

Acerca de la identidad del psiquiatra*

Ramón de la Fuente**

Summary

After describing the apparently dual character of psychiatry, the author describes its field of action and its limits. After a short revision of its historical evolution, the outstanding hostile attitudes towards it are analyzed.

The role played by the mass media in the desinformation of the public opinion on the true medical accomplishments is examined.

The author uses all his experience and moral authority to describe the identity of the psychiatrist at the present time.

Resumen

Después de señalar el carácter aparentemente dual de la psiquiatría, el autor describe su campo de acción. Sus límites y sus fronteras. Tras una rápida visión de su evolución histórica, se analizan los principales enfoques que mantienen una actitud hostil hacia ella. Se hace hincapié en el papel que los medios de comunicación han desempeñado para crear un estado de desinformación de la opinión pública acerca del verdadero papel médico de esta especialidad.

Con toda su experiencia y autoridad moral, el autor describe a grandes rasgos cuál es la identidad del psiquiatra en el mundo contemporáneo.

Introducción

Hay en la psiquiatría una dualidad aparente. Sus dominios son, por una parte, la experiencia subjetiva y los procesos interpersonales, y por otra, las funciones superiores del cerebro.

El término "enfermedades mentales", consagrado por el uso, es apropiado, puesto que se trata de experiencias subjetivas. Sin embargo, no es tan apropiado, porque puede sugerir que se trata de alteraciones de orden moral o simbólico y no de enfermedades naturales como todas las demás. La dualidad a la que hacemos referencia explica por qué la psiquiatría ha encontrado obstáculos epistemológicos propios para llegar a ser lo que es hoy en día: un conjunto de hechos acumulables y de teorías susceptibles de ponerse a prueba, al servicio de una vocación humanística.

Szasz (14, 15), uno de los críticos modernos de la psiquiatría, ha escrito que en los tiempos que corren, los psiquiatras tenemos la alternativa de "perder la mente", que es lo que nos distingue de los neurólogos, o "perder el cerebro", que nos distingue de los psicólogos. La alternativa es ficticia ya que la ciencia

avanza en la dirección de restaurar la unidad de la mente y el cerebro, y en este proceso transforma las enfermedades mentales en cerebrales, sin que por ello dejen de ser mentales.

La tarea del psiquiatra implica otra dualidad a menudo conflictiva: responder a las necesidades de sus enfermos y cumplir sus responsabilidades para con las familias y con la sociedad. Nuestra vida profesional no es sencilla, transcurre entre criterios médicos y derechos civiles, internamientos involuntarios y tratamientos obligatorios, inadvertencia de enfermedad y consentimiento informado, etc. El psiquiatra tiene también la tarea delicada de auxiliar a la ley para establecer la culpa, la incompetencia y predecir la peligrosidad.

Las enfermedades mentales, en el centro de la preocupación profesional de los psiquiatras, están entrelazadas con la trama social, y los valores no pueden dejarse a un lado. Lo anterior tiene consecuencias. Una de ellas, es que la psiquiatría está involucrada en la lucha sempiterna que las instancias del poder libran por posesionarse de la mente de los hombres. Otra, nos guste o no, es que la psiquiatría es propiedad pública; lo es más que cualquier otra rama de la medicina y por ello se le discute y se le juzga por personas ajenas y no pocas veces mal informadas que desconocen sus propósitos, sus posibilidades y sus limitaciones.

Un poco de historia

Una mirada al pasado permite comprender mejor las actitudes de la sociedad actual hacia la psiquiatría, los psiquiatras y sus instituciones. De hecho los dilemas que la psiquiatría confronta hoy en día, han surgido en un terreno preparado por la historia.

Los tratados de medicina más antiguos y otros documentos, no dejan dudas de que el "loco", como el pobre, han estado siempre entre nosotros. Sin embargo, aunque las enfermedades, disfunciones y desviaciones de que se ocupa la psiquiatría son tan viejas como la humanidad, la psiquiatría, como ciencia, es relativamente joven, no tiene más de 200 años. Su nacimiento al final del siglo XVIII como disciplina y práctica organizadas tuvo lugar en los asilos para enfermos mentales.

