

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Lolas, Fernando

Situación de la psiquiatría en tiempos de crisis

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 72, núm. 1-4, 2009, pp. 40-46

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036928006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Situación de la psiquiatría en tiempos de crisis.

Situation of psychiatry in times of crisis.

Fernando Lolas¹.

RESUMEN

Este artículo examina la situación de la psiquiatría como profesión que cohesiona diversas racionalidades en un contexto que parece objetar su legitimidad disciplinaria. Destacando las ventajas y desventajas de su inserción en la mentalidad y el *ethos* médicos, se examina la influencia de algunas prácticas clásicas (el asilo y las terapias biológicas) que antecederon a su configuración sistemática conceptual. La solidez del oficio de psiquiatra, que en algunos círculos pudiera ser eliminado por la neurología, la medicina, la psicología o el trabajo social, debe encontrarse en la virtud moral de la prudencia. Gracias a ella, es posible pensar en una armónica constelación de saberes diversos y prácticas no siempre avaladas por evidencia empírica. (*Rev Neuropsiquiatr* 2009; 72:40-46).

PALABRAS CLAVE: Psiquiatría, profesiones de salud mental, práctica clínica, epistemología psiquiátrica.

SUMMARY

This paper examines the situation of psychiatry as a profession harmonizing different rationalities in a context that seems to question its disciplinary legitimacy. Stressing advantages and disadvantages of its insertion into the medical mentality and its *ethos*, some practices antedating its conceptual systematization are examined, like asylums and biological therapies. Sustainability of the psychiatric trade, which some would like to be eliminated by neurology, internal medicine, psychology or social work, must be found in the moral virtue of prudence. This permits considering a harmonic constellation of diverse forms of knowledge and practices not always supported by empirical evidence. (*Rev Neuropsiquiatr* 2009; 72:40-46).

KEY WORDS: Psychiatry, mental health professions, clinical practice, psychiatric epistemology.

¹ Profesor Titular. Universidad de Chile. Profesor Titular. Universidad de Chile. Director, Programa de Bioética OPS/OMS en Chile. Santiago de Chile, Chile.

El locus de la psiquiatría es la medicina

En los últimos años se han producido notables transformaciones de la forma en que se percibe la psiquiatría. Las que realmente importan atañen a los miembros de la profesión en cualquiera de sus papeles: investigador, administrador o practicante. Estos concuerdan mayoritariamente en declarar a la psiquiatría un saber médico. Si esto es así, todo predicado sobre la medicina debiera ser válido para la psiquiatría.

La expresión "rama" o "especialidad" de la medicina suele interpretarse, en sentido restringido, como la asimilación del saber-hacer psiquiátrico a los enunciados de la fundamentación científica de la medicina, cuyos contenidos derivan de las ciencias fundamentales de la química, la física, la biología y otras, incluidas las ciencias sociales y del comportamiento. No existe aun una vertebración teórica propia de la medicina, como en la época de von Weizsäcker (1).

La pertenencia de la psiquiatría al ámbito de lo médico implica una ventaja y una limitación. La ventaja no procede de su fundamentación teórica ni del carácter científico de sus asertos. En tanto disciplina, la medicina es deudora de racionalidades heterogéneas. La ventaja deriva de la profesionalización de la medicina, paradigmáticamente exitosa entre las profesiones basadas en conocimiento formal, con una amplia discrecionalidad debida al manejo de información bajo condiciones de máxima incertidumbre (relacionada con vida y muerte) y complejas regulaciones de ética y etiqueta. En la medicalización de la vida y la tecnificación de la medicina puede basarse, todavía, una hegemonía de la metáfora médica en lo social y una presencia constante de su discurso, pero más crucialmente, una relevancia innegable en el plano de los oficios.

Entre las profesiones derivadas de la medicina o incluidas en ella, la psiquiatría no ha ocupado un sitio de primera fila. Tal vez por eso algunos de sus cultores, que ven lo médico como el soporte tecno-científico, insisten en la asimilación. El énfasis reciente en la vieja expresión "neuropsiquiatría" parece ser expresión de ello. La partícula "neuro" debe transmitir la solidez del sistema nervioso y, por extensión, una fuerza epistémica superior a cualquier método "blando". Otra expresión de la "cientifización" es la insistencia en enunciados etiológicos excluyentes: la esquizofrenia es una condición anómala del cerebro, la depresión un desequilibrio de los neurotransmisores. También

significa en ocasiones una postura "dura" respecto de las intervenciones curativas: los fármacos actúan "a pesar de" los pacientes, son inequívocos en sus indicaciones y efectos, las psicoterapias complementan y otros tratamientos simplemente ayudan.

