

# Las rutas de la psiquiatría

CARLOS CAMPILLO-SERRANO\*

La palabra *ruta* es un galicismo<sup>1</sup> que significa camino, derrotero o itinerario, y evoca una imagen de movimiento, desarrollo y cambio. Es desde este enfoque que trataré el tema que la Academia de Medicina me ha invitado a exponer: «Las rutas de la psiquiatría». ¿Qué cambios ha sufrido la especialidad? ¿Qué caminos ha seguido? ¿Hacia dónde se dirige? Estas serán algunas de las preguntas que intentaré contestar. Sin embargo, antes de responder a dichas interrogantes, es oportuno recordar que los caminos y la rutas no se recorren a una velocidad constante ni uniforme, sino que al lado de tramos más o menos apacibles, hay otros rápidos y turbulentos. Tampoco debe olvidarse que en el curso de todo camino hay etapas que representan ciertos hitos. Son momentos que rompen la monotonía y la inercia del movimiento. Son marcas que van quedando. Algunas apenas se notan, mientras que otras no sólo dejan su huella, sino que alteran toda la ruta. Ramón de la Fuente, en un libro de reciente aparición titulado *Nuevos caminos de la Psiquiatría*<sup>2</sup> lo expresa de la siguiente manera: «El desarrollo de la psiquiatría, como el de otras ciencias, ha sido un proceso discontinuo en el cual alternan épocas quiescentes, relativamente estáticas, con otras de fermento y de cambios. Los tiempos que corren son, sin duda, una época en la cual se están removiendo obstáculos, y nuevas vistas y posibilidades han quedado al descubierto».

Desde mi punto de vista, «la remoción de obstáculos» y el «descubrimiento de nuevas vistas y posibilidades» que señala De la Fuente, son de tal magnitud, que bien pueden calificarse de revolucionarias. Una afirmación de esta índole puede sonar

sospechosa por su carácter categórico y contundente. Sin embargo, demostrarla no es tarea difícil. A aquellos que alberguen dudas, se sugiere que comparen la última edición de algún libro de texto clásico, con otra del pasado. La comparación no tiene que ser forzosamente con una edición muy vieja, basta con las de hace menos de una década. Por ejemplo, en el Freedman y Kaplan,<sup>3,4</sup> el texto psiquiátrico más importante de los Estados Unidos, las diferencias entre las ediciones de 1980 y 1989 son notables. Es como si fueran dos psiquiatrías distintas.

Considerando que la psiquiatría sufrió cambios trascendentes durante la última década, en esta presentación se hará referencia únicamente a lo que sucedió durante este periodo. En términos generales, y sin ignorar el riesgo de caer en esquemas reduccionistas, las transformaciones más importantes son: a) una mayor unidad de la especialidad tanto en sus conceptos, como en sus procedimientos, b) una definición más clara y precisa de las enfermedades mentales, c) el aumento de sus conocimientos básicos, dada su integración con las neurociencias, d) un mejoramiento en sus recursos terapéuticos, e) la vinculación con las ciencias sociales y las biológicas, f) la integración de las diferentes corrientes psicoterapéuticas, y g) el acercamiento con la medicina y la neurología.

La psiquiatría actual ha logrado una unidad que se observa tanto desde la perspectiva doctrinaria, como desde la geográfico-cultural. Por ejemplo, durante mucho tiempo se consideró que había dos tipos de psiquiatría: la organicista y la psicologista. En la primera se recetaban medicamentos, mientras que en la segunda se conversaba. También había distinciones entre psiquiatría psicoanalítica, biológica y comunitaria. Por fortuna, estas diferencias han perdido su razón de ser. Ahora no hay sino una sola psiquiatría, que integra en su seno diferentes corrientes. De acuerdo con esta posición,

Conferencia magistral presentada en la XXVIII Jornada Médica Nacional de la Academia Nacional de Medicina, el 19 de octubre de 1990. San Luis Potosí, S. L. P.

\* Académico numerario.

un psiquiatra moderno y bien formado, debe estar capacitado para diagnosticar un padecimiento mental, prescribir los psicofármacos adecuados, llevar a cabo una intervención psicoterapéutica individual, manejar atinadamente una dinámica familiar y orientar a una comunidad sobre el uso y abuso de drogas.

Sin embargo, la unidad de la psiquiatría no sólo fue en el orden conceptual y de la praxis, sino que alcanzó también a las distintas escuelas que por tradición habían permanecido apartadas. Actualmente existe un acercamiento entre las escuelas francesa, inglesa, escandinava, alemana y americana. Su posición conciliatoria contemporánea contrasta con la tendencia anterior, en la que cada una pugnaba por poseer sus propias concepciones sobre la naturaleza y el tratamiento de las enfermedades mentales. Esa situación dió por resultado diferencias irreconciliables. No obstante, el cambio ha sido de 180 grados. Ahora, lo que distingue a las distintas escuelas psiquiátricas ya no son las doctrinas, sino asuntos menores, tales como el uso de algunos métodos y procedimientos específicos. Podemos decir, en una palabra, que la psiquiatría contemporánea es más universal.