La función de los asilos en el mundo occidental fue dual. Por una parte, amparar y cuidar a los enfermos y por otra, proteger a las familias y a la sociedad de sus miembros mentalmente incapaces, improductivos y problemáticos. Por la influencia de Pinel (13), en los

* Conferencia Magistral presentada en el XIII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Zacatecas, Zac. octubre 1993.

** Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

lugares de asilo nació el "tratamiento moral" y a partir de entonces se ha tomado en cuenta al individuo enfermo y sus circunstancias. Sin embargo, los términos "alienado" y "alienista", tan en voga en el siglo XIX, aluden precisamente a la exclusión de los enfermos mentales del mundo de los cuidados médicos regulares, situación que se reflejó hasta tiempos recientes en la segregación académica de la psiquiatría, lo que en parte explica su "despegue" científico más tardío que el resto de la medicina. El asilo fue la respuesta de la sociedad a una necesidad que se acentuaba por el cambio de la familia extensa a la familia nuclear, y hasta mediados del siglo actual cumplió funciones específicas dentro de la estructura social e influyó en el desarrollo de la psiquiatría como disciplina médica.

Al principio, los psiquiatras se ocuparon solamente de quienes sufrían enfermedades mentales mayores y conductas severamente disruptivas: la demencia, el retraso mental profundo, la epilepsia, la melancolía y la demencia precoz.

Freud hizo su aparición en el escenario de la psiquiatría al finalizar el siglo XIX. Merced al psicoanálisis inventado por él, la diversidad de síntomas y quejas "nerviosas" que Burton describió en su "Anatomía de la Melancolía" (4) como la carga con que los enfermos abrumaban a los médicos y a los clérigos de su época: las "distemperancias nerviosas", el "spleen", la hipocondría, los "vapores", la histeria y la melancolía, esa "english malady", quedaron incluidas en la psiquiatría, cuyas fronteras se ampliaron para hacerles lugar bajo el rubro de neurosis. La relación del paciente y del médico como un contrato social difícilmente existió en la psiquiatría antes del nacimiento del psicoanálisis.

Como sabemos, la influencia de Sigmund Freud no se limitó a la medicina y la psiquiatría, sino que se extendió a la totalidad de la vida intelectual. Freud dotó a la psiquiatría de un instrumento poderoso para el estudio de los móviles de la conducta humana y sus ideas persuasivas penetraron en la cultura y el pensamiento popular. Desde la concepción freudiana, revolucionaria y metapsicológica, de la vida mental, la psiquiatría fue arena de conflicto y contradicción entre dos corrientes que rompieron su unidad: una psicologista y otra biológica.

Al principio de la década que se inicia en 1930 se descubrieron los primeros tratamientos que actuaban sobre la mente a través del cerebro: la malarioterapia, la terapia electroconvulsiva, el coma insulínico y la psicocirugía, tratamientos crudos pero efectivos en una gran proporción de casos (1, 5, 16, 17).

En la década de los 50 se inició una nueva era en la psiquiatría con la introducción en la clínica de sustancias que actuando sobre el cerebro en formas nuevas e inesperadas, modifican la conducta y la mente en varias direcciones e interrumpen el curso maligno de algunas de las enfermedades mentales más severas y frecuentes. El avance terapéutico fue un estímulo poderoso para el estudio del cerebro como órgano de la conducta y de las funciones mentales. Fue entonces posible tratar eficazmente a muchos enfermos sin separarlos de su familia. Sin embargo, la situación de

una gran proporción de enfermos mentales crónicos no mejoró en forma significativa (3).

Hacia 1960, la desatención hospitalaria de los enfermos más incapacitados y las condiciones prevalentes en los asilos, atrajo el interés de promotores de derechos civiles y defensores de minorías sociales, que encontraron en los enfermos mentales crónicos un camino para expresar sus aspiraciones de reforma social.