La limitación derivada de pertenecer al ámbito médico, en cambio, deriva de la endeble contextura disciplinaria de la medicina y de la retórica variable de su argumentación. Especialmente ajena a las demandas que se hacen a la psiquiatría es la base conceptual de la medicina contemporánea. En tanto ella no sea superada - y es menester una reflexión profunda para abordar esta tarea - la psiquiatría seguirá sufriendo las mismas limitaciones que la medicina, agravadas por su condición de "cenicienta" entre las especialidades, lugar limítrofe de la institucionalización amenazado por otras profesiones y receptor de demandas no médicas.

Especial relieve adquiere la pregunta de la relación entre la psiquiatría y la medicina cuando se considera lo que debe saber un médico "generalista", esto es, aquel que egresa de una facultad de medicina en un estado indiferenciado pero suficiente para afrontar los desafíos más inmediatos. Sin duda, si se considera solamente desde el punto de vista de contenidos, pocos hay en la psiquiatría tradicional que pudieran juzgarse esenciales y por ende materia de la enseñanza elemental de todo médico. Sin embargo, desde el punto de vista formal, la psiquiatría puede aportar una suerte de tecnificación de aspectos interpersonales útiles en el ejercicio de cualquier rama de la medicina. Asimismo, en cuanto a formas de investigación y adquisición de informaciones, el modelo de pensamiento que ha depurado la psiquiatría en sus distintos contextos de desarrollo es distinto del de la medicina en general y sus cultores pueden aportar a ésta, en la enseñanza y la práctica, una contribución insustituible (2).

Del asilo como recurso técnico

El crimen, la locura y la pobreza fueron las condiciones humanas que hicieron necesaria la institución del asilo. La cárcel, el hospital para lunáticos y la casa de pobres epitomizan la necesidad de las sociedades de segregar a algunos de los suyos. No solamente, como insinúa Foucault, para establecer cisura entre razón y sinrazón mediante muros, conteniendo la una y protegiendo la otra. También por la ideología, predominante en Europa y los Estados Unidos postcoloniales, de que el *tratamiento moral* podría aliviar la aflicción, curar el desvarío y atenuar la dependencia.

Hacia comienzos del siglo XIX existe la convicción absoluta de que el orden institucional es panacea para curar todo trastorno humano. A diferencia de lo que ocurre en Europa, en donde viejos edificios que antes han sido cuarteles, castillos o iglesias fueron habilitados como asilos, en América éstos se construyen desde sus mismos cimientos, con planes y teorías de tal contextura que convierten a la arquitectura en una disciplina moral. Tanto el *Auburn Penitentiary* como su congénere en Pennsylvania son trazados de acuerdo a definidas concepciones. Lo propio acontece con los hospitales luego llamados psiquiátricos, entonces todavía llamados Asilos de Lunáticos, como el *Eastern Lunatic Asylum* de Williamsburg, Virginia, probablemente el primer establecimiento de su clase en los Estados Unidos, fundado en 1769 (3).

El tratamiento moral se basa en tres premisas. Primero, como la sociedad genera el trastorno – conducente al crimen o a la locura – la persona afectada debe ser alejada de ella. Segundo, este es un alejamiento productivo. Ha de emplearse en inculcar o restablecer principios de orden. Por lo tanto, quienes están en asilos y cárceles no sólo están allí para ser substraídos a nefastas influencias. Su permanencia en el asilo es curativa en sí misma. El estricto régimen de la institución, la adherencia a horarios y rituales, la desconexión de los negocios y asuntos de fuera así como la soledad que logra crearse en el interior no son medidas punitivas. Son técnicas para restablecer el sentido alterado del orden.

A ello ha de agregarse el trabajo. El trabajo, en la monotonía de la institución asilar y su regimentado clima, aparece como una distracción salvadora. El criminal y el lunático pueden redimirse por la reglada eficacia de una labor constante (4), que impone sus ritmos a los días y permite cuantificar el progreso.

Las admoniciones al trato benevolente son numerosas en los reglamentos de los asilos. También lo son las instrucciones al personal de que la obediencia es un gran bien y ha de ser mantenida a toda costa. No hay que olvidar que el asilo entra a ser importante cuando la sociedad, la familia e incluso la iglesia se convierten, de hechos naturales en factores causantes del trastorno moral. Es una técnica remedial la que se impone.

