

## DISCURSO INAUGURAL

JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR

Depósito legal M. Sep. - 851 - 1958

---

DIANA, Artes Gráficas, Larra, 12. Madrid.—1967

Con mis primeras palabras quiero dar la bienvenida a todos los eminentes colegas que nos honran con su presencia. El esfuerzo inmenso que ha realizado el Comité Español para organizar este IV Congreso Mundial de Psiquiatría se halla ampliamente recompensado al ver aquí a tantos representantes de países y escuelas y asociaciones de psiquiatras dispuestos a enfrentarse con los temas nucleares de la psiquiatría de un mundo de transformación, como es el nuestro. Si siempre resulta interesante y fecunda la confrontación de puntos de vista y el intercambio de experiencias, más lo es ahora, precisamente, por el impacto que los cambios que se están operando en la vida del hombre contemporáneo ejercen sobre la psiquiatría misma. A su vez, nunca la psiquiatría había logrado despertar la atención y el interés como ahora. En todas las latitudes y meridianos los problemas psiquiátricos y los de higiene mental se hallan situados en la primera línea de las preocupaciones de gobernantes y gobernados.

El I Congreso Mundial de Psiquiatría se celebró en París, en 1950, bajo la presidencia del profesor DELAY y animado por la dinámica personalidad del doctor EY. Debemos a nuestros colegas franceses haber tomado la iniciativa de inaugurar la serie de los Congresos Mundiales. Otras especialidades, algunas próximas a la Psiquiatría, ya nos habían precedido. El II Congreso se celebró en Zurich en 1957, coincidiendo con el centenario del nacimiento de E. BLEULER. Esta circunstancia lo convirtió en un congreso mono-temático; pero su tema, la esquizofrenia, es uno de los más apasionantes de la Psiquiatría. Su organización, que fue perfecta, corrió a cargo de MANFRED BLEULER y sus colaboradores y la Sociedad Suiza de Psiquiatría. El III se celebró en Montreal, en 1961, bajo la presidencia de EWEN CAMERON, con un equipo de colegas sorprendentemente eficaces. Aparte de su espléndida organización y del valor de las aportaciones científicas realizadas, quedará este Congreso en la historia de la psiquiatría contemporánea, porque allí cristalizó, definitivamente, la idea de constituir la "Asociación Mundial de Psiquiatría", idea que había surgido durante la preparación del Congreso de París. De la Asociación, de su pasado, de su presente y de sus perspectivas futuras nos hablará su presidente el profesor E. CAMERON en esta Sesión de Apertura y su secretario general el doctor H. EY en la de Clausura.

Al recibir el encargo de organizar este IV Congreso, el Comité Español que presidió se dirigió a todas las Sociedades de Psiquiatría, miembros de la Asociación y una larga lista de psiquiatras destacados en los diversos países. Debo subrayar que hubo una gran coincidencia en los temas que nos propusieron, de suerte que la elección de los títulos para las Sesiones Plenarias y los Simposios no ha sido difícil. Tal coincidencia significa que los psiquiatras tienen ideas claras sobre las tareas más urgentes planteadas en estos tiempos, tanto desde el punto de vista de la investigación científica como de las necesidades asistenciales de un mundo

en tramitación. A las Sociedades por una parte y, de un modo especial, a los colegas que nos han ayudado, aceptando intervenir en las sesiones del Congreso, quisiera en nombre del Comité organizador expresarles nuestra más profunda gratitud. No es posible, ni necesario, nombrarlos en esta ocasión, puesto que en el programa y en los diversos boletines publicados están sus nombres. También quisiera testimoniar mi gratitud a las entidades oficiales, corporaciones, fundaciones y compañías privadas que nos han prestado tanto apoyo para la organización de este Congreso.

Ya sabemos que un cometido como el nuestro está sometido a errores y seguramente que hemos cometido más de uno. De antemano pedimos excusas. Lo cierto es que los miembros del Comité y la Secretaría han puesto lo mejor de sí mismos en el servicio de esta empresa.

De vez en cuando se hacen críticas sobre el gran número de Congresos que realizan. Algunos piensan que en un mundo donde los medios de comunicación son tan abundantes, los Congresos son innecesarios. A mi modo de ver ocurre, precisamente, lo contrario. Es verdad que los medios de comunicación escrita nos inundan de tal modo que apenas en un sector determinado puede recorrerse la bibliografía existente. Pero también es cierto que la verdad que busca el científico no se halla toda depositada en los libros y revistas. Y lo mismo podríamos decir de los otros medios de comunicación técnica.