El libro de Foucault, "Civilización y Locura", y otros que le siguieron, dieron una justificación intelectual al movimiento de crítica conocido como "antipsiquiatría" que por oleadas ha recorrido el mundo occidental. Las prácticas y recursos de la psiquiatría y las carencias de las instituciones psiquiátricas fueron exhibidas con crudeza. Los psiquiatras, impotentes para remediar la situación, se convirtieron en el objeto de ataques enconados (8, 9).

La deplorable historia del descuido y del maltrato de los enfermos mentales en el pasado es real, tan real como los fanáticos perseguidores de brujas y los guardianes brutales de las casas de locos, pero un hecho histórico es que la psiquiatría nació como disciplina médica precisamente cuando arrebató a los enfermos de las manos de sus carceleros y les brindó primero asilo y eventualmente tratamiento.

Aun en la atmósfera lóbrega que envolvió a los enfermos mentales al final del medioevo hubo quienes dejaron oír su voz y expusieron sus vidas en favor de una concepción naturalista de la enfermedad mental y proclamaron que las manifestaciones juzgadas como demoniacas por jueces e inquisidores, eran las alucinaciones y los delirios propios de procesos morbosos. Croll ha documentado que una tradición de amparo y buen trato a los enfermos mentales existió en Europa en varios monasterios aun en pleno predominio de las creencias demonológicas.

Tanto la historia reciente como la distante, ofrecen notables ejemplos de las consecuencias lamentables de la intrusión de la política y de la ideología en los dominios de la psiquiatría. Un ejemplo distante es el de la inquisición y la cacería de brujas al final de la Edad Media que ya mencionamos y dos ejemplos recientes, son el exterminio de más de cuarenta mil enfermos psiquiátricos "incurables" en la Alemania Nazi (10) y el encarcelamiento psiquiátrico de disidentes políticos en la Unión Soviética.

Ahora que parece haber tomado un curso razonable esta llamada revolución psiquiátrica que se dio en diversas partes del mundo, es posible estimar sus logros y sus efectos desafortunados. La reforma se puso a prueba en forma radical en Italia con la ley 180 de 1979 y en forma menos explosiva en otros países de Europa y Norteamérica.

Los rasgos reformistas principales fueron: la "desinstitucionalización" de los enfermos y la eliminación de los hospitales psiquiátricos, el establecimiento de una red de servicios descentralizados en la comunidad, el seguimiento de los enfermos y la continuidad de su cuidado, la reinserción en la sociedad del mayor número de enfermos y la inclusión de trabajadores voluntarios en los programas (2, 6, 12).

La reforma psiquiátrica ha tenido éxito en tanto que el asilo autoritario, pasivo y generador de quebranto

social, se transforma en hospital psiquiátrico moderno, se proveen alternativas para el tratamiento extrahospitalario, se pone el acento en la rehabilitación y se incluye a la familia en los programas. En otros aspectos la reforma psiquiátrica ha sido un fracaso, porque en lugar de lograr la reintegración social de los enfermos mentales le adjudica el *status* de una minoría desprotegida. Entre los efectos colaterales deplorables se menciona la emergencia de una nueva categoría de gente mentalmente enferma que no tiene hogar y no recibe atención. En Estados Unidos se estima que alcanza cientos de miles y ha conducido a la criminalización de una proporción importante de ellos.

De la antipsiquiatría radical de los años 70 se fortalece una disposición para hacer valer los derechos civiles de los enfermos mentales, que adquiere el carácter de una filosofía.

No conozco a ningún psiquiatra que no esté de acuerdo con que los enfermos mentales incapacitados permanezcan en casa o donde los acepten en tanto que se les proporcionen las atenciones médicas y sociales que su estado requiere. De hecho, los recursos actuales de la psiquiatría permiten tratar al 90 % de los enfermos en un ambiente extrahospitalario, sin separarlos de sus familias y de la sociedad. Los servicios de psiquiatría en los hospitales generales y en los Centros de Salud sectoriales, ofrecen alternativas viables. El rescate de la persona, es decir, la individualización del tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento, la participación de las familias y la educación para la salud mental, son parte de una perspectiva más flexible y más amplia, que los nuevos fármacos psicoactivos han hecho posible y los psiquiatras hemos implantado.