No es de extrañar que algunas décadas después, hacia fines del siglo XIX, perdida ya la esperanza de que el asilo sirviera una función curativa, se sigan

aplicando mecánicamente los principios del aislamiento, de la obediencia, del orden y del trabajo. Insensiblemente, la institución ha adquirido un papel puramente custodial y sólo debe cuidar que los desordenados no invadan la sociedad y que ésta no se entere de lo que abriga en su seno. Entonces, la obediencia carecerá del sentido terapéutico que le dieron sus fundadores y se convertirá en mecánica opresión. El asilo adquirirá la faz negativa con que posteriormente se le habrá de conocer (5).

Asilo y clasificación

Como hospital psiquiátrico, la evolución hacia una institución de enfermos crónicos incurables es predecible. Las cifras así lo señalan. Los superintendentes médicos de los primeros asilos tratan al comienzo de impedir que se establezcan instituciones especiales para lunáticos irrecuperables o peligrosos. Con ello hacen que sus propias instituciones evolucionen a desempeñar ese papel. Instalaciones diseñadas para mantener a 200 son ocupadas por 500. El personal, al principio en una relación de 1 a seis o siete, se hace escaso. Los superintendentes intentan financiar sus esfuerzos con el trabajo de los internos, lo que no es posible. La institución sobrevive como residuo de una convicción social y cambia su papel de terapia a custodia.

Poco se destaca el papel del asilo en la clasificación del trastorno. La misma institución impone una taxonomía práctica que se traduce en un orden arquitectónico. Los furiosos y violentos ocupan una sección especial en las geométricas estructuras. Son segregados por síntoma. Los más dependientes, confusos o deteriorados son congregados en sectores especiales. En la espacialidad del asilo se manifiesta la taxonomía del padecimiento, ya sea por sus manifestaciones o por su eventual peligrosidad.

La larga convivencia con los asilados permite una observación longitudinal de sus hábitos y modos de vida. El criterio de evolución del padecimiento como base clasificatoria es más fácil de proponer si se tiene, efectivamente, una observación regular y prolongada de las personas. Ello también contribuye a la clasificación, esa aspiración de geometricidad en el estudio de la conducta que permitirá aplicar medidas apropiadas.

La política del diagnóstico debe también mucho al asilo. Éste no solamente mantiene su quimérica esperanza de tratamiento moral. No sólo agrega el papel

custodial. También manifiesta un papel protector de la sociedad. Los que deben ser encerrados y segregados lo son no sólo debido a su propio padecimiento y desarreglo sino también para evitar a sus prójimos la tensión que induciría más trastorno social. Este factor prospectivo ya es política del diagnóstico pues éste tiene consecuencias no solamente para quienes lo portan cual etiqueta sino para los otros significativos en sus vidas.

Clasificación y diagnóstico

La clasificación del trastorno mental, necesidad práctica del asilo, se convierte en necesidad teórica de la ciencia. Se trata ya no de contener o curar sino también de anticipar y saber. De prevenir. Esta prevención puede adoptar muchas formas, entre otras, la de proteger a los pacientes de sí mismos. La peligrosidad de un potencial suicida, el riesgo de un delirante para sí mismo, en fin, la necesaria protección del buen nombre y reputación de alguien, hacen preciso el rótulo diagnóstico prudente, no sólo el exacto. A veces la exactitud puede ser dañina.

Un buen diagnóstico permite a una institución o a un profesional regular la intensidad de su práctica. Algunos trastornos o personas tendrán preferencia, otros serán derivados.

Las instituciones precisan recursos y sólo pueden obtenerlos dando demostraciones concretas de su efectividad y de su eficacia. La primera es la probabilidad de beneficios bajo condiciones promedio de práctica, la segunda bajo condiciones ideales. Por eso las instituciones deben mostrar estadísticas y para mostrarlas han de categorizar, tipificar, clasificar. No sólo personas, también procedimientos. En el diagnóstico, especialmente el psiquiátrico, se esconde un momento prospectivo, del cual recibe el rótulo su legitimación, y un momento de ensayo, que retroactivamente confirma lo sabido por medio del éxito o el fracaso de un tratamiento. Por eso es importante documentar lo que se hace, pues de allí procede una substantiva fuente de informaciones.

