



Alfred Freedman

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Alfred Freedman: El abordaje clínico en la psiquiatría norteamericana, 30 años después

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i162.508>



Alfred Mordecai Freedman (1917-2011) nació en Albany, capital del estado de Nueva York, y se graduó como médico en la Universidad de Minnesota en 1941; se alistó en el ejército y se retiró con el grado de Mayor al finalizar la guerra en 1945. Orientó entonces su formación hacia la neuropsicología y la psiquiatría infantil, llegando a ser Jefe del Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Universidad del Estado de Nueva York. Pasó luego a dirigir el Departamento de Psiquiatría del New York Medical College, donde desarrolló dispositivos de atención centrados en aspectos psicosociales y modelos éticos de cuidado de pacientes. En 1967 publicó la primera edición de su famoso *Tratado de Psiquiatría* en colaboración con Harold Kaplan. Fue presidente de la American Psychiatric Association durante el año 1973, año en que consiguió que la homosexualidad fuera retirada de las clasificaciones de patología psiquiátrica en EEUU; durante el año de su presidencia también denunció los dispositivos psiquiátricos utilizados con los disidentes políticos en la URSS y consiguió formar una comisión de psiquiatras norteamericanos para que se comunicaran con colegas rusos y visitaran centros de internación psiquiátrica en ese país.

El compromiso ético con el abordaje psiquiátrico fue un hilo directriz en la atención y la enseñanza psiquiátrica a lo largo de toda su extensa carrera.

La psiquiatría norteamericana y la especificidad del abordaje clínico

En 1992 se publica en Francia una pequeña colección de trabajos dedicados al abordaje clínico en psiquiatría que consta de tres tomos, editados bajo la dirección de P. Pichot y W. Rein (*L'approche clinique en psychiatrie*, Les empecheurs de penser en rond, París, 1992); el tercer tomo cierra con el artículo que hoy presentamos a nuestros lectores titulado "La psiquiatría norteamericana y la especificidad del abordaje clínico", en el cual Alfred Freedman hace gala de un sólido pensamiento crítico pero integrativo de los avatares de la psiquiatría en su país, delineando la variedad de discursos filosóficos, sociales, médicos y educativos que se congregan para organizar la trama por donde circula la producción psiquiátrica norteamericana. Nos parece pertinente volver sobre esta lectura por dos motivos: por un lado, la prosa amena y erudita de su autor se disfruta en los tiempos actuales de marcada pobreza discursiva, y, por otro lado, pinta una instantánea de la psiquiatría norteamericana en los momentos de inicio de la globalización de su propuesta.

La psiquiatría norteamericana y la especificidad del abordaje clínico¹

Alfred M. Freedman

Si bien las psiquiatrías francesa y norteamericana ofrecen numerosas similitudes, presentan también diferencias, en particular en la especificidad del abordaje clínico. El abordaje clínico representa una larga tradición de la medicina y de la psiquiatría francesas. Se origina en el Tratado de Esquirol de 1838, y siempre tuvo feroces defensores. Por regla general, la escuela francesa parece insistir más en la observación y la descripción al tiempo que minimiza o deja a un lado otros abordajes. Para el profesor Pichot, “este abordaje fue esbozado admirablemente por Esquirol en el prefacio de su Tratado”, que cita en estos términos: “El trabajo que ofrezco al público es el resultado de cuarenta años de estudios y *de observaciones*. He observado los síntomas de la locura; estudié las maneras, los hábitos y las necesidades de los locos, y (...) los informo tal como los vi; muy pocas veces traté de explicarlos y nunca me detuve ante los sistemas que me parecieron más seductores por su brillo que útiles en sus aplicaciones”. Hete aquí que se opone a otros abordajes como la interpretación de los síntomas en psicoanálisis, el recurso a los métodos epidemiológicos, la cuantificación a partir de escalas de apreciación, o los abordajes biológicos y sociales que adoptan, en diversos grados, los psiquiatras del mundo. Parece que en Francia hubo conflicto entre diferentes abordajes, “lo que llevó a ciertos psiquiatras a proclamar que el abordaje clínico tradicional constituye la única base sólida de la medicina psiquiátrica”.