¿Por qué la hostilidad hacia la psiquiatría?

No obstante que la psiquiatría cumple con la sociedad funciones que son importantes y que requieren competencia e interés humano, a menudo se le hace objeto de críticas. ¿Cómo se explica esta incongruencia social?

Subyacente a los prejuicios y hostilidades hacia la psiquiatría, los psiquiatras y sus instituciones, hay un hecho que la cultura "no se atreve a reconocer". El miedo a enloquecer, a perder la conciencia de nosotros mismos y a no ser ya dueños de nuestras acciones, es uno de los miedos fundamentales del hombre. No es un miedo ilusorio, sino algo que se genera en experiencias devastadoras. Ante la "angustia de la enajenación" la cultura ha erigido defensas; una de ellas, es la negación: la resistencia a admitir que la locura existe y que es un aspecto trágico de la condición humana.

Thomas Szasz, uno de nuestros críticos más obstinados, es un ejemplo de esta negación. En efecto, el profesor de la Universidad de Nueva York generaliza y cuestiona la existencia de la enfermedad mental. A su juicio, los enfermos mentales no son en realidad enfermos, sino personas que piensan y actúan en forma diferente y que la sociedad tradicional no puede tolerar. Dice que los psiquiatras confundimos las

variaciones cuantitativas de la norma con los hechos psicopatológicos. Otro de nuestros críticos, Ronald Laing, afirma que "el delirio es un viaje creativo a nuestra interioridad y que debe ser respetado" (11).

Resonancia de esta negación es el desconocimiento por el público de la verdadera naturaleza de las enfermedades mentales, de sus causas y de las posibilidades de su tratamiento. Al conocimiento se le sustituye por prejuicios que giran en torno a la impredeción, la peligrosidad, la incurabilidad de los enfermos mentales, y la incompetencia y mala fe de quienes nos ocupamos de ellos.

El rechazo de los enfermos mentales es una cruda realidad que expresa una defensa socialmente estructurada contra la angustia de la enajenación. Aun personas medianamente ilustradas, tienen una imagen del enfermo mental que oscila entre el loco violento y homicida y el loco indefenso que deambula por las calles de las grandes ciudades: desaseado, extraño, sin abrigo y sin casa. Estos estereotipos simplistas y alejados de una concepción racional de las enfermedades mentales y de los problemas relacionados, nutren el miedo y el rechazo de los enfermos, los cuales se hacen extensivos a quienes nos ocupamos de su cuidado. El rechazo de los enfermos psiquiátricos se refleja también en la insuficiencia del gasto público dedicado a su cuidado.

La imagen de la psiquiatría y del quehacer del psiquiatra ha sido distorsionada. La historia se ha sesgado para mostrar solamente su lado más sombrío. Por ejemplo, se desconoce la función original del asilo, y se le atribuye como función primaria la de encerrar a personas consideradas como peligrosas o molestas. De los psiquiatras se dice que son el instrumento ciego de la sociedad y de la familia burguesa que primero enferma a sus miembros y luego encierra a los más débiles para así mantener el orden y su comodidad (14, 15).

Hay otro hecho que conviene mencionar. Algunos fundamentalistas antagonizan a la psiquiatría porque ven con alarma y desconfianza que muchas personas que en el pasado se preocupaban por sus pecados, hoy se preocupan por sus neurosis y temen que el concepto de enfermedad mental se extienda a expensas del concepto de responsabilidad moral.

No obstante que la psiquiatría ha separado una a una de la gran masa común llamada "locura", las entidades nosológicas que hoy reconocemos, el concepto precientífico de la "locura" así, como un bloque, tiende a persistir en la mente del público y se confunde la enfermedad mental con la "locura de los hombres", esa mala relación general de los hombres con la sociedad y con su propia intimidad, que se asume ha agravado a la sociedad industrial (7).