La irrefutable presencia del hospital legitima el diagnóstico y cuando el hospital deja de ser asilo o cuando su efectividad social es puesta en tela de juicio, el campo del diagnóstico es la calle, la sociedad abierta y libre, en la que compiten muchas profesiones y en las que hay numerosas influencias incontrolables. Si la toma de decisiones podía fundamentarse en el régimen

asilar en distinciones sin diferencias (agitados versus tranquilos, autovalentes o dependientes, etc.,) cuando aquél deja de ser vinculante o respetado sus distinciones también dejan de serlo.

Aparecen entonces condiciones impensadas en la vida asilar o en la práctica asilar del diagnóstico. Temas de la vida corriente que es necesario medicalizar o tecnificar para poder tratar con autoridad. Si la confiabilidad del diagnóstico no era problema en el medio confinado del hospital, sí lo es fuera de él. Otros pueden examinarlo, juzgarlo, enjuiciarlo, responder diversamente a su presencia.

El diagnóstico se hace un problema técnico en la medida que debe responder no solamente a un conjunto de apariencias y ser aplicación racional de algunas normas de observación. Su práctica está contextualizada por la institución en que ocurre, por los organismos que han de tomar decisiones basadas en él, a menudo económicas o sociales, por las tradiciones de quienes lo formulan, por las informaciones y por los criterios disponibles.

Identificar los aspectos de validez y confiabilidad es crucial para una disciplina normativa (6). Validez alude al carácter identificable de las categorías. Es equivalente a afirmar existencia. Si la esquizofrenia existe, entonces es válido diagnosticarla. La confiabilidad es la posibilidad de generalizar. Puede generalizarse entre observadores. Si dos concuerdan en un rótulo, éste es confiable para ellos. Se puede generalizar entre situaciones de examen. Si en la oficina del médico y en la clínica se llega a la misma etiqueta, ésta es confiable a través de situaciones.

Un sistema de rótulos puede ser altamente confiable, mas no tener validez. Si se diagnostica “color de los ojos” es probable que el acuerdo sea muy elevado. Sin embargo, la relevancia de tal distinción depende del contexto en que se la emplee. Puede no tener validez alguna como diferencia.

La generalización del diagnóstico psiquiátrico, materia de política

Hacia finales del siglo XX, la psiquiatría se encontraba ya atacada en muchos frentes. Marginada del cuerpo central de la medicina, amenazada por otras profesiones, cuestionada por el público, ridiculizada en sus demandas de objetividad y solidez, la profesión de psiquiatra no es de las más apetecidas en los países avanzados y corre el peligro de confundirse con

activismo político o bienhechora inutilidad social. La pregunta por la identidad de sus practicantes y por la calidad técnica y ética del oficio se reitera con frecuencia. Los practicantes del oficio en Estados Unidos perciben sus intereses sutil pero tenazmente amenazados por otras profesiones.

La rotulación, función primordial del diagnóstico, puede objetarse especialmente por la escasa confiabilidad de sus categorías. Ante ello, se origina un poderoso movimiento que lo tecnifica, es decir, lo convierte en materia propia de técnicos, expertos e investigadores. Realizan trabajos tan especializados que el clínico corriente, el practicante del oficio, no puede entender y debe aceptar. Una poderosa tecnología semiótica se manifiesta hacia 1980 con la publicación del *Diagnostic and Statistical Manual* de la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera edición (DSM-III), este catálogo de nombres y criterios de aplicación reemplaza al DSM-I de 1952 y al DSM-II de 1968 y se propone, entre otras cosas, limitar la discrecionalidad del diagnosticador individual ofreciéndole listas extensivas de criterios, procedimientos para arribar a conclusiones, códigos para comunicar sus observaciones y normas para conducir la pesquisa. La confiabilidad será explorada mediante el "índice kappa", nueva herramienta estadística que asegura la máxima tecnificación del proceso. El índice kappa se computa restando la concordancia observada (Po) de la concordancia debida al azar (Pc), dividiendo por un valor equivalente a 1-Pc. Hay que observar que la concordancia Pc puede también ser la esperada tomando como fundamento la prevalencia base de un trastorno. Si de entre 1000 personas cabe esperar 10 con un diagnóstico "X" (1%), el puro azar -y no la técnica diagnóstica- haría esperar que dos diagnosticadores presentaran concordancia de 1%. Si la concordancia entre ambos es mayor, por ejemplo 3%, el índice kappa crecerá.

