

¿ES PSICOSOMÁTICO LO MÍO, DOCTOR?

DOCTOR, DO I HAVE A PSYCHOSOMATIC PROBLEM?

DR. RODRIGO ERAZO R. (1)

1. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email: rer2006@gmail.com

RESUMEN

Este artículo presenta algunas reflexiones sobre la psicósomática, y a partir de ellas, la actualidad de algunos modelos de asistencia médica integral existentes, particularmente en el ámbito hospitalario en diversos lugares del mundo. Al igual que la Medicina Psicosomática en su momento, estos modelos intentan una mirada que comprende los diferentes componentes del enfermar (biomédicos, psíquicos y sociales) tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Palabras clave: Psicósomática, modelos integrados de atención de salud, biopsicosocial.

SUMMARY

This article offers some considerations on psychosomatics; it also presents certain models of comprehensive medical care existing nowadays in hospital environments in various parts of the world. The components of illness (biomedical, psychological and social), both in diagnosis and treatment, are considered in these models, as Psychosomatic Medicine did long time ago.

Key words: Psychosomatics, integrated models of medical care, biopsychosocial.

INTRODUCCIÓN

Aunque no es el propósito exclusivo de este artículo tratar la evolución de la psicósomática, es lícito considerar a ésta como una piedra angular en la integración de los aspectos biomédicos y psicológicos del enfer-

mar en la Medicina contemporánea. Este artículo procura indagar en las actuales alternativas a ciertos modelos teóricos y técnicos que antaño alcanzaron un indiscutible prestigio.

En esa línea, el escrito dedicará espacio a algunos aspectos de la psicósomática, sin perjuicio de intentar superar los sesgos ideológicos que la limitan, y que por cierto prevalecen y han contribuido a su declive. Y así, incorporar conceptos novedosos, sin pasar a llevar los méritos de una práctica aún vigente y que se ha sostenido de manera notable a la hora de integrar lo médico lo psicológico en la manera de entender los modos de enfermar.

Los orígenes de la Medicina Psicosomática, en su noción actual, se remontan al primer tercio del siglo XX, aunque el término psicósomático (o psicósomática¹) tiene una historia más larga. Sin intentar profundizar la obra de cada uno de los autores que dieron origen a este concepto, algunos de ellos serán mencionados en los diferentes contextos en que fueron escritos. Es el caso del médico alemán Johann Christian Heinroth (1773-1843), a quien se le atribuye el mérito de haber acuñado la palabra "psicósomática". La obra de Heinroth es importante en el contexto de su época y en la de su especialidad, la "Medicina Mental", disciplina que desarrolló en la Universidad de Leipzig en el período en que publicó sus aportes más importantes (1818) y de la que fue su primer profesor. Aunque su noción de que "el pecado" sería el principal agente etiológico de los padecimientos anímicos, resulta difícil de aceptar en nuestros tiempos. Su posición puede entenderse a partir de la teología Protestante en la Alemania de su época. Su concepción de "pecado" debe ser concebida no como el efecto de una "falta única", sino como el resultado de un actuar ético, o de una tendencia a proceder de acuerdo a una cierta moral a través de la vida. En este sentido, el sujeto no sería víctima de un padecimiento, sino que contribuiría a él a través de su pecado² (1).

Sin embargo, su agudeza como observador de la conducta humana y sobre ciertos aspectos clínicos de las enfermedades del ánimo debiera hacerle un lugar entre quienes merecen ser recordados en el ámbito de la psiquiatría. Entre otras, ya en 1818 había hecho una espléndida descripción de los “estados mixtos” (*Mischung*) en el campo de los trastornos anímicos (y es probable que haya sido el primero en realizar tal distinción). Por otra parte, la “teoría tripartita de lo psíquico” que sostuvo, le ha otorgado valor como un antecedente de lo que sería el desarrollo futuro de las teorías psicoanalíticas sobre la mente.