En el mejor de los casos, la imagen que la gente tiene del psiquiatra es ambivalente. Se le admira porque se le atribuye el poder de influir poderosamente sobre la mente de otros y se le teme porque sus decisiones pueden afectar la vida, la imagen social y la libertad de quienes se ven incluidos en su círculo. Ciertamente, el psiquiatra tiene algún poder sobre la mente y este poder se ha acrecentado con recursos farmacológicos poderosos; pero el poder de la comu-

nicación persuasiva no es privilegio de la psiquiatría, de hecho, sus formas más efectivas en el mundo moderno son la propaganda comercial y la propaganda política.

Bajo el peso de un sector activo de la opinión pública, las leyes de salud mental promulgadas en algunos países no han contribuido a facilitar nuestra tarea ni a mejorar nuestra imagen, ya que restringen la libertad de nuestros profesionales a actuar según el caso y las circunstancias, desconfiando de que seamos capaces de anteponer los intereses de nuestros enfermos a cualquier otro interés.

Venturosamente, la psiquiatría tiene preconstruidos sus propios instrumentos de autocritica y rectificación, y su práctica está sujeta a un código de ética explícita y estricta que declara su respeto a la dignidad, a la integridad de las personas y a sus creencias religiosas.

Los medios se encargan de recoger los prejuicios y temores de la sociedad y han construido la imagen pública del psiquiatra, de sus instituciones y de sus enfermos. A través de programas televisivos, "películas y noticias sensacionalistas, se instalan en el público conceptos de nuestra profesión en los cuales el morbo y la carencia de información son notables.

Un indicador de descomposición social en las postimerías del siglo, es que muchas personas requieren dosis diarias de sexo, violencia y sensacionalismo y algunos medios se las administran mezcladas con propaganda, entretenimiento y noticias. Pocos en la población pueden eludir esta influencia.

Escojo entre más de un centenar de películas con temas psiquiátricos, algunos ejemplos que ilustran el punto.

La película "El nido de víboras", basada en la novela de May James Wort, impresionó al público por la imagen que se da de los efectos deshumanizadores de los hospitales psiquiátricos del viejo tipo asilar sin mostrar ninguna de sus virtudes.

En la película "Las tres caras de Eva" se da una idea falsa del origen de la patología mental. Los síntomas se desvanecen cuando en la psicoterapia se descubre un acontecimiento traumático: un terror de la niñez, cuando la protagonista tuvo que besar la cara de la abuela muerta. Son varias cintas en las que el sujeto enfermo se cura en el momento mismo en que evoca en su conciencia cierto recuerdo reprimido.

"Naranja mecánica" ilustra otros aspectos. Un joven asaltante sexual que está cumpliendo una larga sentencia en prisión, es informado de que puede ser liberado en algunas semanas si está de acuerdo en someterse a un nuevo tratamiento. El joven acepta y se le sujeta a una forma compleja de terapia adversiva que supuestamente lo cura de su impulsividad sexual y de su agresividad. Se le deja en libertad, pero privado de sus viejos patrones de conducta, es incapaz de gozar de la vida y aun de funcionar efectivamente, y eventualmente se ve impulsado al suicidio.

Otra película con gran impacto social es "Atrapado sin salida", basada en la novela de Kenneth Kesser. Aparte de su mensaje específico, esta película realizada en 1975, es una versión magistral de la antipsiquiatría. En ella, los métodos terapéuticos: el electrochoque, la psicocirugía y las modificaciones conduc-

tales son considerados como medidas punitivas insensiblemente científicas y más aun, meros instrumentos de supresión de la libertad.