No repetiremos aquí la historia de los manuales de la "familia DSM". El punto que interesa destacar se refiere a la relación que ella demuestra entre el conocimiento formal y la aplicación práctica, por una parte, y a la diferencia que existe entre un instrumento diagnóstico eficaz para el investigador o efectivo para el practicante. La historia revela, además, la influencia de consideraciones extramédicas sobre el proceso diagnóstico, la artificialidad deseada y lograda de las categorías y los múltiples usos del conocimiento experto. Lejos de constituir solamente instrumentos clínicos, como ingenuamente algunos piensan, los

manuales son además herramientas administrativas y legales, despliegan en forma evidente el plexo de connotaciones de cualquier instrumento técnico y, finalmente, permiten comentar sobre el aspecto de tecnología productiva que les subyace. Este último es tan interesante, que podría dar lugar a un enjuiciamiento de otros aspectos tecnológicos.

Es preciso destacar que una de las mayores debilidades de la psiquiatría en relación a otras especialidades médicas es la heterogeneidad de su fundamentación discursiva formal. Si bien también eso podría decirse de otras ramas de la medicina, en la psiquiatría introduce un factor de considerable complejidad, toda vez que puntos de partida diferentes conducen a resultados diversos, a operaciones curativas o restablecedoras por entero diferentes unas de otras y a la legitimación, en tanto problemas reales, de situaciones diversas. Para examinar más ampliamente estos aspectos es necesario un análisis de las nosografías.

El pronóstico y su valor social: la idea de riesgo

Si algo puede distinguir la etiqueta diagnóstica del experto de aquella que el ignorante o el profano proponen es el factor pronóstico. El diagnóstico médico no es un simple rótulo. Contiene un momento predictivo y una indicación para intervenciones terapéuticas.

En la psiquiatría se formulan frecuentemente preguntas en relación al riesgo que supone la presencia de una anormalidad en la ideación, la conducta o la voluntad. De hecho, la noción crucial de la medicina contemporánea, como lo demuestra la industria de las aseguradoras y la medicalización de las decisiones cotidianas. Es el experto el llamado a anticipar la probabilidad del daño, verdadero núcleo de la idea de riesgo, fundamento esencial de la prevención y pilar de la promoción de la salud.

También aquí, sin embargo, la posición del psiquiatra se ve amenazada. Ni la tecnificación del oficio ha logrado retener para él la exclusividad del pronóstico, pues la mecánica social ha normado los riesgos al punto que las desviaciones de la norma solamente logran imponerse con datos, pero la investigación empírica prospectiva no siempre los aporta en cantidad y calidad suficientes. La influencia de la medicina genómica, en general malentendida como destino pero prometedora de una mayor precisión en la anticipación de las trayectorias vitales, obliga a considerar seriamente el

papel de la tradicional psiquiatría individual y del psiquiatra en tanto experto calificado para predecir peligrosidad o daños futuros.

Los límites de las profesiones: el contexto moral

Los profesionales que tratan con personas desempeñan lo que la tradición llama oficios éticos. Sus servicios dependen de un contrato implícito que regula, por una parte, la forma y la oportunidad en que se solicitan y por otra, del modo como se prestan. Tal contrato no puede ser de resultados, pues la intervención profesional, como es sabido, constituye solamente uno de los elementos de la sanación. Más bien, es un contrato que obliga al profesional a actuar en beneficio de quienes se confían a su cuidado, pero no puede asegurar el éxito en los términos del requirente de los servicios. De hecho, una de las grandes perplejidades de los profesionales es que el lenguaje de su oferta no suele coincidir con el lenguaje de la demanda. Éste se configura sobre necesidades a veces inexpresadas y aquello que puede percibirse como carencia o deficiencia por parte de los profesionales, no siempre es expresado en la misma forma por quienes desean asistencia. Ello impone un natural límite al entrecruce de discursos que es el ejercicio de toda profesión, pues la satisfacción de los usuarios puede basarse en fundamentos distintos de lo que constituye el “buen arte” para los expertos.

En este contexto, toda intervención es un diálogo, y como todo diálogo exige reconocimiento mutuo de los participantes como agentes de comunicación. Cuando el experto descalifica las creencias de sus asistidos o las reformula en sus propios términos, quita a éstos la autoridad para participar en el diálogo y genera la asimetría típica del paternalismo, que consiste en hacer bien sin permitir autonomía. Beneficencia sin autonomía no siempre ha de considerarse limitación, mas en el actual entorno político en que se practican las profesiones sanitarias adquiere un carácter que hace algunos años no era percibido como problema.