Existe, aparte de la verdad objetiva, ofrecida por los medios de comunicación, lo que podría llamarse *la experiencia personal de la verdad*, que sólo mediante el contacto humano directo es comunicable. La verdad aparece con matices y profundidades distintos cuando se aprende de alguien que la vive, o cuando se contrasta, en el contacto personal, la verdad propia con la ajena. En medicina y más aún en Psiquiatría este aspecto personal de la comunicación de la verdad es aún más evidente que en otras ciencias. La experiencia clínica de los grandes maestros sólo a su lado puede adquirirse. Por otra parte, los problemas psiquiátricos se hallan tan enlazados con la sociedad en la cual se vive que el contacto personal con alguien que pertenezca a ella nos abre nuevas puertas al conocimiento. El encuentro, la comunicación viva de unas personas con otras es sustancialmente enriquecedora, a veces más que largas horas de lectura. Luces nuevas alumbran el espíritu inquieto de los investigadores, cuando en discusión con otros, opera lo que podríamos llamar "reflexión bipersonal" sobre un problema. Perspectivas nuevas se abren cuando, a través del contacto personal con los otros, nos damos cuenta de que el mundo de la alienación es una subcultura extraordinariamente rica y diversa. De ahí derivan las dificultades en encontrar vocablos técnicos en Psiquiatría que tengan valor universal. La dificultad no debe ahorrarse el esfuerzo sino estimularlo. Precisamente este Congreso, a través de sesiones dedicadas a la psiquiatría transcultural, computadores en Psiquiatría, pautas en la formación de los psiquiatras, propuestas de una nomenclatura internacional, confrontaciones entre los psiquiatras del Este y los del Oeste y otros temas análogos, esperamos que abra nuevos caminos de coincidencia y quede, en parte, mitigada la dispersión babélica que caracteriza a buena parte de la psiquiatría actual.

Ya sé que el objetivo no es fácil, puesto que la dificultad no nace de la inteligencia del psiquiatra, ni de su actitud, sino de la propia dificultad de los problemas que aborda. Por eso la Psiquiatría se muestra tan variopinta y dispersa, y el psiquiatra tiene, a veces, que sufrir la ironía de sus colegas médicos; pero no hay paridad entre la dificultad que ofrece lograr la unanimidad en definir

lo que es una aortitis y lo que es una esquizofrenia. Es más fácil lograr coincidencias en la interpretación de cómo opera la naturaleza, que en la de cómo opera —normal o anormalmente— el hombre.

\* \* \*

La Psiquiatría es un ejemplo típico del problema de las dos culturas de la que se habla tanto, comentando las peculiaridades del momento actual. Son dos formas de cultura que conviven, pero sin llegar a ensamblarse. De un lado —y en primerísimo plano— se halla la cultura técnica, derivada de los progresos de las ciencias naturales. De otro lado, la cultura humanística, que debe impregnar la vida del hombre. A estas horas se duda de haber logrado un humanismo que esté a la par, y compense, la distorsión que produce la exagerada dilatación de la dimensión técnica.

En la Psiquiatría nos encontramos con múltiples líneas de abordaje de la enfermedad mental. La Psiquiatría pretendía antes ser una ciencia autónoma, es decir, con métodos propios, ya que tiene un objeto tan extraño y peculiar como la enfermedad más humana de todas: *la enfermedad mental*. Pero esta pretensión de autonomía se ha frustrado. Una constelación diversa y variada de métodos de investigación y, por tanto, de hallazgos, ha servido de base al auténtico progreso de la Psiquiatría. Tal variedad de caminos pueden reducirse sustancialmente a dos: el de las ciencias de la naturaleza y el de las ciencias de la cultura. Nos encontramos, pues, con la escisión y la problemática de las dos culturas aplicadas a la psiquiatría. La medicina moderna —me refiero a la medicina somática— ha debido sus éxitos a la aplicación de los métodos de la ciencia natural (física, química, biológica, matemática, etc.) a los problemas planteados. Sólo en los últimos tiempos ha empezado a descubrir, a través de los trastornos psicosomáticos y de los problemas de la sociología médica, que también ella se halla afectada por esta problemática de las dos culturas, si bien de un modo no tan radical como la Psiquiatría. No podía ser de otra manera: la medicina tiene que ver con el hombre enfermo y, por tanto, con el hombre como unidad, singularidad y totalidad.

A fines del siglo pasado, al incorporarse la Psiquiatría a la vida universitaria, empezó a florecer en aquello que tenía mayores analogías con la medicina somática. KRAEPELIN, sus antecesores y sus seguidores, quisieron establecer el modelo de la enfermedad mental sobre el mismo modelo que utilizaba la medicina somática. Así, cada enfermedad forma una "entidad nosológica". Los descubrimientos que se realizaron sobre la etiología y la patogenia de la parálisis general y sobre su anatomía patológica permitieron señalarla como paradigma a imitar en el resto de la psiquiatría.

Bien pronto se vio que este criterio resultaba, a todas luces, insuficiente. Ni siquiera los síntomas psíquicos podían ponerse en relación directa con las lesiones que les servían de base. Por otra parte, las enfermedades infecciosas y tóxicas ofrecían cuadros análogos, como un *síndrome general básico*, desencadenado reactivamente, pero emergiendo de un *modelo preformado* subyacente en la propia estructura psíquica del hombre. Lo que produjo mayor desconcierto fue que la esquizofrenia y la psicosis manícodepresiva no pudieran subsumirse en aquel esquema. Se trata, en estos dos casos, de *modos de enfermar* radicalmente distintos de los anteriores. No cabe, pues, afirmar que ahondando en los mismos métodos de investigación se pueda llegar a la solución de sus problemas.