En otras cintas se visualiza al psiquiatra como un hombre simple e ingenuo y al paciente como alguien que en realidad no está enfermo y, en algunos casos, es el portador de una sabiduría especial. La tesis es que los psiquiatras somos incapaces de distinguir entre la creatividad y la patología. Tal es el caso de "Una fina locura" (1966), en la que un poeta dice al psiquiatra: "usted protege lo que es, y yo visualizo lo que puede ser"

Una de esas películas que expresan la fascinación del público norteamericano por la violencia y el sadismo –y que por lo tanto ha sido un enorme éxito de taquilla– es "El silencio de los inocentes". Hannibal Lecter, recluido en una celda de máxima seguridad en el sótano de un hospital para criminales insanos, es psiquiatra, multiasesino y canibal. Otro personaje en la cinta es también psiquiatra: un bufón excéntrico, prepotente e inepto que permite escapar a Lecter. Ambos personajes dan una imagen abominable de la profesión.

El impacto de los medios es mayor sobre quienes no tienen, ni desean tener otras fuentes de información. La gente almacena estas imágenes que la manipulación experta de fantasías populares hace que parezcan reales y que fomentan el miedo y la hostilidad hacia los psiquiatras y hace que se refuercen sus prejuicios.

La identidad del psiquiatra

¿Qué es lo que define y diferencia al psiquiatra de otros profesionales en el campo de la salud mental? Es claro que el núcleo de nuestra identidad es nuestra condición de médicos y la función que la sociedad nos ha asignado dentro del vasto campo del cuidado de la salud. Hemos sido adiestrados en forma especial para restaurar las funciones mentales, la personalidad y las conductas desviadas de quienes han sufrido en grados y formas variables su transformación maligna por defecto de desarrollo, disfunción o enfermedad. La nuestra es una ciencia de amplio espectro, vinculada en forma indisoluble con el resto de la medicina.

Nuestra formación científica nos propone una visión naturalista del hombre y orienta nuestra práctica dentro del marco de un humanismo secular. De hecho, la psiquiatría es la más humanista de las especialidades médicas.

Ponemos al servicio de los enfermos nuestra capacidad médica de diferenciar entre las diversas condiciones patológicas que afectan a la mente y a la conducta y nuestra competencia para indicar e interpretar con este fin una creciente variedad de exámenes de laboratorio y de gabinete. Nuestra formación y nuestra experiencia nos permiten también poner al alcance de nuestros enfermos las diversas opciones terapéuticas que se han desarrollado en nuestro campo: físicas, químicas, fisiológicas y psicológicas. En esta función diagnóstica y terapéutica no somos sustituibles.

Lo que ofrecemos a nuestros pacientes en cada una de nuestras acciones profesionales es mucho más que una prescripción. En ellas están presentes nuestra información y nuestra formación médicas, algo que hemos aprendido en las salas del hospital y a la cabecera de los enfermos, cuya angustia y cuyo dolor ante la enfermedad y ante la muerte hemos compartido. Algo en fin, muy diferente de lo que se aprende en cursos sobre medición de la personalidad y psicoterapia supervisada.

La habilidad psicoterapéutica es parte importante de nuestra formación. Sabemos que otros especialistas que no son psiquiatras pueden también llevarla a cabo con eficacia si son adiestrados para ello y reconocen sus limitaciones. Con ellos compartimos esta área de nuestra competencia profesional.

No es fácil ser psiquiatra; se requiere poseer en grado apreciable: integridad, responsabilidad, confiabilidad, sensibilidad, algo de imaginación y compasión. Jaspers se refirió a "la rara combinación del escepticismo del científico y una profunda fe existencial". Agregaría que en la práctica de la psiquiatría, la crítica es tan necesaria como la sensibilidad perceptiva y la habilidad técnica. Ser crítico, es ser reflexivo, saber distinguir entre observaciones e interpretaciones; entre conocimientos establecidos y especulaciones, no importa cuan sutiles e ingeniosas sean las formas como se pretenda borrar las diferencias.