Mucho más adelante, los trabajos de Walter Cannon sobre la fisiología de las emociones, a partir del estudio de las experiencias de veteranos de la Primera Guerra Mundial que habían sufrido experiencias traumáticas (“*shell shock*”), le condujeron a elaborar conceptos como los de la “respuesta de lucha o huida”, entre otros, y que se mantienen vigentes hasta hoy en el discurso médico sobre el estrés y sus consecuencias (2). Sin embargo, el término “Medicina Psicosomática” fue acuñado en 1922 por Felix Deutsch (1884-1964), un médico internista vienés que devino psicoanalista y que concluyó su carrera en Boston luego de emigrar a los EE.UU. en 1936 (3). Al estudiar la obra de Deutsch, más allá de su interés en lo *psicosomático*, es posible constatar cómo otras de sus contribuciones importantes quedaron eclipsadas por ese interés primario³. Algo similar ocurrió entre los años 30's y 50's del siglo pasado en Norteamérica, período en el que varios autores psicoanalíticos hicieron importantes aportes al campo de la *psicosomática*; en especial, Flanders Dunbar⁴ y Franz Alexander⁵, quedando otras de sus contribuciones clínicas, algunas de ellas muy refinadas, fuera de nuestro alcance. Más bien, se trata de encontrar los puntos de contacto entre experiencias pasadas y actuales que parecen confluir hacia un tipo de cuidados y de atención que llamaremos integrado, o integral, en tanto contempla los aspectos biomédicos con la misma acuciosidad con que indaga el psiquismo del sujeto y su contexto social.

OTROS PARADIGMAS: CONTINUIDAD Y CAMBIO

Varios factores contribuyeron al descenso del prestigio de la Medicina Psicosomática, al menos en la tradición norteamericana. Y fue este declive el que condujo, entre otros motivos, a la creación del concepto y la práctica de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (C-L). Desde un punto de vista teórico es destacable la obra de Zbigniew Lipowski en el desarrollo inicial de este concepto (4), además de la de George Engel, cuya propuesta fue más o menos simultánea (5), aunque este último centró su interés en la mirada biopsicosocial de la enfermedad y en el modo de enfrentarla. Es cierto que ha habido críticas a este modelo y algunas de ellas no carecen de fundamento. Una mirada atenta hace pensar que la mayoría de ellas no son justificadas ni concluyentes; o bien, son difusas y planteadas de un modo poco convincente (6).

Más allá de las disquisiciones teóricas e históricas, el concepto de lo *psicosomático* se mantiene en boga; sin embargo el sentido que se le confiere al término en la actualidad, aparece más bien vacío respecto del significado que tuvo en otro tiempo. Y es como si este se hubiese

esfumado tras la continua repetición sin fundamento del mismo, como si la banalización de su uso lo hubiese puesto a un lado, presente, pero sin intención real: desactualizado. Y entre otras razones, debido a un quehacer médico actual que a menudo se obstina en reafirmar la dicotomía entre *psique* y *soma*.

Los actuales usuarios de lo *psicosomático*, provienen de vertientes disímiles. Por cierto, son los pacientes los primeros en utilizarlo, cuando preguntan con ansiedad y no menor preocupación: “¿De verdad usted cree que lo mío es... *psicosomático*, doctor?” Cuando un paciente nos demanda sobre lo “de él” (lo mío, doctor), está esperando saber nuestra opinión sobre la certidumbre de algo que lo habita y que lo perturba; de algo que le duele, o que siente que lo deforma, o que se insinúa como un riesgo inminente en el dominio de una corporalidad que hasta ahora poseía -o creía poseer- en plena propiedad, y que desde cierto momento, quedó en duda. Y ello porque las cosas que le ocurrían en ese terreno (lo *somático*), ahora quedan sometidas al prefijo de lo *psico*. Y cuando ese paciente nos interroga, con justificada preocupación, en general es porque otro (un médico, a menudo), le ha señalado su padecimiento de esa manera: lo suyo es *psicosomático*. Y entonces, ahora vacila, penosamente situado en el lugar donde las cosas parecieran ser pero ya no son, o al menos no son del modo en que las vivía. Y es que su dolencia, su padecer (cefalea, meteorismo, mialgia, astenia, disnea o parestesia) se ha instalado en un cuerpo que para él (o para ella) le era familiar, pero ese cuerpo es hoy día un terreno de sospecha: la vivencia del mismo se ha desplazado de lo cierto a lo dudoso, como si la dualidad cuerpo y *psique* fuese el inexorable correlato de uno y de lo otro.