Uno de los cambios más notables en la psiquiatría moderna es su forma de concebir la enfermedad mental. Antiguamente, era tal el desconocimiento que reinaba sobre la naturaleza de esta patología, que la única manera satisfactoria de entenderla y explicarla era la elaboración de marcos teóricos especulativos. Cada una de estas teorías tenía su propia perspectiva. Así, la esquizofrenia, la depresión y el alcoholismo podían describirse por medio de concepciones psicoanalíticas, reflexológicas, conductuales o fenomenológico-existenciales, por mencionar las más comunes. Pronto se vió, sin embargo, que el número de teorías lejos de añadir conocimientos nuevos, sólo confundía aún más las cosas. La ineficacia teórica favoreció el surgimiento del empirismo, corriente que ha dominado la psiquiatría en los últimos años.

El empirismo ha tornado más científica a la psiquiatría desde varios puntos de vista. Primero, le ofreció una nueva perspectiva y le hizo compartir la modestia que distingue a las disciplinas científicas. Además, favoreció la adopción de las siguientes actitudes: a) una observación rigurosa de la realidad, b) la necesidad de cuantificar y medir lo observable, c) la posibilidad de comparar las observaciones y d) la capacidad de clasificarlas. Así pues, lo primero que se hizo fue describir los distintos síndromes psicopatológicos en forma precisa y clara. Aunque parezca sorprendente,

este acto fue un verdadero gesto de modestia científica, ya que surgió en el momento en que se aceptó el desconocimiento de la etiopatogenia de los padecimientos mentales. Por otra parte, el asumir nuevas actitudes obligó a dar la espalda a una serie de teorías que parecían de lo más prometedoras. En síntesis, la incorporación del empirismo a la psiquiatría fue el reconocimiento de su propia ignorancia.

Permitió adquirir nuevos conocimientos, sobre todo en torno a los aspectos biológicos. El rigor en la observación de los fenómenos y la necesidad de cuantificarlos condujeron a importar técnicas y procedimientos de otras disciplinas; por ejemplo, la elaboración de cuestionarios y escalas de evaluación, el uso de métodos matemáticos y estadísticos como el análisis multivariado, la utilización de técnicas de muestreo, etc. Por último, gracias al empirismo, la psiquiatría pudo acercarse con más confianza a las ciencias básicas.

Actualmente en lugar de entender la esquizofrenia como una mala integración del Yo, o el alcoholismo como una enfermedad debida a la falta de gratificaciones orales, más bien se consignan y registran los signos y síntomas de ambos padecimientos. Es preferible una descripción objetiva, a una elegante y alambicada interpretación. Las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos<sup>5</sup> y de la Organización Mundial de la Salud,<sup>6</sup> son los productos más acabados de esta tendencia y una muestra de su repercusión.

Uno de los grandes retos frente a los padecimientos mentales, es demostrar que son universales. El absceso hepático amibiano, el sarampión y el cáncer pulmonar se presentan iguales en cualquier cultura. Por eso es fácil identificarlos. Pero no sucede lo mismo con la angustia, la depresión y la esquizofrenia, padecimientos que adoptan el lenguaje del contexto sociocultural donde se expresan. Por ello, no es sencillo distinguir los elementos circunstanciales y ambientales de aquellos más esenciales. Surgen varias preguntas: ¿se trata de enfermedades que se presentan en todas las culturas o únicamente están circunscritas al mundo occidental? En caso de ser universales, ¿cuáles son sus manifestaciones básicas y cuáles las circunstanciales? La única manera de contestar estas interrogantes es mediante investigaciones transculturales. Un buen ejemplo de estos estudios es el que llevó a cabo la Organización Mundial de la Salud en relación con la esquizofrenia.<sup>7</sup> Efectuada en 13 países, demostró que se trata de una enfermedad universal y que, por lo tanto puede ser

identificada y diagnosticada en cualquier parte del mundo. Investigaciones similares se están llevando a cabo con la depresión,<sup>8</sup> la angustia,<sup>9</sup> el alcoholismo y el uso de drogas,<sup>10</sup> Estos estudios son los que prometen superar el espejismo cultural.

En las enfermedades mentales, la descripción clara y precisa de su sintomatología y la demostración de que no se trata de manifestaciones sujetas a ámbitos culturales reducidos, son las primeras condiciones para identificarlas y conocerlas. Sin embargo, todavía estamos muy lejos de llegar a un conocimiento satisfactorio. Para ello es indispensable utilizar los mismos procedimientos empleados con los padecimientos somáticos. Hay que saber como varían sus tasas de incidencia y prevalencia con respecto al sexo, edad, raza, nivel socioeconómico y medio ambiente. Hay que estudiar su historia natural, detectando la edad de presentación y forma de evolución. Hay que investigar los factores de riesgo sopesando la importancia del entorno, la constitución biológica y la carga genética. Por último, hay que buscar algunos marcadores biológicos y encontrar respuesta a diferentes tratamientos.