La sociedad en que estamos inmersos influye en nuestros objetivos y matiza nuestro trabajo y nuestra profesión de psiquiatras. Así lo atestigua el hecho de que hoy en día, no sólo nos consultan personas que sufren enfermedades mentales, trastornos de la personalidad y desviaciones, sino otras que se sienten incapaces de contender con sus problemas, sean éstos sexuales, sentimentales, vocacionales, familiares u ocupacionales. Hoy se nos pide que intervengamos en "problemas de la vida" que hasta hace algunos años estaban fuera de nuestra esfera.

Algunos psiquiatras cumplen otras tareas que no son propiamente médicas, ya que su objetivo no es la curación de un trastorno ni su prevención, sino la promoción del desarrollo individual o la resolución de problemas humanos. Con frecuencia, quienes solicitan estos servicios son personas que desean mejorar su carácter, su capacidad de relación o desarrollar su potencial humano. Es dudoso si a esta clase de ayuda psicológica se le deba designar "tratamiento". En estas tareas cuyo objetivo es la superación personal, se requieren exclusivamente conceptos y medios psicológicos. Si bien el psiquiatra puede llevar a cabo estas tareas, no puede decirse que sólo él esté capacitado para ello. Lo que si se requiere es que quienes las lleven a cabo sean personas moral y humanamente calificadas.

El campo de la práctica profesional es amplio. Distinguir entre las tareas médicas del psiquiatra, sus funciones legales y otras tareas humanísticas, evita confusiones y establece los límites del papel del psiquiatra en la sociedad.

Es claro que un psiquiatra puede restringir su práctica profesional a campos como la paidopsiquiatría, la psiquiatría forense, la salud mental pública, la psicote-

rapia individual, familiar o en grupos, etc., pero no sin haber adquirido antes los conocimientos y la experiencia de la psiquiatría general y conocer lo que ocurre en la interioridad de las neuronas, de las personas, de las familias y de la sociedad.

¿Tienen razón de ser las disputas territoriales? En principio, cada gremio profesional tiene derecho a definir las funciones, establecer los niveles de competencia y los programas de adiestramiento de sus miembros y también su conducta ética, pero ninguna profesión tiene el derecho de atribuirse funciones y responsabilidades que corresponden a otras profesiones. En todo caso, es necesario definir de común acuerdo, cuáles son los campos propios, las imbricaciones y las áreas en las que la complementación redundará en el beneficio de los enfermos.

En años recientes han ocurrido avances tanto en las neurociencias que nos nutren, como en las formas de prestación de los servicios. Estos cambios han tenido un impacto poderoso en nuestra práctica profesional, fortalecen y acentúan nuestra identidad y nuestra función única en el campo de la salud mental.

En efecto, en las últimas décadas la psiquiatría ha experimentado avances espectaculares; la sustitución del asilo por el hospital psiquiátrico moderno; la intervención y el tratamiento oportuno y eficaz de una proporción importante de enfermos en medios extrahospitalarios, la expansión de la psicoterapia dirigida al individuo enfermo que hoy aborda también a la familia y al grupo. Por otra parte, la sociomedicina ha agregado una dimensión a la comprensión de los problemas y al tratamiento integral de los enfermos y consolida a la salud mental como tarea de salud pública.

Hace algunos años escribí –y hoy lo reitero– que el ejercicio de la psiquiatría es un privilegio que sólo debe ser puesto al alcance de quienes además de tener adiestramiento técnico e integridad personal están animados por un interés genuino en los problemas humanos.

Conclusiones

Las actitudes hostiles hacia la psiquiatría y los psiquiatras por parte de algunos sectores de la sociedad, son comprensibles pero no son aceptables porque son irracionales; tienen sus fuentes en el miedo y en ellos la ignorancia y los prejuicios sustituyen al conocimiento. Sus consecuencias son desalentar a los enfermos a buscar la ayuda profesional que necesitan, suscitan la desconfianza de los familiares y restan al médico autoridad para tomar decisiones en situaciones críticas.

Es un hecho histórico y universal que las enfermedades mentales severas recurrentes y crónicas generan problemas de abandono, de rechazo y de pobreza. En el pasado, demasiados enfermos ingresaron en las instituciones asilares, donde más que ser tratados, fueron almacenados sin recibir tratamiento, entre otras razones, porque no se contaba con ninguno.