Y si además ocurre que sus exámenes biomédicos resultaron negativos, parece no aliviarse cuando se le explica que definimos las cosas al contrario, que cuando es positivo, suele estar condenado a la cronicidad, en el mejor de los casos, y en el peor, a la muerte. Y que lo negativo es sinónimo de vida, de salud; y a pesar de ello, su penetrante duda persiste. A veces él (o ella), preferiría que su examen fuese positivo, con tal que su padecer encontrara una casilla exacta en el lugar de las certidumbres. Es bien probable que su médico le dirá (le dará) un tranquilizador “usted no tiene nada”, o “no se preocupe: lo suyo es un trastorno nervioso”, o algo similar. Y le va a sugerir, además, que consulte a otro especialista: a un psiquiatra, por ejemplo, el que pasa a ser un especialista de los que no tienen nada, o a un neurólogo, un especialista del nerviosismo trastornado, en cuyas consultas hallaría, por fin, la respuesta a su padecer (a su dolor, al malestar, a la respiración fatigosa...).

Otros agentes que utilizan de manera ocasional el concepto, son los médicos de APS. Es una práctica habitual que el o la paciente que consulta por “síntomas vagos sin sustrato clínico, fisiológico ni anatómico”, caiga bajo la sospecha de “funcional”, entendiendo funcional como opuesto a orgánico. Y por cierto, cualquier médico con una adecuada formación hará todo lo posible por cerciorarse de que no hay una organicidad de la que preocuparse, lo que es muy necesario y correcto. La “normalidad” de los exámenes le devolverá la confianza y la tranquilidad sobre ese paciente y su diagnóstico. Sin embargo, desde lo negativo, emerge lo

¹ En adelante, los términos *psicosomático* y *psicosomática* serán usados de manera equivalente y se escribirán, en general, en *itálica*, dando a entender su carácter polisémico, fluctuante y ambiguo a través de la historia del concepto.

² Aunque nos parezca curioso ese modo de pensar de hace casi dos siglos, no es tan diferente el modo en que muchos consideran el sufrimiento mental el día de hoy: a los sujetos deprimidos se les ve como faltos de voluntad, a los esquizofrénicos, como perezosos; y a los maníacos exaltados, como delincuentes dignos de ser encarcelados a perpetuidad.

funcional, queda al descubierto en la convicción del médico, por decirlo de algún modo; y a menudo, frente a esta idea de lo funcional, difícil de transmitir al paciente, el concepto de lo *psicosomático* viene en ayuda del profesional, que necesita dar una explicación que le otorgue un nombre a esa "negatividad" de la exploración clínica.

Aunque cada vez menos, los otros usuarios del concepto también son los propios psiquiatras. Y eso en gran medida por el uso de las modificaciones introducidas en los sistemas nosológicos (ICD-10 y DSM-IV, en sus versiones actuales), que ya no contemplan lo dentro de sus categorías. Algunos vestigios de ello los podremos encontrar en el capítulo de los Trastornos por Somatización (DSM), en el que se encuentran yuxtapuestas una serie de condiciones, o "trastornos", y aunque se explicitan de manera muy estricta las criterios que cada una de ellas debe cumplir para ser considerada como tal, el conjunto no parece coherente con un sustrato común que los reúna de la manera así propuesta. Se argumentará que los manuales clasificatorios no tienen la obligación de cumplir con ello, y eso es cierto; sin embargo, el proceso por el cual estas entidades quedaron agrupadas de esa manera, trae implícita una posición ideológica o teórica, si se le pudiera llamar de esa forma, para el motivo de tal clasificación o agrupamiento.