Los resultados han sido más que elocuentes, como muestran los siguientes ejemplos. Las características de quienes intentan suicidarse son completamente diferentes de quienes lo logran. Los primeros son casi siempre mujeres jóvenes con escasa patología mental y somática, mientras que los segundos, son varones de edad avanzada, con una salud física y mental bastante precaria.<sup>11</sup> Se han distinguido dos tipos fundamentales de depresión: la monopolar, que cursa exclusivamente con episodios depresivos alterna con períodos de exaltación. Además, ambos tipos varían en cuanto al patrón genético de transmisión, edad de inicio, distribución por sexos y respuesta al tratamiento.<sup>12</sup> En relación con la esquizofrenia, se ha demostrado que los factores constitucionales biológicos son determinantes, motivo por el que no es de extrañar que sus cifras de prevalencia sean las mismas, independientemente del medio cultural.<sup>13</sup>

Por lo que respecta al alcoholismo, estudiando el *pedigree* de hijos adoptados -técnica muy desarrollada en los países escandinavos para investigar la carga genética-,<sup>14</sup> se han logrado aislar dos tipos de cuadros: uno de aparición temprana, que se observa principalmente en hombres y de fuerte tendencia hereditaria, y otro más que se da con mayor frecuencia entre las mujeres y cuya aparición es más tardía y se vincula con mayor claridad al medio ambiente. En cuanto a los marcadores biológicos, ahora es posible precisar

con exactitud el tipo de tratamiento que debe administrarse en caso de una depresión mayor, gracias al estudio de la prolongación del tiempo de latencia del sueño MOR (fase del sueño llamada de movimientos oculares rápidos)<sup>15</sup> y a la prueba de supresión de la MHPG (Metoxihidroxifenil glicol),<sup>16</sup> el metabolito final de la norepinefrina cerebral.

Los cambios en la práctica clínica se han complementado con los avances de las neurociencias. La bioquímica, psicofarmacología, fisiología, genética e imagenología han aumentado los conocimientos sobre la enfermedad mental. Se empieza a conocer el sustrato bioquímico de los principales padecimientos. Así, se sabe que en la esquizofrenia juega un papel predominante la dopamina,<sup>17</sup> en la depresión la serotonina y la norepinefrina,<sup>18</sup> y en la demencia de Alzheimer la acetilcolina.<sup>19</sup> Gracias a las técnicas de inmunoensayo, cromatografía de masas y cultivo de tejidos, no sólo se han estudiado los neurotransmisores, sino también los receptores cerebrales,<sup>20</sup> permitiendo un entendimiento más detallado de la patogenia de los padecimientos mentales.

Pero los logros más espectaculares y prometedores se encuentran en la genética molecular y la imagenología cerebral. Los estudios de genética son un buen ejemplo de cómo la coordinación de las técnicas de investigación clínica, epidemiológica y básica pueden dar buenos resultados. En 1983 se descubrió, por primera vez en la neuropsiquiatría, la localización cromosómica del gen, responsable de la enfermedad de Huntington,<sup>21</sup> A partir de entonces hubo otros hallazgos. En 1987 se encontró en el cromosoma 21 el gen de la enfermedad de Alzheimer.<sup>22</sup> Después se localizaron dos genes más, en este caso correspondientes a la depresión bipolar: uno ligado al cromosoma 11 en el *locus* de la insulina<sup>23</sup> y otro en el cromosoma X,<sup>24</sup> en el *locus* de la ceguera de los colores y de la enfermedad con deficiencia en la deshidrogenasa glucosa 6 fosfato. Ambos descubrimientos están sujetos todavía a controversia y lejos de explicar los mecanismos íntimos de la herencia en los dos padecimientos. Sin embargo, son un paso prometedor hacia el conocimiento de la etiología de los trastornos mentales.

La imagenología cerebral permite alcanzar un viejo anhelo de la psiquiatría, consistente en analizar detalladamente las estructuras cerebrales de los enfermos mentales. La tomografía computarizada, la resonancia magnética, el mapeo de la actividad eléctrica del cerebro y la tomografía por emisión de positrones, son técnicas no invasivas, sin ningún riesgo para el pacien-

te, que continuamente se perfeccionan y hacen posible ver el cerebro en forma por demás minuciosa. Sus logros ya se han dejado sentir. En la esquizofrenia, por ejemplo, se ha demostrado una atrofia de la corteza cerebral y un alargamiento de los ventrículos laterales, así como una alteración cuantitativa de los receptores dopaminérgicos.<sup>25</sup> En los pacientes con enfermedad de Alzheimer hay una disminución del metabolismo cerebral, sobre todo en los lóbulos parietales.<sup>26</sup> En los que sufren de depresión bipolar se ha observado un aumento del metabolismo cerebral en el momento que pasan de un cuadro depresivo a un estado eufórico o maniaco.<sup>27</sup> En los ataques de pánico recurrentes se ha demostrado un metabolismo asimétrico en las regiones del hipocampo.<sup>28</sup> Actualmente nadie duda que estas técnicas van a permitir conocer más a fondo las alteraciones psiquiátricas, así como establecer mejores tratamientos y evaluaciones clínicas.