Felipe Pinel no es sólo un símbolo de nuestros orígenes, es un iniciador cuyas acciones enmarcan el

nacimiento de la psiquiatría como ciencia y como humanismo. Con él se inicia nuestra historia de luces y de sombras, se muestran nuestros logros y nuestros intentos fallidos, los errores rectificadas y los falsos avances, pero en cada estadio se disciernen la búsqueda de la verdad y la disposición a desandar los caminos equivocados. La historia muestra que desde sus orígenes la psiquiatría ha tenido como meta el conocimiento verdadero y la liberación de los enfermos mentales del cautiverio de sus delirios, sus terrores y sus impulsos destructivos.

Para terminar, diré que hoy más que nunca es necesario que los psiquiatras tengamos advertencia cla-

ra de nuestra identidad y de la dignidad y la nobleza de nuestra profesión y también de la contribución de nuestra ciencia al conocimiento del hombre y al alivio de su sufrimiento.

Mantener nuestro compromiso de mejorar el cuidado de los más incapacitados de nuestros enfermos, desarrollar la psiquiatría en su vertiente científica y humanística en el ámbito de las escuelas de medicina, impulsar a la salud mental como un objetivo prioritario de la salud pública y contribuir al avance en el conocimiento mediante la investigación, son tareas que nos hemos asignado en virtud de nuestra identidad y nuestra vocación de servicio.

REFERENCIAS

1. APA, ECT: Task force report, 14. Washington, D.C. APA, 1978.
2. BURTI L, MOSHER L: Training psychiatrist in the community: a reporter of the Italian experience. *Am J Psychiatry*, 143(12):1580-1584, 1986.
3. CALDWELL A E: *Origins of Psychopharmacology. From CPZ to LSD* Vol. 1 p.p. 1:225, Thomas Pub. 1970.
4. BURTON R: *The anatomy of melancholy*, 3 VJM Dent & Sons Ltd., (Everyman's Library No. 866) 1932.
5. CERLETTI U, BINI L: L'elletroshock. *Arch Gen Neurol Psychiatr Psicoanal*, 19:226, 1938.
6. DUNHAM A C: APA's model law: protecting the patient's ultimate interests. *Hospital Community Psychiatry*, 36(9): 973-975, 1985.
7. EY H: *Defense et Illustration de la Psychiatrie. La Réalité de la Maladie Mentale*. Masson, Paris, 1978.
8. FOUCAULT M: *Histoire de la Folie à l'âge classique*. Plon, Paris, 1961.
9. FOUCAULT M: La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educ Med Salud*, 10(2):152-170, 1976.
10. KANTER I: Extermination camp syndrome. The delayed type of double bind transcultural study. Proc. of the IV World Congress of Psychiatry, III:1663-1665. *Excerpta Medica*, Amsterdam, 1968.
11. LAING R D: *El Yo Dividido. Un Estudio sobre la Salud y la Enfermedad*. F. González-Arámbaro (tr). Fondo de Cultura Económica, pp. 216, México, 1964.
12. ONGARO BASAGLIA F: The psychiatric reform in Italy: summing up and looking ahead. *Int J Soc Psychiatry*, 35(1):90-97, 1989.
13. PINEL Ph: *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. L. Guarnero y Alluena (tr). Imprenta Real. Madrid, 1804.
14. SZASZ T: Diagnosis are not diseases. *Lancet*, 338(8782-8783): 1574-1576, 1991.
15. SZASZ T: Psychiatry: rhetoric and reality. *Lancet*, 2 (8457):711-712, 1985.
16. von MEDUNA L J: New methods of medical treatment of schizophrenia. *Arch Neurol Psychiatr*, 35:361-363, 1936.
17. von MEDUNA L J, FRIEDMAN E: The convulsive irritative therapy of the psychoses. Survey of more than 3 000 cases. *JAMA*, 112:501-599, 1939.