Este tipo de declaración, que favorece una escuela particular, no es la tendencia prevalente en la psiquiatría norteamericana actual, que pone más bien el acento en la síntesis y el abordaje integrador. La tendencia en los EE. UU. es reconocer la contribución de otros abordajes, para luego minimizarlos. En consecuencia, un psiquiatra que optó por el abordaje biológico afirmará que la varianza en psiquiatría se debe a un 80% de factores biológicos, mientras que un psicoterapeuta sostendrá con idéntica determinación que el 78% de la contribución a esta varianza se debe a factores sociales y ambientales, sin dejar de concluir con la clásica fórmula: “mi trabajo tratará entonces este aspecto”. Pero por regla general, se acepta que existen otros factores o contribuciones de otras escuelas de pensamiento,

que se deben reconocer e incorporar en todo juicio que pretenda ser definitivo.

Sería falso pretender que reina una gran armonía entre las diferentes escuelas de psiquiatría. Si la tendencia es integrar, y si se publica regularmente en la prensa psiquiátrica norteamericana artículos que pregonan la unificación de los conceptos, sucede, a pesar de todo, que luego estallan discusiones que muestran la magnitud del disenso. El caso Osheroff ilustra perfectamente que no todo es color de rosa y que siempre hay espacio para vivos altercados. El doctor Osheroff era un paciente del Chestnut Lodge Hospital, un hospital de Maryland conocido por su abordaje psicoanalítico, perfeccionado por ex miembros de su equipo tales como Frieda Fromm-Reichman. El doctor Osheroff, que padecía una grave depresión, era tratado con métodos de tipo analítico, desde hacía seis meses, sin mejoría alguna. Se lo transfirió entonces a otro hospital donde fue tratado con agentes psicofarmacológicos antidepresivos y se curó rápidamente. El doctor Osheroff demandó entonces al Chestnut Lodge por mala praxis y recibió 250.000 U\$S por daños e intereses. El hospital apeló, pero antes de la fecha del nuevo juicio el caso fue retirado de los tribunales por una cifra desconocida. Este episodio se siguió de una áspera controversia marcada por numerosos intercambios de correspondencia y de artículos, en especial entre Gerald Klerman y el profesor Alan Stone. Klerman sostenía que todo aquél que no tratara una depresión grave con un antidepresivo cometía mala praxis. Por su lado, Stone utilizó el enfoque legalista (es profesor de psiquiatría legal en Harvard y es un famoso psicoanalista) afirmando que todo método utilizado por una minoría significativa de médicos es aceptable, y que el que practica tales métodos no es culpable de mala praxis. Discutieron también sobre los resultados de la psicofarmacología, opuestos a los de los abordajes psicoterapéuticos. Este caso ilustra a la vez la creciente tendencia hacia la integración, pero también las diferencias de abordajes que persisten en los EE. UU. Es bueno precisar que en la época en que el profesor Klerman se embarcó en esta controversia, publicó numerosos artículos y un libro sobre el tratamiento combinado de la depresión a través de la psicoterapia y la psicofarmacología.

1. Tomado de *El abordaje clínico en psiquiatría*, 1ra. Ed. (castellano), Polemos, Bs. As., 1995. Tomo 3, pp. 175-187.

La psiquiatría norteamericana se ve influida por ciertos rasgos históricos básicos que modelan la vida política, social, económica e intelectual de Norteamérica. Los rasgos más pertinentes para esta discusión son el pluralismo, el pragmatismo, el perseguir objetivos a corto plazo, y la veneración del cambio. El efecto general es minimizar el papel y la aplicación del abordaje clínico específico concebido por Esquirol, aunque conserva un lugar de primer plano en la formación, sino en la práctica. Los programas de formación insisten más o menos en la importancia de la observación y de la descripción durante el examen clínico, aun si esto termina por ser a menudo letra muerta. Es verdad, la mayoría de los manuales le dedican un lugar importante, pero los estudiantes no retienen gran cosa. El examen psiquiátrico del *American Board of Psychiatry and Neurology* ilustra bien este estado de cosas. Después de examinar el candidato a un paciente durante media hora, se le pregunta qué ha visto y oído, y muy a menudo la respuesta es: “se trata de un caso muy claro de bloqueo en la fase edípica”, o “es un bipolar en la fase maníaca y le hace falta litio”. Con frecuencia es una difícil tarea sonsacarle al candidato lo que realmente vio u oyó.