A partir del advenimiento de los psicofármacos en la década de los cincuenta, la terapia psiquiátrica empezó a florecer, según lo demuestra la ocupación decreciente de los hospitales para enfermos mentales. Antes de esa fecha, la mayor parte de las camas de hospital en los Estados Unidos, eran de pacientes psiquiátricos.<sup>29</sup> Ahora la proporción es mucho menor. Gracias a los nuevos fármacos, un alto porcentaje de enfermos esquizofrénicos puede vivir en su casa y los pacientes con depresión mayor tienen una probabilidad de 75 por ciento de tratarse con éxito en un plazo no mayor de seis semanas.<sup>30</sup> La misma proporción se observa en los casos de crisis de ansiedad.<sup>31</sup> Las probabilidades de recurrencia en los enfermos con depresión bipolar han disminuido considerablemente con la introducción del carbonato de litio.<sup>32</sup> Más de 90 por ciento de los insomnias pueden tratarse con buen éxito.<sup>33</sup> Han mejorado considerablemente las posibilidades de manejar a los pacientes agitados en los hospitales generales.<sup>34</sup>

Si bien es cierto que los recursos de la terapia psiquiátrica pueden competir con los de cualquier otra especialidad, también lo es que han aumentado sus complicaciones, sus efectos colaterales y su iatrogenia, como lo ilustran el síndrome maligno por neurolepticos y la disquinesia tardía. Esto obliga a que el entrenamiento del psiquiatra contemporáneo sea más exigente con el diagnóstico, la evaluación clínica, el manejo de las nuevas drogas y la manera de observar la evolución de la enfermedad. A mayores posibilidades terapéuticas, mayores responsabilidades.

La psiquiatría siempre ha estado colocada entre

las ciencias sociales y las básicas. Esto le ha permitido servir de interlocutora entre ambas. En los últimos años, este papel se ha incrementado. No es fortuito que en las escuelas de medicina los departamentos de sociología y antropología médicas y de ciencias del comportamiento tuvieran su origen inicialmente dentro de los departamentos de psiquiatría.<sup>35</sup> En nuestro medio, la materia llamada psicología médica cumple esa función.<sup>36</sup> Por tal motivo, los tratamientos biológicos de la esquizofrenia, las demencias y el alcoholismo corren al parejo con los tratamientos psicológicos y sociales. Si en toda terapia médica hay que considerar los aspectos psicosociales, en los psiquiátricos adquieren especial relevancia. Por eso han surgido los movimientos de la psiquiatría comunitaria.

En el campo de la investigación, la posición puente de la psiquiatría ha permitido que los métodos de la genética de poblaciones se unan a los de la molecular, tal como lo muestran los estudios de la depresión y el alcoholismo.<sup>37</sup> En el caso de abuso de drogas, dicha posición abrió las puertas al descubrimiento de los opiáceos endógenos.<sup>38</sup> Así pues, el lugar que ocupa la psiquiatría le da oportunidad de contemplar los fenómenos tanto desde la perspectiva de la biología básica, como de las ciencias sociales.

La psiquiatría fue la primera disciplina que utilizó los métodos psicológicos como herramienta terapéutica. Recuérdese que el psicoanálisis se originó en su seno. Fue tan fuerte la influencia de éste, sobre todo en los Estados Unidos, que todavía hasta la fecha para muchos no hay diferencia entre la psiquiatría y el psicoanálisis. En la actualidad, sin embargo, ambas disciplinas se encuentran bastante distanciadas. La psiquiatría permanece como parte de la medicina, mientras que el psicoanálisis ya abandonó sus pretensiones terapéuticas, sobre todo vistas desde una perspectiva médica, para convertirse en una técnica y una visión del mundo al servicio de la investigación antropológica y el desarrollo individual del hombre. Sin embargo, a pesar de este distanciamiento, sería muy injusto considerar que la influencia del psicoanálisis haya sido negativa para la psiquiatría. Gracias a él, la psiquiatría tuvo un marco conceptual más rico que el que entonces le brindaba el positivismo médico prevaleciente. En general, el psicoanálisis permitió entender la relación médico-paciente, ver con mayor lucidez la manera de incidir en los enfermos, aceptar los aspectos irracionales del hombre, comprender sus contradicciones y ahondar en el poder curativo que pueden ejercer la confianza y la comunicación.<sup>39</sup>

Por otro lado, la psicoterapia es una de las actividades profesionales que más cambios ha sufrido en los últimos años. Las distintas escuelas han proliferado en forma exponencial. Las hay de tipo psicoanalítico ortodoxo, las del ego, las del aprendizaje, las racionales, etc. También hay terapias individuales, de grupo, de pareja y familiares. Los terapeutas son de la más diversa formación. Van desde médicos, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, enfermeras, abogados, arquitectos y gente de buena voluntad. De hecho, la situación se ha vuelto casi caótica, corriéndose el riesgo de perder los aspectos positivos de un movimiento tan abigarrado.