Al igual que en Estados Unidos, en nuestro país la utilización actual del término *psicosomático* ha sido vinculada cada vez más a la idea de un quehacer multiprofesional, similar a la práctica corriente de la psiquiatría, sólo que incorporando a otros actores en la práctica clínica, y es justamente la concepción de "Enlace" la que quisiera dar cuenta de esa mirada. Dos títulos importantes de revistas norteamericanas, *Psychosomatics* y *Psychosomatic Medicine*, son en la práctica revistas que tratan temas de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. Más adelante veremos algunas excepciones importantes a esto en realidades distintas, especialmente en Europa.

Y no es que haya habido un descuido sobre la discusión teórica: por el contrario, quizá se hizo demasiada teorización. Y aquella, además, careció de consenso entre los mismos teóricos; es decir, dejó de haber Una *Psicosomática* porque hubo muchas *psicosomáticas*. Sería materia de un artículo diferente el poder dar cuenta del complejo debate que ha existido al respecto, especialmente en el campo psicoanalítico. Y podríamos decir que desde aquella confusión, la Medicina Psicosomática se fue quedando "sin público". Por otra parte, la denominación de un trastorno como *psicosomático* nunca aseguró un programa terapéutico que diese real solución a la queja del paciente.

Y quizá fue aquel tipo de confusión el que llevó a las nomenclaturas clasificatorias a dismantelar de manera progresiva algunas grandes categorías diagnósticas, fraguadas desde hace mucho y conceptualizadas entre comienzos y mediados del s. XX. Las neurosis en general, la histeria y la neurastenia, fueron desguazadas como viejos navíos encallados, inservibles, y sus materiales, en apariencia oxidados, fueron repartidos entre nuevas entidades nosológicas que los acogían de buena manera, buscando una praxis deseosa de desprenderse de las ideologías teóricas

o de las minuciosas, y a menudo molestas, observaciones que les habían dado origen.

Los médicos aprendemos a golpes (igual que los orfebres), a iniciar una práctica. Y seguimos golpeándonos los dedos a través del ejercicio profesional. El problema -no menor-, es que en vez de cuero, alpaca o plata, tenemos enfrente de nosotros a un **Otro**, a un humano como nosotros, sólo que está enfermo, o que se siente enfermo. Un enfermo que por sobre todo, anhela ser considerado, mirado a los ojos, quiere ser visto y entendido. Y por sobre todo, a no ser "cosificado". Es decir, aspira a ser "personalizado", en el sentido de Oyarzún (7), aunque ni siquiera lo sepa, ni menos lo diga. Y que pudiese empatizar con nuestro dolor en los dedos, pero ya no quiere sentirlo: le basta con lo suyo.

Este sujeto pertenece a un contexto que le acompaña en cada minuto de su enfermedad, sea esta una neoplasia maligna o una queja difusa y persistente que aún no tiene nombre. Pertenece a una familia, habitualmente; y requiere que ese contexto, esa familia, de alguna manera sea considerada a la hora del diagnóstico y de las propuestas de tratamiento de su condición. (O puede que no lo desee, y sería igualmente legítimo). Quiere saber su diagnóstico más allá de un código de barras, saber si resultará lesionado de alguna manera, ponderar los pros y los contras de las propuestas terapéuticas que se le ofrecen para decidir qué hacer, o qué no hacer.

Quizá la motivación de escribir este artículo tiene que ver con la búsqueda de nuevos escenarios de acción combinada, que se encamine a entregar soluciones integrales a nuestros pacientes y a los otros significativos que les acompañan en su dolencia, tanto si esta es aguda y rápida en su presentación, como si es penosamente crónica. Estos escenarios debieran cumplir con ciertas exigencias mínimas: integrado (pero delimitado), complejo (aunque no complicado), flexible (aunque con límites), humanizado (sin condiciones) y equitativo, sin duda.