¿Cómo explicar a la vez este interés tan activo para con los numerosos abordajes psiquiátricos y la falta de atención respecto del abordaje clínico específico? El pluralismo se inscribe en la constitución norteamericana y ejerce su influencia en todos los ámbitos. Las comunidades norteamericanas están constituidas por una multitud de estructuras gubernamentales y de grupos privados que poseen cada uno su propia esfera de influencia, y a veces cooperan y a veces se oponen. Asimismo, en psiquiatría todos los abordajes están presentes y actúan a menudo en cooperación, pero como en el caso Osheroff, pueden comenzar disputas partidarias. Además, a menudo hallamos una mezcla de abordajes diferentes en un mismo psiquiatra. Por ejemplo, algunos de nuestros investigadores en psiquiatría biológica o en biología molecular han recibido una formación psicoanalítica y practican el psicoanálisis complementando así su salario de investigador. En los años 50 a 60, existía una verdadera competencia, pero como ya dijéramos, la tendencia actual es más bien la síntesis y la integración.

¿Cómo explicar que en semejante abundancia de abordajes diferentes, cuya cercanía y cooperación llevan a veces a un refuerzo mutuo, el abordaje clínico específico siga siendo tan minoritario? He aquí otro rasgo distintivo de la vida norteamericana, profunda-

mente enraizado en nuestro desarrollo histórico, a saber: el papel del pragmatismo. A los norteamericanos les atrae aquello que funciona, pero no se interesan forzosamente en la teoría que explica por qué un método resulta eficaz. Este punto fue bien evidenciado por William James, el eminente psicólogo norteamericano que, a comienzos de siglo, ya subrayaba que el pragmatismo venía de una percepción de la verdad que se apoya en la verificación por la experiencia. Por lo tanto, a lo largo de la historia de la psiquiatría norteamericana, el tratamiento fue la actividad más seductora y más gratificante. Si bien también Freud atrajo a los psiquiatras y los neurólogos norteamericanos, no fue tanto por sus teorías en sí mismas sino porque ofrecía un método -el psicoanálisis- que funcionaba, según él al menos. Parece que este punto de sus conferencias en la Clark University en 1909 fue el mayor impacto. Este pragmatismo contribuyó fuertemente a la amplia difusión de Freud en los EE. UU. La Asociación norteamericana de Psicoanálisis se fundó en 1911 y ya contaba 23 miembros en 1914. Se trataba, en su mayor parte, de médicos de élite bien ubicados como para promover la difusión de los conceptos freudianos en la profesión médica y en el público. Algunos de sus primeros miembros, como por ejemplo James Jackson Putnam, eran también neurólogos, y habían aportado su contribución a la literatura sobre la neurastenia. Esta, tal como la describía George M. Beard en el siglo XIX, recorrió los EE. UU. no sólo como diagnóstico para casi todas las quejas de los pacientes que pasaban por el consultorio del médico, sino también como una vasta panoplia de tratamientos, “que garantizaban” la cura. El más conocido, el que tuvo el mayor impacto internacional, fue la “cura de reposo” de S. Weir Mitchell.

