términos de probabilidades dentro de cada contexto.
- Favorecer en el residente el establecimiento de un vínculo con sus pacientes, donde "vivenciar con el paciente" sea parte de los recursos terapéuticos, donde estas vivencias compartidas sean punto de partida de nuestro conocimiento clínico, de manera totalizadora y heurística.
- Considerar que los hechos clínicos plantean problemas abiertos, es decir no suficientemente aclarados y las explicaciones aportadas a su claridad dan un nuevo giro al problema en forma de espiral que progresa pero no cierra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Spitz R.** Anxiety in infancy. Int. J. of Psychoanal. 1950; 31: 138-143.
2. **Spitz R.** No and Yes. New York: I. U. P. 1957.
3. **Spitz R.** A Genetic Field of Ego Formation. New York: I. U. P. 1959.
4. **Spitz R.** The First Year of Life. New York: I. U. P. 1965.
5. **Winnicott D W.** The Maturation Process and the Facilitating Environment. New York: I. U. P. 1965.
6. **Winnicott D W.** Playing and Reality. New York: Basic Books. 1971.
7. **Bick E.** Notes on Observation Psycho-analytic Training. Int. J. Psychoanal. 1964; 45: 558-566.
8. **Stern D.** The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books. 1985.
9. **Freud S.** The Unconscious. S. E. 1915^a: 14
10. **Freud S.** Instincts and their vicissitudes. S. E. 1915b:14.
11. **Fisher Ch.** Dreams and perception. J. Am. Psychoanal. Ass. 1953; 2: 389-445.
12. **Bowlby J.** Attachment and Loss. New York: Basic Books. 1969.
13. **Luborsky L.** Método TCRR. Manual para su uso. Clínica Universitaria de Ulm. Traducción: L. Torres. 1993.
14. **Klein, M.** Notes of some squizoid mechanisms. Int. J. Psychoanal. 1946; 27: 99
15. **Kohut H.** The analysis for the Self. New York. I. U.P. 1971.
16. **Kernberg O.** Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós. 1975.
17. **Laverde E.** Un modelo teórico de supervisión. Rev. Soc. Col. de Psicoan. 1979. 4: 151-164.
18. **Laverde E.** Distorsiones en el proceso de supervisión. Rev Soc Col de Psicoan. 1993; 18: 14.
19. **Laverde E. Carvajal C.** Aborto inducido y aborto espontáneo. Rev. Col. de Psiquiat. 1993; 22: 165-180.
20. **Laverde E. Contreras L Rodríguez E.** Embarazo en Adolescentes. Repercusiones Psíquicas. Actualizaciones Pediátricas. Fundación Santa Fe de Bogotá. 1993; 3: 116-125.