DESARROLLO DE MODELOS INTEGRALES DE ATENCIÓN

Siguiendo la pista a varios autores (además de nuestra propia experiencia), las referencias aquí señaladas corresponden a las iniciativas de integración médico-psiquiátrica en el ámbito hospitalario. Estos modelos, aplicados a la práctica de la Salud Comunitaria, requerirían de un espacio imposible de ser cubierto en este artículo. Tal materia debiera tenerse en cuenta a futuro, considerando el impacto que pudiese tener tanto en términos clínicos como en el de elaboración de políticas públicas.

Es interesante considerar lo que ocurre en otras realidades, por ejemplo dentro de Europa, y particularmente en Alemania. Allí existe desde hace tiempo una "tercera especialidad médica en salud mental", además de la psiquiatría de adultos y la de niños y adolescentes, especialidad que es llamada "*Medicina Psicosomática*". Aquella no es una sub-especialidad de la psiquiatría general, como en Estados Unidos, sino que está separada de ella. Prácticamente todos los hospitales universitarios y un creciente número de hospitales generales cuentan con esta especiali-

³ Este obituario escrito por Peter Knapp, da cuenta de la esencia de la personalidad de Deutsch y nos acerca algo más a su obra: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/26/4/303.full.pdf>

dad, establecida a través de equipos multiprofesionales, hospitalización y servicios de hospital de día; y todo aquello, además, coexiste con los equipos de Interconsulta y Enlace.

A partir de la clasificación de Kathol (8), es posible entender la integración de servicios médicos y psiquiátricos en diferentes contextos en un continuo de cuatro niveles (I-IV), los que tienen una progresión de menor a mayor complejidad. Lo interesante de la propuesta de este autor, además de los aspectos técnicos, es la consideración que este hace respecto de las diferentes barreras que impiden o que se oponen a tal integración.

PROGRAMAS INTEGRADOS DE ATENCIÓN: MODELO DE KATHOL

Tipo I: Unidades de Atención Psiquiátrica con interconsulta médica

Debido a múltiples factores, es una de las modalidades más criticadas en su desempeño actual (9), en particular por la inquietud sobre la calidad del cuidado médico de los pacientes. Se refiere fundamentalmente a la existencia de unidades o centros fuera de un hospital general y que cuenta con algún tipo de apoyo médico, en general una interconsulta médica por demanda (llamada). En nuestro medio, correspondería tanto a los Hospitales Psiquiátricos en el ámbito público como a las llamadas Clínicas Psiquiátricas privadas. En ambos, los cuidados médicos de los pacientes internados suelen ser deficitarios. La razón de su mantención, en gran medida, tiene que ver con motivos económicos. En la esfera de lo público, la aparición de "Servicios Psiquiátricos Adosados" a un hospital general, comenzó a modificar la manera de enfrentar la práctica de la especialidad en nuestro país, enriqueciéndola de manera notable (9).

Tipo II: Servicios de Interconsulta y Enlace en el Hospital General

Interconsulta: Un estudio europeo cooperativo en once países, con más de 14 mil interconsultas y 200 profesionales consultantes, mostró que en tres cuartos de los 56 servicios investigados, el rango de interconsultas psiquiátricas no superaba el 1 a 2% del total de las mismas, y que la mayoría de ellas se centraba en casos de autoagresión, abuso de sustancias y delirium. La participación de otros profesionales no psiquiatras era poco significativa. Excepto en el Reino Unido, Portugal, Holanda y Australia, la colaboración de enfermeras especializadas no existía. Y sólo en Australia y en Alemania estaba contemplada la intervención de psicólogos. Nuestro medio no escapa a estas cifras, con excepciones. Aunque no existen datos que den cuenta de ello, es muy improbable la participación de enfermeras especializadas en interconsulta psiquiátrica. La presencia de psicólogos ha ido creciendo, aunque no hay estudios que muestren el impacto de su participación. Es probable que aquella práctica, además, ocurra de manera preferencial en el ámbito privado, y sólo en ciertos programas. La detección de aquello y su implementación, sigue siendo una tarea pendiente.