Durante muchos años, la clasificación fue tenida en baja estima, sino totalmente ignorada por los psiquiatras norteamericanos. El uso indiscriminado del término de neurastenia no molestaba a nadie. Lo único que importaba era el tratamiento. El eminente Karl Menninger planteó en 1963 el concepto de que no existía más que una sola enfermedad mental, y que por ende no había ninguna necesidad de tener una clasificación de los trastornos mentales. Sin embargo, en los años 80, con la aparición del DSM III y del DSM III R, la psiquiatría norteamericana ubicaba la clasificación a la cabeza de sus preocupaciones y se tornaba líder de las clasificaciones mundiales. Nuevamente, fue el pragmatismo lo que estimuló el campo de las investigaciones. En los EE. UU., el gobierno aseguró, por primera vez, la tercera parte del presupuesto para

los gastos de salud en los años 60, pero poco a poco se volvió la forma más común de pago, ya fuera pagado por el gobierno, ya por compañías de seguro privadas. El reembolso exige un diagnóstico específico y supone que se puede verificar, en un tercio, la validez y la precisión del diagnóstico. Estos controles pueden acarrear la anulación del reembolso o demandas por fraude. Otro elemento importante fue el desarrollo continuo de la psicofarmacología, en particular en los años 60 y 70. El uso de agentes psicofarmacológicos requería un diagnóstico cuidadoso, no sólo para brindar un tratamiento apropiado, sino también para hacer posibles los ensayos terapéuticos nacionales y mundiales. A propósito del DSM III y de su reciente modificación, el DSM III R, es menester mencionar otro rasgo típico norteamericano, a saber: la veneración por el cambio. Hay una constante búsqueda de cambio, y una vez que se lo acepta, se lo lleva a su paroxismo. Para un psiquiatra norteamericano pragmático el diagnóstico es importante y el tratamiento es una necesidad. El período de observación y de descripción intensivas que demanda el abordaje clínico específico tomaría mucho tiempo y no aportaría una gratificación financiera. El DSM III y el DSM III R permiten establecer el diagnóstico automáticamente, y en general, seguirlo rápidamente por un tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico, o a menudo, por una combinación de ambos. ¿Por qué perder el tiempo en un largo abordaje clínico?

La esencia misma del DSM III y del DSM III R hace del diagnóstico una exquisita pero mecánica maravilla -basta con tener 6 de los 11 síntomas citados durante por lo menos seis meses- y fácil de utilizar. Este sistema, basado en síntomas fácilmente objetivables, empobrece el proceso diagnóstico y minimiza la psicopatología. Nos encontramos muy lejos de la afirmación de Esquirol: "(Jamás) me detuve ante los sistemas que me parecían siempre más seductores por su brillo que útiles en sus aplicaciones". Si el método de examen de un paciente psiquiátrico establecido por Esquirol es el *sine qua non* del abordaje específico clínico, no es sorprendente que haya sido puesto a distancia en los EE. UU. El interés por los síntomas hace proliferar nuevos trastornos definidos por síntomas. Van Praag los llamó los "Make-believe (trampas) en psiquiatría".

Entre los factores que contribuyen a hacer abandonar el abordaje clínico específico, hay que considerar el método de reembolso de las agencias gubernamentales y de numerosas aseguradoras privadas. El intercambio verbal -es decir un examen del pasado médico del pa-

ciente y una entrevista clínica- tienen un reembolso mínimo. Esto es verdad para la medicina general. Un médico clínico que establece una historia y procede a una auscultación completa es reembolsado con el mínimo, mientras que el que se limita a insertar un broncoscopio u otro endoscopio por pocos minutos, gana diez veces más. Nada se gana dedicando tiempo a un abordaje clínico, entonces ¿por qué no pasar directamente a lo que es más interesante, es decir al tratamiento?

El proceso diagnóstico también fue acelerado y abreviado por toda una serie de procedimientos. El *Minnesota Multiphasic Inventory*, que el paciente se auto administra, puede analizarse a través de diferentes compañías y brinda al Psiquiatra un informe en un mínimo de tiempo, pero con cierto beneficio financiero. Asimismo, existen varios programas de computación basados en el DSM III y en el DSM III R que se utilizan ampliamente. Además, los médicos pueden disponer, en su propio consultorio, de programas electroencefalográficos informatizados con un equipamiento simple. El registro eléctrico se transmite por módem a una estación central que analiza los datos y devuelve rápidamente un informe. Este tipo de aparato se utilizan con frecuencia para tratar rápidamente los problemas orgánicos. Por otro lado, se investigan con ahínco los marcadores biológicos, sobre todo los que incluyen aberraciones cromosómicas que uno espera sean patognomónicas de trastornos psiquiátricos. Los estudiantes hacen notar a menudo que cuando ejerzan, los marcadores estarán tan desarrollados que los diagnósticos serán seguros y fáciles. Sea como fuere, todos estos procedimientos sirven para minimizar los abordajes clínicos.