De todas las especialidades médicas, la única capaz de absorber y aprovechar la fuerza de este proceso es la psiquiatría, gracias a su experiencia con el psicoanálisis, a su posición puente entre la biología, la psicología y las otras ciencias sociales, y al marco teórico conceptual que comparte con la medicina. Su labor en los últimos años ha sido integrar las diferentes terapias.<sup>40</sup>

En nuestro medio, una muestra de esta tendencia integradora es la maestría en psicoterapia médica de la Facultad Nacional de Medicina, cuyo objetivo final es capacitar a los alumnos en el manejo de las principales técnicas psicoterapéuticas.<sup>41</sup> Dicha maestría contempla las distintas psicoterapias, de la misma manera que la medicina contempla los distintos métodos de tratamiento. Es decir, cada tratamiento tiene sus indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales, grado de eficacia y tiempo de aplicación. No hay ningún tratamiento, en términos absolutos, que sea superior a otro, ni que sea útil en todo tipo de patología. Con este mismo enfoque se abordan las diversas técnicas psicoterapéuticas. Ninguna de ellas es panacea; todas dan buenos resultados cuando su indicación es correcta. En este sentido, la terapia conductual es efectiva en el manejo de las fobias y los trastornos de la alimentación como la bulimia y la anorexia nerviosa. El «*biofeedback*», en cambio, es un buen recurso para las cefaleas tensionales. Por su parte las terapias cognoscitivas arrojan resultados satisfactorios en los cuadros depresivos crónicos, sobre todo cuando se combinan con medicamentos. Las terapias de familia son útiles para resolver problemas de conducta en niños y adolescentes, y las de pareja ayudan en las disfunciones sexuales.

Uno de los cambios recientes más positivos y prometedores de la psiquiatría ha sido su acercamiento a la medicina y la neurología, de las que por años se mantuvo alejada, por motivos. El encuentro ha

beneficiado a todas las partes. A la psiquiatría le ha dado más fuerza y posibilidades de desarrollo, y a la medicina le ha brindado sensibilidad en el tratamiento de la patología psiquiátrica, que no obstante su alta prevalencia había sido descuidada. Algunos estudios muestran, por ejemplo, que entre veinte y treinta por ciento de los enfermos que acuden al médico familiar sufren de alguna alteración emocional lo suficientemente grave como para consultar a un especialista.<sup>42</sup> La mayoría de ellos no son diagnosticados y menos tratados. Otras encuestas han descubierto que alrededor de veinte por ciento de los enfermos internados están tomando algún tipo de psicotrópico que las más de las veces no se justifica.<sup>43</sup> En conclusión, el médico no psiquiatra está más en contacto con el enfermo mental que el propio especialista.

La psiquiatría también le ha dado a la medicina la oportunidad de atender otros aspectos hasta ahora relegados, tales son los casos del tratamiento del dolor crónico en clínicas especializadas, del manejo de las adicciones y los trastornos de la alimentación, y de la atención a los enfermos cancerosos en fases terminales. Actualmente, estos programas se llevan a cabo en forma autónoma en la mayoría de los hospitales generales de enseñanza, pero no hay que olvidar que todos ellos se inician dentro de los servicios de psiquiatría, para luego desarrollarse por su cuenta.<sup>44</sup>

Las relaciones entre la psiquiatría y la neurología siempre han sido difíciles. Al principio ésta jugó el papel de mentora, por ser la especialidad más desarrollada; era entonces como la hermana mayor. Después hubo casi un divorcio y ahora ambas han vuelto a acercarse aunque, a mi juicio, en igualdad de circunstancias. Las fronteras entre las dos son cada vez más extensas y menos precisas. El tratamiento de los cuadros demenciales, de algunos tumores cerebrales, de las secuelas de los accidentes vasculares, de los traumatismos craneoencefálicos con alteraciones de personalidad, de las encefalopatías orgánicas, de las cefaleas, de las epilepsias y del mal de parkinson, si se desea manejar de manera integral, requiere de la competencia de las dos disciplinas.<sup>45</sup>