Enlace: resulta interesante constatar que en el estudio europeo señala-

do previamente, la tasa de intervención psiquiátrica alcanza un porcentaje del 2 al 4%, (el doble que lo anterior) y eso, en particular en el caso de centros que ya tienen una cultura de intervención de la especialidad, como ocurre en Noruega y Alemania. En nuestra propia experiencia⁶, sobre la que no hay publicaciones al menos en la atención de pacientes adultos y adolescentes en cuanto a establecer comparaciones con los resultados de otros sistemas de atención, la apreciación subjetiva de los usuarios del sistema, la de los profesionales de Salud Mental, y la de los médicos consultantes de diversas especialidades, fue muy positiva. Sin embargo, y ello sí nos acerca a otras realidades, los problemas del costo de la intervención y las dificultades opuestas por los seguros médicos, hicieron inviable una iniciativa que parecía tener evidentes ventajas. Es preciso señalar que este comentario alude sólo a la experiencia de un centro de salud privado que asiste a una población de ingresos económicos medios y elevados. Aquello lo hace poco comparable con otras experiencias en Chile sobre este tipo de servicios, y sobre las que tampoco existen publicaciones comparativas (10).

Enlace asociado a pesquisa de casos y a su manejo: este novedoso enfoque ha sido utilizado en algunos lugares de Estados Unidos y de Europa. En Holanda y Suiza está en práctica el uso de un sistema denominado INTERMED, capaz de determinar las necesidades de evaluación e intervención precoz de los pacientes que exhiben una alta prioridad para ello. INTERMED es un método empírico y orientado a la acción en la detección de pacientes complejos que requieren una atención multiprofesional y coordinada. Consiste en una entrevista semi-estructurada realizada por enfermeras entrenadas; los datos de estos pacientes son evaluados diariamente durante las visitas de rutina, a partir de los resultados de INTERMED. Sus resultados quedan registrados de manera electrónica, y las necesidades de atención resultan determinadas por un equipo multidisciplinario de internistas, psiquiatras de enlace y enfermeras especializadas. Hay varios estudios que muestran los beneficios de un programa como este, especialmente en Holanda. Una vez más, resulta evidente que el mayor obstáculo para la implementación de este enfoque es de naturaleza económica.

Intervención integrada de especialistas en campos clínicos específicos: es probable que este tipo de intervención refleje el trabajo de otros autores en esta misma publicación. En otras palabras, es un trabajo de Interconsulta y Enlace en campos de gran especificidad, como es el de trasplantes y oncología (eventualmente diálisis y otros). Esta acción requiere que los psiquiatras de Enlace y otros profesionales de salud mental, se encuentren siempre presentes en las reuniones clínicas que tratan sobre los pacientes, y que validen su acción a través de un lenguaje común y de un conjunto de proposiciones articuladas, programadas y congruentes con el tratamiento de base del paciente.

Tipos III y IV: Unidades médico-psiquiátricas y unidades psicosomáticas

Aunque es en extremo interesante la utilización de estos servicios planeados como unidades mixtas, inicialmente manejadas por psiquiatras

⁶ Helen Flanders Dunbar (1902-1959), mantuvo siempre su apellido original, a pesar de dos matrimonios. Desde 1929, comenzó a firmar su nombre como H. Flanders Dunbar, y más tarde, sólo como "Flanders Dunbar". Fue fundadora de la Sociedad Norteamericana de Medicina Psicosomática, y la primera editora de *Psychosomatic Medicine*. Murió de una manera trágica, el mismo día en que recibió la primera copia de su libro "Psiquiatría en las Especialidades Médicas"