El reducto final de la competencia profesional es su contextura moral. Ésta debe estar presidida por el ejercicio de la prudencia, que es virtud de difícil adquisición, toda vez que es amalgama de razón y experiencia. Pero en ella debe verse el futuro de la psiquiatría como profesión especializada. No solamente como especialidad médica, pues la medicina de la hora presente no responde siempre ni adecuadamente a preocupaciones que la psiquiatría hace suyas. Como

profesión especializada no es su valor discursivo sino su valor moral el que puede garantizar que, permaneciendo en el ámbito de lo médico, aporte a éste una diversidad que sin duda será garantía de su supervivencia.

En rigor de verdad, tienen algo de razón quienes sostienen que el oficio de la psiquiatría –en tanto suma de contenidos y técnicas– podría quedar absorbido por la neurología, la medicina interna, la psicología y el trabajo social. En cada una de esas esferas hay fundamentos técnicos que permitirían desarmar el andamiaje de la profesión psiquiátrica. Lo que cohesiona a todos esos saberes bajo el rótulo psiquiatría no es un elemento cognoscitivo sino moral. Mientras esto no se comprenda, el psiquiatra se verá siempre en desventaja frente al psicoterapeuta, el internista, el neurólogo o el trabajador social. No debe olvidarse que muchas de las prácticas terapéuticas de la psiquiatría antecedieron a su estructuración sistemática conceptual. Así, el asilo, del cual hemos hablado más arriba, con sus corolarios como el encierro, la privación de contacto social, la regimentación de la vida y los planes de rehabilitación, no tuvo una teoría previa que justificara su desarrollo. Fue después de su presencia en el imaginario social, después de sus efectos en la ocultación de la locura, el crimen o la pobreza que su valor propiamente terapéutico fue analizado y valorado. Así, muchas terapias empleadas en la psiquiatría (como en otras áreas de la medicina) fueron fruto de la observación empírica y no recibieron apoyo teórico sino hasta que su uso se difundió. La terapia mediante el shock hipoglucémico, el cardiazol o el electroshock tuvo fundamentos confusos, si es que no erróneos, tanto como la malarioterapia de Wagner-Jauregg, e intentar justificar los mecanismos de acción de muchos medicamentos es más complejo que lo que aparece. Muchos efectos bioquímicos de ciertos fármacos no coinciden con las fases de su eficacia clínica y por ello difícilmente podría ponerse en paralelo la serie de los efectos con la serie de los resultados. Como es sabido, éstos dependen de muchos más factores que la eficacia y es un motivo por el cual el efecto placebo tiene connotaciones en psiquiatría que quizá no sean iguales en otras áreas de la terapéutica.

Sin embargo, el *ethos* de una profesión especializada no puede reducirse a las competencias técnicas bajo el esquema de una linealidad entre causas y efectos. Depende de una integración armónica de muchas mentalidades, y eso solamente puede ser cautelado desde la prudencia del oficio. Como en otras profesiones,

dentro de la psiquiatría se da la triple unión entre teóricos, prácticos y políticos, tal como en la sociedad medieval había *oratores*, *laboratores* y *bellatores*, esto es, los que oraban y pensaban, los que trabajaban la tierra y los que luchaban. Pero lo que a todos identifica es la voluntad de servicio en torno a una mentalidad médica, que no se define por una teoría propia, ni por una suma de informaciones o conocimientos, ni por unas técnicas especializadas sino por la confluencia, en la práctica, de saber y de hacer iluminada por la aspiración ideal de hacer bien, de hacer el bien y de bien pensar. El futuro de la clínica psiquiátrica y de la investigación basada en ella pasa por complementar la *evidence-based medicine* con una *value-based medicine*, que no es sino la integración de discursos que garantizan la eficacia del arte basado en la prudencia.

Correspondencia

Fernando Lolas
Providencia 1017 – Piso 7.
Santiago de Chile, Chile.
Correo electrónico: flolas@uchile.cl

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lolas F. Propositiones para una teoría de la medicina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1992.
2. Lolas F. El discurso de la psiquiatría. Acta psiquiat Psicol Amer Lat 1993; 40:80-82.
3. Rothman DJ. The discovery of the asylum. Social order and disorder in the New Republic. Boston: Little, Brown & Co; 1971.
4. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
5. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
6. Lolas F. Hacia una nosografía contextual. Acta Psiquiat Psicol Amér Lat 1999;45: 34-40.