Hasta ahora me he referido casi exclusivamente a los logros de mi especialidad. He señalado sus avances y mencionado los cambios que han contribuido a su desarrollo. No se me escapa el hecho de que en mi exposición han prevalecido el optimismo y el entusiasmo. Alguien podría advertir un cierto tono triunfalista y quizá tenga razón. Por lo tanto, creo pertinente dar algunas explicaciones. La psiquiatría es una de

las especialidades médicas que menos se había desarrollado. Durante mucho tiempo sufrí del nihilismo terapéutico, de falta de sustentación científica y de un lenguaje extraño al resto de la medicina. Esto se tradujo en su marginación y falta de credibilidad. En el curso de mi vida profesional he sido testigo de cómo esta situación se ha ido transformando. La experiencia de vivir el cambio día tras día, de constatarlo en el quehacer clínico diario y de comentarlo con mis alumnos y colegas en las aulas, difícilmente podría generar en mí una actitud de fría ponderación.

Ya que desarrollo mi actividad cotidiana en un hospital general, constantemente padezco la desconfianza y reserva de algunos compañeros médicos. Quizás todo mueve en mí inconscientemente viejas rivalidades fraternas, gestadas durante mi infancia, que ahora me obligan a proclamar en tono victorioso mis modestos desempeños. Al margen de estas confidencias, espero que la fuerza de las emociones no empañe mi vista y me impida ver lo que falta por hacer, lo que no está marchando y lo que puede enmendarse.

El progreso de la psiquiatría no es el resultado de una acción generada exclusivamente dentro de la misma especialidad, sino que más bien obedece a las fuerzas que estimulan el avance de la medicina y de la ciencia. Por lo tanto, su destino corre paralelo al de estas. No obstante, el compartir un destino común no exime a la psiquiatría de la responsabilidad de buscar su propio desarrollo. En este sentido es fundamental una actitud de autocrítica y de búsqueda activa.

De acuerdo con esta posición, es importante señalar que a pesar de los logros del empirismo psiquiátrico, aún estamos muy lejos de conocer en esencia la patología mental. Se ha logrado identificar e individualizar algunos padecimientos, pero se sigue ignorando la etiología de la mayor parte de ellos. Existen tratamientos más efectivos, pero muchas enfermedades permanecen sin contar con buenos remedios y se desconocen los mecanismos de acción de la mayoría de los métodos terapéuticos. Surge como una nueva amenaza la iatrogenia, de la que se han descrito varios cuadros y que seguramente aumentará.

Parece que ha llegado a su límite el énfasis puesto en la nomenclatura y descripción de los cuadros clínicos utilizando las últimas técnicas de la ciencia. A veces da la impresión de que se llegó a un callejón sin salida. Lo mismo puede decirse del establecimiento de correlaciones entre alguna disfunción biológica cerebral y una manifestación psicopatológica. Aunque se sabe que en la demencia y la esquizofrenia los sínto-

mas son resultados de alteraciones funcionales del sistema nervioso central, se desconoce por completo el mecanismo de esa conexión.

El empirismo ha dado vida a la psiquiatría y es el responsable de sus mayores progresos. Sin embargo, su carencia de un sistema axiológico y de una concepción holística, debe alertarnos del riesgo neopositivista, cuyas funestas consecuencias bien conocemos.

El acercamiento entre la psiquiatría y la medicina, dista de ser satisfactorio. Hace falta más comunicación y más contacto. La psiquiatría debe buscar una relación más íntima con la medicina, sin descuidar su trato con la psicología, sociología y antropología. Si quiere continuar desempeñando su papel de interlocutora, tiene la obligación de guardar un delicado equilibrio entre estas corrientes.

Sin la pretensión de ser agorero, sino simplemente intérprete de las huellas que ha dejado el desarrollo de la psiquiatría en los últimos años, es posible prever algunos de sus rumbos futuros. El incremento en el número de los tratamientos biológicos redundará en esquemas terapéuticos más específicos y selectivos, así como en una mayor fragmentación de los padecimientos mentales clásicos. Seguramente se describirán algunos nuevos subtipos de esquizofrenia, depresión y alcoholismo. Los métodos de diagnóstico y de evaluación clínica serán más refinados y sensibles para registrar los cambios.

Con toda seguridad, habrá patologías nuevas. Para enfrentarlas se tendrán que diseñar estrategias inéditas, tal como sucedió con el SIDA, cuyos primeros casos tomaron por sorpresa a la especialidad. Era la primera vez en que una enfermedad con sintomatología psiquiátrica se manifestaba desde muy diversas perspectivas. El primer problema lo presentaron los individuos que padecen la enfermedad que, como ya se sabe, en su gran mayoría pertenecen a grupos minoritarios de la población, a veces difíciles de abordar. Después fueron las características de la enfermedad misma, padecimiento crónico, mortal, fuertemente estigmatizado, que genera reacciones intensas de estrés. El propio virus infectante que no nada más altera el sistema inmune, sino que tiene propiedades neurotóxicas que ocasionan síntomas demenciales.<sup>46</sup>