para la atención de pacientes complejos con comorbilidad, su comprensión requiere del manejo de la terminología burocrática médica norteamericana y ello hace muy áspera la lectura de la misma. Por cierto, estas unidades han sido implementadas principalmente en Estados Unidos, en Canadá y en algunos otros países. Lo cierto es que al principio fueron capaces de mantenerse económicamente a través de las ventajas del sistema DRG (*Diagnosis Related Groups*, sistema III de servicios integrados), sin embargo el aumento en los ingresos de pacientes y las limitaciones en los reembolsos, llevaron a modificar el sistema a uno de tipo IV, y que quedaba bajo la administración médica del programa. El sistema de unidades médico-psiquiátricas (MPU) continúa en uso en los hospitales universitarios y en los grandes hospitales en los que se practica docencia. Kathol y Stoudemire (11) estiman que entre un 2 a un 5% de pacientes ingresados a un hospital general y que padece de patologías comorbidas (médico-psiquiátricas), se beneficia de su estadía en una MPU. Los problemas comorbidos más frecuentes son los trastornos mentales orgánicos, la depresión y los intentos de suicidio.

CONCLUSIÓN

La tradición y los aportes de la psicosomática seguirán vivos. Hay varios otros campos no considerados en este trabajo que se relacionan con ella, pero el espacio es limitado. Pretender una práctica integrada, en donde la mirada psico y la somática no sean un lugar de conflicto, sino que ambas coincidan, además de lo social, es una aspiración humana que reclama nuestra participación decidida.

Se trata de un antiguo proyecto: tanto Kurt Goldstein como Kurt Koffka, por ejemplo, ya lo tenían claro. Debemos rephrasearlo; aclarar ciertos conceptos. Sobre todo, abrírnos a la acción; en especial quienes ejercemos en el ámbito hospitalario, tanto público como privado. No se trata de abrirle un lugar a la Psiquiatría en la Medicina. Creemos que ambas están ligadas desde hace mucho. Se trata que los pacientes, los enfermos, los que se sientan enfermos, tengan derecho a una Medicina que los considere desde una óptica pluridimensional y que además los integre a un diálogo con los expertos. Es esa doble mirada la que humaniza una práctica y que humaniza a un sujeto paralizado por el dolor o la angustia y que busca primero un gesto y luego, un remedio.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Steinberg H. The sin in the aetiological concept of Johann Christian August Heinroth (1773-1843). Part 1: Between theology and psychiatry. Heinroth's concepts of 'whose being', 'freedom', 'reason' and 'disturbance of the soul'. *Hist Psychiatry*. 2004 Sep;15 (59 Pt 3):329-44.
2. Benison S, Barger A C, Wolfe E L, Walter B. Cannon: the Life and Times of a Young Scientist. 1987 pp.16-32, Belknap Press.
3. Deutsch, F. The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. *American Journal of the Medical Sciences*. June 1954 - Volume 227 - Issue 6 - ppg 713
4. Lipowski J. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986; 8 (5):305-15.
5. Engel, G. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine" *Science* 196, 1977. 129-136.
6. Villarino, H. Estudio de los fundamentos científicos y éticos de la psiquiatría comunitaria. I parte *Rev GPU* 2009; 5; 4: 431-439.
7. Oyarzún F, Silva J. Maestro de la Psiquiatría Chilena: Entrevista con Fernando Oyarzún. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (2): 144-152
8. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, et al. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992; 33 (4):376-86.
9. Carney CP, Allen J, Doebbeling BN. Receipt of clinical preventive medical services among psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 2002; 53 (8):1028-30.
10. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23 (3):124-32.
11. Kathol RG, Stoudemire A. Strategic integration of inpatient and outpatient medical-psychiatry services. In: Rundell TW, editor. *The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry*. 2nd edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2002. p. 871-87.

El autor declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.

⁵ Franz Gabriel Alexander (1891-1964), médico y psicoanalista de origen húngaro, fue uno de los más importantes miembros del grupo analítico de Chicago (EE.UU.). Junto a Sándor Ferenczi, introdujo el concepto de "experiencia emocional correctora", además del de "adaptación autoplástica". Se estima que una de sus mayores contribuciones al psicoanálisis moderno (y probablemente a la psicoterapia en general) fue su entusiasmo con la propuesta de terapias analíticas breves.

⁶ Servicio Intermedio Especial (SIE). Unidad de atención a pacientes psiquiátricos críticos en Clínica Las Condes, y que funcionó durante un año y medio, a partir de 2006.