En el transcurso de su historia, las escuelas de medicina norteamericanas pusieron el acento en las ciencias experimentales, mientras que los estudios clínicos quedaban rezagados. Existen dos razones para este fenómeno. Ludmerer, en su historia de la educación médica norteamericana intitulada "Aprender a curar", dedica un capítulo entero a "La situación de la enseñanza clínica a través de las escuelas de medicina que luchaban para obtener instituciones clínicas para su enseñanza". Muy pocas escuelas de medicina podían resolver este dilema a comienzos del siglo XX. La *Johns Hopkins Medical School* tenía la oportunidad de poseer el *Johns Hopkins Hospital*. Al tiempo que luchaban por obtener instalaciones clínicas, las grandes escuelas de medicina desarrollaban y multiplicaban sus laboratorios. En los EE. UU., las escuelas de medicina y los hospitales se desarrollaron de manera independiente.

Se hizo evidente, a fines del siglo XIX, que la enseñanza junto al lecho del enfermo era indispensable y que era necesario tener profesores clínicos. Los hospitales más grandes se resistieron y se opusieron a que los estudiantes de medicina vinieran a obstaculizar sus pasillos y a molestar a sus pacientes. Algunos hospitales se dejaron persuadir para afiliarse a las escuelas de medicina y abrir sus puertas a los estudiantes. Fue una maravillosa iniciativa, y sólo en 1920 las escuelas de medicina, a menudo por medio de grandes sumas, pudieron por fin acceder a los hospitales más importantes.

Otra cosa también tuvo gran influencia en la educación médica norteamericana: el famoso informe de Abraham Flexner, que sigue impactando hoy en día, intitulado “La Educación médica en los Estados Unidos y en Canadá”, publicado en junio de 1910 por la *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. El informe Flexner se transformó en la biblia de la educación médica en los EE.UU. y un decano de una escuela de medicina no dudó en calificar a su autor como “padre de la enseñanza médica moderna”. De hecho, la enseñanza médica había ya mejorado desde hacía algunos años, en particular en las grandes universidades. El *Council of Education de la American Medical Association* se había adelantado algunos años al informe Flexner y había formado la base del mismo. No podemos, pues no tenemos suficiente espacio, exponer aquí el contenido del informe mismo, pero podemos afirmar que influyó enormemente en la enseñanza de la medicina en los EE. UU. En resumen, Flexner, quien era maestro de escuela, fue influenciado por su visita a las universidades alemanas con sus grandes laboratorios, y abogó por una medicina científica, enseñada científicamente, y ampliamente basada en el laboratorio. Las escuelas de medicina debían tener profesores de tiempo completo que dedicarían todo su tiempo a la enseñanza y a la investigación. Consideraba de una importancia capital el que las escuelas de medicina fueran instituciones de investigación. Emitió severos juicios sobre las escuelas privadas que eran administradas como empresas. Sin embargo, existía cierto número de escuelas que se vanagloriaban de la excelencia de su enseñanza clínica, en especial en cuanto a los prácticos, pero Flexner estimaba que no había ya cabida para ellas. Los que critican el informe Flexner piensan que este último debería haber evaluado el nivel de estas escuelas, más que exigir que se transformaran en institutos de investigación. Esto resultó imposible en la gran mayoría de los casos, de manera que debieron cerrar sus puertas.