En el futuro al lado del incremento de los tratamientos biológicos, habrá una mayor proliferación de las psicoterapias, que tenderán a ser más selectivas y específicas. Las fronteras entre la psiquiatría y la neurología serán cada vez menos precisas. La demanda de conocimientos y tareas contribuirá al surgimien-

to de subespecialidades. La población que acuda a consulta con el psiquiatra se polarizará con respecto a la gravedad de la sintomatología. Así, el psiquiatra atenderá tanto a los enfermos más graves, como a aquellos cuyas molestias apenas colindan con la enfermedad. Habrá, por ejemplo, pacientes que sólo quieren incrementar su memoria, su vigor físico o mental, o simplemente mejorar sus capacidades para contender con las exigencias de la vida.

La medicina es una profesión cuya misión principal es velar por la salud del hombre; del hombre como totalidad, como unidad mente-cuerpo. Sin embargo, las diferentes disciplinas médicas concentran su interés en fragmentos de esa unidad. Por ejemplo, la gastroenterología en el aparato digestivo o la cardiología en el sistema circulatorio. La psiquiatría es la única que se ocupa en lo fundamental de la mente del hombre, su parte más delicada y noble, la que alberga las funciones esencialmente humanas. Ella es el recipiente de los sentimientos, de las ideas, del sentido del Yo, de la individualidad, del modo de ser. En ella se manifiestan el miedo, la insatisfacción, el aburrimiento, la ambición, los celos y la desconfianza; pero también la alegría, el placer, el gusto y el amor. La enfermedad mental, por tanto, rompe el equilibrio de la parte más humana del hombre. Corresponde a la psiquiatría restituir ese equilibrio. Para esta tarea cuenta con el conocimiento, cada vez más íntimo, de los mecanismos cerebrales, así como de agentes que modifican las funciones mentales de manera cada vez más potente. Nunca antes había tenido esta especialidad tantas posibilidades de influir sobre la mente. Sin duda, su capacidad terapéutica se acrecienta; sin embargo, lo mismo sucede con sus riesgos, peligros y responsabilidad. Ahora no nada más está capacitada para devolver la armonía que rompe la enfermedad mental, sino también puede ocasionar desequilibrios propios, e incluso la sustitución de uno por otro. El poder de la psiquiatría ha crecido notablemente, por ello se corre el riesgo de abusos y desviaciones. La manera de evitarlos es manteniendo una actitud de constante vigilancia y la convicción tenaz de que el hombre es la medida de todas las cosas y la esencia misma de la medicina.

## Referencias

- Pequeño Diccionario Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse. México, 1988: 916.
- Fuente de la Ramón. Nuevos Caminos de la Psiquiatría. El Colegio Nacional y F. C. E. México 1990: 17.
- Kaplan HI, Freedman AM, y Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Third Edition. Williams & Wilkins 1980.
- Kaplan Hly Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V. Williams & Wilkins 1989.
- American Psychiatry Association. DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised). American Psychiatry Association. Washington 1987.
- World Health Organization. ICD-10, 1990 Draft of Chapter V. Categories F00-F99. Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and Diagnostic Guidelines. World Health Organization Geneva 1990.
- World Health Organization. Report on the International Pilot Study of Schizophrenia. World Health Organization. Geneva 1973.
- World Health Organization. Report on the WHO Collaborative Study of Statistical Assessment of Depressive Disorders. World Health Organization. Geneva 1983.
- Von Korff M, Eaton W, Keyd P. The epidemiology of panic attacks and panic disorder. Am J Epidemiol 1985; 122: 970-981.
- World Health Organization. Who-Adamha Program on Classification and Diagnosis. Task Force on Alcohol and Drug Related Disorders. Geneva 1987.
- Diekstra RFM. Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends, with special emphasis upon trns among young. Suicide and Life-Threatening Behavior 1985; 15: 27-42.
- Keller MB, Klerman GL, Lavori PW et al. Long-term outcome of episodes of major depression. JAMA 1984; 252: 788.
- Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia. Epidemiol. Rev. 1985; 7: 105.
- Bohman M, Cloninger R, Sigvardsson S et al. The genetics of alcoholisms and Related Disorders. J Psychiat Res 1987; 21: 447.
- Kupfer DJ, Spiker DG, Coble PA et al. Sleep and treatment prediction in endogenous depression. Am J Psychiatry 1981; 138: 429.
- Hallbreich U, Sharpless N, Asnis GM et al. Afternoon Continuous Plasma Levels of 3-Methoxy-4-Hydroxyphenyl-glycol and age: Distinctive Biologic Subgroups of Endogenous Depression? Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 804.
- Carlsson A. The current status of the dopamine hypothesis of schizophrenia. Neuropsychopharmacology 1988; 1: 179.
- Schatzberg AF, Samson JA, Bloomingdale KL et al. Toward a biochemical classification of depressive disorders. X: Urinary catecholamines, their metabolites and D-type scores in subgroups of depressive disorders. Arch Gen Psychiatry, 1989.
- Hardy J. Molecular biology and Alzheimer's disease. Trends Neurosci 1988; 11: 293.
- Waddington JL. Sight and insight: brain dopamine receptor occupancy by neuroleptics visualized in living schizophrenic patients by positron emission tomography. Br J Psychiatry 1989; 154: 433.
- Gusella JF, Wexler NS, Conneally PM et al. A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease. Nature 1983; 306: 234.
- ST George-Hyslop PH, Tanzi RE, Polinsky RJ et al. The genetic defect causing familial Alzheimer's disease maps on chromosome 21. Science 1987; 235: 885.
- Egeland JA, Gerhard DS, Paul DL et al. Bipolar affective disorders linked to DNA markers on chromosome 11. Nature 1987; 325: 783.
- Baron M, Risch N, Hamburger R et al. Genetic linkage between X-chromosome markers and bipolar affective illness. Nature

- 1987; 326: 289.
25. Kerwin RW. How do the neuropathologic changes of schizophrenia relate to pre-existing neurotransmitter and etiological hypothesis? *Psychol Med* 1989; 19: 563.
  26. Brown GG, Levine SR, Gorel JM et al. In vivo 31P NMR profiles of Alzheimer's disease and multiple subcortical infarct dementia. *Neurology* 1989; 39: 1423.
  27. Post RM, Delisi LE, Holcomb HH et al. Glucose utilization in the temporal cortex of affectively ill patients: positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 1987; 22: 545.
  28. Reiman EM. The study of panic disorder using positron emission tomography. *Psychiatr Dev* 1987; 5: 63.
  29. Mandenschheid RW and Barret SA. Mental Health United states, DHS Pub No (ADM). US Government Printing Office. Washington. DC. 1987; 87: 1518.
  30. Baldessarini RJ. Chemotherapy in psychiatry. Harvard University Press. Cambridge MA 1985.
  31. Gorman JM, Liebowitz MR, Klein DF. Panic disorders and agoraphobia. In *Current Concepts*. Upjohn Co. 1984.
  32. Prien RF. NIMH report. Five-center study clarifies use of lithium, imipramine for recurrent affective disorders. *Hosp Comm Psychiat* 1984; 145: 543.
  33. Weitzman ED. Sleep and its disorders. *Ann Rev Neurosci* 1981; 4: 381.
  34. Sos J, Cassem NH. Intravenous use of haldoperidol for acute delirium in intensive care unit setting, in Spicel H, Rodwald G (eds): *Psychic and Neurological Dysfunction after Open Heart Surgery*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1980: 196.
  35. Aiken LH, Mechanic D. Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy. Rutgers University Press. New Brunswick, NJ 1986.
  36. Fuente de la R, Campillo-Serrano C. Nuevos enfoques en la enseñanza de la psiquiatría. *Rev. Psiquiatría* 1976; 1: 19.
  37. Gershon ES, Merril CR, Goldin LR et al. The role of molecular genetics in psychiatry. *Biol. Psychiatry* 1987; 22: 1388.
  38. Contreras PC, Dimaggio DA, D'Onofre TL. An endogenous ligand for the sigma opioid binding site. *Synapse* 1987; 1: 57.
  39. Fuente de la R. La psicoterapia en la medicina. Cuadernos de psicología médica y psiquiatría. Departamento de psiquiatría y salud mental. Fac. Nac. de Med. UNAM. 1983.
  40. Fuente de la R. Unidad y diversidad de las influencias psicoterapéuticas. Cuadernos de psicología médica y psiquiatría. Departamento de psiquiatría y salud mental. Fac. Nac. de Med. UNAM. 1983.
  41. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Programa de la maestría en psicoterapia médica. Facultad Nacional de Medicina. UNAM 1971.
  42. Campillo-Serrano C. La práctica psiquiátrica en un hospital general. *Gaceta Médica de México* 1981; 117: 283.
  43. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Campillo-Serrano C. Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Pública de Mex* 1984; 26: 138.
  44. Hacket TP. Binnings. Consultation Psychiatry in General Hospital. En Hacket T P & Cassem N (eds) *Handbook of General Hospital Psychiatry*. 2 ed PSG Publishing Company, Inc. Littleton MA. 1987; 1.
  45. Silver JM, Hales RE, Yudofsky SC. Psychiatry Consultation to Neurology. En Tasman A, Goldfinger SM, Kaufmann CA. *Review of Psychiatry Vol 9*. American Psychiatric Press Washington 1990; 443.
  46. Fernández F, Levy JK. Psychiatric Diagnosis and Pharmacotherapy of Patients with HIV Infection. En Tasman A, Goldfinger SM, Kaufman CA. *Review of Psychiatry Vol 9*. American Psychiatric Press Washington 1990; 614.