Tal como lo subraya Ludmerer, “Flexner no pregona el pluralismo; no había cabida en su sistema para

escuelas “prácticas” que no fueran institutos de investigación, aun cuando brindaban una enseñanza valiosa. Su informe causó una gran consternación entre muchos docentes honestos que sostuvieron, una vez más, que había cabida para escuelas más modestas que pusieran más el acento en la enseñanza que en la investigación”.

Para las escuelas que cumplían con los criterios de Flexner, en especial las que estaban afiliadas a las universidades, hizo numerosas sugerencias que conservan aún hoy todo su valor, criticando en particular una enseñanza estrictamente didáctica a través de cursos. Insistió en la necesidad de los estudiantes de aprender a través de experiencias de laboratorio y visitas al hospital, ya que los cursos o los manuales no podían substituir “la experiencia visual o táctil”. El ideal que surgió del informe Flexner, cuyo modelo era la escuela de medicina y el hospital Johns Hopkins, era un profesor que se dedicaba esencialmente a la investigación, enseñaba un poco, pero estaba relativamente separado del trabajo clínico. Así pues, no es sorprendente que las escuelas norteamericanas el investigador sea el más respetado. Como lo subraya Atwater, “una de las víctimas de la insistencia sobre la ciencia germano-flexeriana, a nivel pre-médico y clínico, fue el aprendizaje humanista”. Se deduce que este clima no alentaba a los médicos a dedicar tiempo y atención al abordaje clínico específico definido por Esquirol. Flexner concibió una enseñanza médica no solo científica, sino también elitista, teóricamente reservada a individuos superiores. Dos grupos sufrieron consecuencias que pueden atribuirse totalmente, o en parte, al informe Flexner, a saber: las mujeres y los negros que aspiraban a ser médicos. Ludmerer hace notar que “de todos los grupos oprimidos, fue el de las mujeres el que más sufrió este retroceso. Antes del informe Flexner, había 17 escuelas de medicina reservadas a las mujeres. Todas ellas cerraron, salvo una”. Lo mismo ocurrió con las escuelas negras: existían 15 antes de Flexner, algunas de las cuales eran bien pobres. Sólo quedaron dos. Es claro que el medio docente en los EE.UU. no es el más favorable para los abordajes clínicos específicos. La atención se desvía hacia otros ámbitos. La tendencia preponderante actual de la psiquiatría norteamericana es claramente la investigación biológica y el tratamiento psicofarmacológico. Esta elección no sólo depende de los miembros de la profesión sino que también se le comunica al público, quien la acepta. En el *New York Times* del 6 de diciembre de 1992, un artículo “Salir del diván”, llevaba como subtítulo: “Noticias del frente de guerra de los

“psi”: Freud es derrotado por los medicamentos”. No obstante, el 4 de diciembre, el muy prestigioso *Salmon Lecture and Award* fue otorgado al profesor Aaron Beck, quien hizo su conferencia sobre “La terapia cognitiva en la depresión”. Esto ilustra el pluralismo del que hablábamos anteriormente.

Todo esto hace resaltar la necesidad de un abordaje biopsicosocial capaz de sintetizar y de integrar todas las variables en juego en la enfermedad mental. Todo proceder más restrictivo llevaría finalmente a un reduccionismo biológico, psicológico o social. Pero ¿qué entendemos por abordaje biopsicosocial y en qué puede influir sobre la psiquiatría clínica?

El modelo biopsicosocial fue estrictamente definido por George Engel. Engel se yergue contra el fraccionamiento de la naturaleza en fragmentos de materia para tratarlos a cada uno por separado. Llama a esto la marca del modelo newtoniano (o biomédico) caracterizado por el reduccionismo, la causalidad lineal, el dualismo y el análisis factorial. A la inversa, el paradigma propuesto por Engel es holístico, transaccional, probabilista y analógico. Engel basa lo esencial de su pensamiento en los conceptos de la física moderna, incluyendo la teoría de la relatividad de Einstein, la ley de indeterminación de Heisenberg, y la teoría de los cuanta de Max Planck. Ve las variables, tales como causa y efecto, fuerza y estado, biología y vivencia, naturaleza y cultura, como los componentes de un conjunto dinámico siempre cambiante que exige un modelo complejo para dar cuenta de un eventual estado clínico. Ilustra perfectamente esta interpretación de las variables con estos versos de Yeats:

*Oh, ondulación del cuerpo en la música,
Oh, luminosidad de la mirada
¿Cómo conocer al bailarín
por su danza?*

El que biología y vivencia participen una en la otra se manifiesta en un número creciente de artículos en búsqueda de una teoría unificada. Si podemos aconsejar un procedimiento hacia la integración, algunos autores adoptaron la forma de “interaccionismo”, una noción superficial que reconoce que todo está influido a la vez por la biología y la vivencia, pero, como dijéramos anteriormente, insiste en repartir la varianza total en porcentajes de contribución biológica o ambiental. He aquí otra forma del dualismo y del reduccionismo, que vuelve a analizar el conjunto en términos de las propiedades subyacentes de sus partes. Tal como

lo destaca Engel, hay que superar este reduccionismo para llegar a un concepto de conjunto –a saber: que la biología y la vivencia se interpenetran de manera inextricable–. No hay una variable básica y esencial y otra derivada y superpuesta. Cada una se construye sobre la otra; no se pueden separar. En consecuencia, es necesario considerar las experiencias de un individuo tanto como sus concomitantes biológicas, al tiempo que se buscan nuevos modos de pensamiento y nuevos paradigmas.

Si esta formulación no es aún más que un objetivo, el movimiento hacia la convergencia de las variables y la reconciliación bajo distintas formas entre biología y vivencia, espíritu del cerebro, y estructura y ambiente es alentador y lleno de promesas para el futuro. Las experiencias de Hubel y Wiesel, que les valieron el premio Nobel, ilustran la base de la interrelación última entre biología y vivencia. Otros artículos, en especial de Goodman y Gabbard, muestran esta tendencia hacia la convergencia.

Notemos que los físicos e investigadores en ciencias naturales fueron aún más activos en la exploración de los fenómenos del ámbito espíritu-cerebro. No es sorprendente que Engel haya buscado en Planck, Heisenberg y Einstein modelos para el abordaje biopsicosocial. Pero no es el único en este aspecto. La teoría de los cuanta, por ejemplo, les pareció a muchos psiquiatras y psicólogos una base para afrontar las complejidades del comportamiento humano. Explicar la teoría de los cuanta requeriría varios libros. Muy brevemente podemos decir que esta teoría fue elaborada al comienzo por Max Planck y tuvo por corolario la ley de indeterminación de Heisenberg, que demuestra que toda tentativa por observar el trayecto de una partícula atómica o subatómica, perturba necesariamente el objeto observado, de manera que si su trayecto es observable, su localización exacta no lo es. Inversamente, cuando uno se esfuerza por observar la localización de la partícula, su trayecto se desvía tanto que no se puede decir cuál de sus trayectos posibles está cumpliendo efectivamente. Todo lo que se puede predecir en estas circunstancias es la probabilidad de que el objeto tenga un lugar particular, ya que se conoce su trayecto, e inversamente. Niels Bohr aportó una contribución de primer orden al demostrar que esta dificultad no se debía a instrumentos inadecuados, susceptibles de ser corregidos, sino a una característica esencial del mundo físico que designó con el concepto de complementariedad. En otras palabras, los medios por los que clasificamos el conocimiento nunca pueden servir

para completar este conocimiento. De allí nace a su vez el concepto de subjetividad, que vuelve la cuestión del observador tan importante como la del objeto que creíamos dotado de una realidad independiente, exterior. Todos sabemos que según la manera en que midamos la luz se obtiene una partícula o una onda. ¿Cuál es la realidad? Ambas. A medida que avanzamos en la psiquiatría, estoy convencido de que la teoría de los cuanta va a tornarse esencial. Bohr mismo sentía que la complementariedad debía aplicarse a otros ámbitos más allá de la física. De hecho, sostenía que se aplicaba a todos los ámbitos. Notemos además que Bohr había tomado la idea de complementariedad de William James, el gran psicólogo norteamericano que desarrolló esta noción a partir de observaciones de sus propios pacientes. Otros, como Roger Penrose, Rouse Bello profesor de matemáticas de Oxford y Gerald Edelman, premio Nobel de la Rockefeller University, escribieron libros donde proponen teorías sobre la conciencia y las relaciones espíritu-cerebro. Kuhn subrayó que el progreso en ciencia está estrechamente ligado al desarrollo de nuevos paradigmas. ¿Puede la psiquiatría encontrar nuevos paradigmas en la física moderna? Curiosamente, existe una estrecha relación entre la física moderna, la humanidad y la psiquiatría clínica, en especial en el abordaje clínico. Engel hace notar que mientras que es indiscutible que la medicina concierne a todos los aspectos de la humanidad del hombre, como René Dubois lo expresara tan bien, la adhesión de la medicina a un paradigma del siglo XVII basado en el mecanismo, el reduccionismo, el determinismo y el dualismo de Newton y Descartes, excluye automáticamente lo que es específicamente humano del terreno de la ciencia y de los científicos. Dado que este paradigma era concebido como un abordaje de la naturaleza en calidad de ambiente del hombre, no brinda ninguna herramienta para dar cuenta de los procesos humanos y por otra parte, jamás pretendió hacer semejante cosa. El médico se atrincheró detrás del punto de vista biomédico según el cual lo que es humano en su práctica no constituye más que un arte. Asimismo, el médico es visto como alguien que opera científicamente, y la medicina es juzgada como estrictamente científica, con tal que se preocupe únicamente de los procesos corporales, pero nunca de los pacientes como personas. Es este con-

cepto el que fue minado por la psiquiatría moderna. La objetividad pura y el desapego total del investigador respecto de su material ya no constituyen un criterio inviolable de la ciencia, ni siquiera idealmente. La influencia del investigador se ha vuelto un factor primario, y no un defecto que podría corregirse. La teoría de la relatividad fue formulada entonces a partir de la noción de un observador, mientras que la mecánica cuántica lo hace partícipe del proceso mismo de la investigación, en el que afecta el resultado de su observación. El investigador y el objeto de su investigación resultaron ser inseparables. Justamente porque todo acto de observación lleva en sí mismo un elemento de subjetividad, a saber: la decisión tomada por el observador mismo de lo que quiere observar y cómo. La nueva física no sólo disipa la ilusión de un investigador totalmente desapegado; aporta también las pruebas de la interconexión y de la interdependencia de todos los niveles de organización de los sistemas naturales. La psiquiatría norteamericana y observamos también la dicotomía entre ciencia y humanismo, o el abordaje puramente “científico” opuesto a la psiquiatría clínica humana. El abordaje clínico reconoce al paciente como a una persona y se esfuerza por crear lazos con la persona entera –y no un inventario de síntomas–. Lo que hoy llamamos “psiquiatría científica” es el último grito de la abstracción, y los psiquiatras que se limitan de este modo ignoran por consiguiente la experiencia humana. Un psiquiatra debe alcanzar una comprensión científica más completa, paralela a una apreciación humanista de sus pacientes. Notemos que la física moderna insiste en el papel del observador, inextricablemente comprometido en las observaciones que son la esencia misma de un buen examen clínico.

En resumen, la historia de la psiquiatría norteamericana, su desarrollo actual y sus características esenciales tienden a minimizar el abordaje clínico específico tal como fuera definido por Esquirol. Sin embargo, la creciente atención dirigida hacia el modelo biopsicosocial, las serias tentativas de sintetizar y de integrar las numerosas variables que entran en el pasado de un individuo, y la investigación de nuevos paradigmas que emplean toda clase de campos de pensamiento, en especial la física moderna, ofrecen la promesa de que, en el futuro, alcanzaremos un nuevo nivel de comprensión en las transacciones con los pacientes psiquiátricos, y esto en beneficio de los individuos que padecen enfermedades mentales.

[volver al índice](#)