Un hecho curioso y digno de subrayarse desde la perspectiva de la sociología de la ciencia es el carácter normalmente peyorativo que han venido tomando algunos diagnósticos psiquiátricos. En él se hallan implicados constantes de la mentalidad colectiva por una parte, y la actitud del psiquiatra por otra. La palabra "histérico" es, a veces, más un insulto que un diagnóstico. Lo mismo ha ocurrido con "psicópata" y algo análogo acaece ahora con la palabra "esquizofrenia". De ahí esa negativa a hacer diagnósticos como si el diagnóstico no fuera más que una etiqueta infravalorativa, lo cual está en contradicción con la tradición de la medicina, que alzaprima siempre la operación diagnóstica para demostrar que es una ciencia y no pura empirie; por una parte, la Psiquiatría se empeña cada vez más en incorporarse al voluminoso caudal de la tradición médica, y por otra existe el intento de rebelarse contra ella. Sin embargo, esta rebeldía contra el diagnóstico tiene su fundamento y justificación. Contra lo que se rebelan algunos psiquiatras es contra una actitud estática de la Psiquiatría y, sobre todo, contra una resistencia implícita a reconocer que etiquetar es muchas veces, renunciar a la acción. Es la misma actitud que socialmente se traduce en la segregación del enfermo, del alienado. Socialmente la segregación se hace mediante los muros y las leyes, científicamente mediante los diagnósticos.

Esto no quiere decir que el intento de describir enfermedades sea absolutamente inútil, como algunas veces se ha dicho. Conocer *la historia natural de una enfermedad* es algo más que una descripción. No se trata sólo de etiquetar unos síntomas como se hace en un archivo, sino de averiguar la dinámica del desarrollo y evolución de ese modo de enfermar, lo cual permite establecer un pronóstico y, por consiguiente, una línea de conducta. En la historia natural de la enfermedad hay una *biodinámica* que en manera alguna puede infravalorarse. El gran esquema de KRAEPELIN al aislar dos grupos morbosos, uno de carácter cíclico que deja indemne la personalidad fuera de las fases, y otro con peculiares tendencias destructivas de la personalidad del enfermo, es tan sólo un primer punto de referencia, lo que lo ha invalidado ha sido la inflación de ambos grupos y, sobre todo, su manejo como si fueran enfermedades constituidas con arreglo a los mismos esquemas que las enfermedades somáticas, cuando no son más que "*formas de enfermar*".

Este gran escollo de la Psiquiatría como ciencia natural no debe hacernos olvidar los grandes éxitos actuales y los posibles avances futuros. Los estudios genéticos de ciertas enfermedades, la experimentación sobre la actividad nerviosa superior y los descubrimientos de las nuevas drogas terapéuticas, han contribuido, decisivamente, a cambiar la faz de la asistencia psiquiátrica. Es un camino fecundo, prometedor y a veces peligroso. Hace unos años se discutió en un Congreso si, puestos en el trance de renunciar a uno de los dos caminos, se debería renunciar a la farmacología o al antiguamente llamado "tratamiento moral" de los enfermos. La propuesta—aun teóricamente— es, en sí misma, absurda. Precisamente la psicofarmacología facilita ese "tratamiento moral", o sea la asistencia intra- y extramural de los enfermos, y viceversa. Lo cierto es que la vida en los establecimientos psiquiátricos ha cambiado totalmente. El futuro de la investigación biológica es esperanzador. Las investigaciones sobre los ácidos nucleicos (DNA y RNA) como vectores de la transmisión genética se amplían ahora al mejor conocimiento del control de algunas funciones vitales tales, como la memoria y el aprendizaje. La neurofisiología descubre ciertos resortes de la conducta y los maneja a distancia, pensando que lo que se logra hoy

ne los animales pronto se podrá aplicar al hombre. La neurofarmacología controla no sólo las crisis patológicas, sino ciertas regulaciones vitales —sueño, fatiga, actividad, placer, etc.—, lo que lleva al uso indiscriminador de medicamentos. Ahora sí que estamos, pues, ante una gran avenida llena de esperanzas para el futuro de la Psiquiatría. Avenida también llena de peligros que nos recuerdan constantemente nuestros deberes frente al hombre.

Resulta lógico esperar que, en las décadas próximas, estos sutiles avances en el conocimiento de los procesos bioquímicos, neurodinámicos y metabólicos que subyacen a las alteraciones patológicas de la conducta, permitirán nuevas aplicaciones terapéuticas. El mismo FREUD formuló la provisionalidad de su teoría de las neurosis esperando los avances de la bioquímica. Algunos autores han dicho que la psicopatología de la esquizofrenia perderá su valor —¡tantas horas, tantas páginas, tanto esfuerzo dedicado a ella!— el día en que se descubra algún sustrato patogenético que sirva a su diagnóstico y a su tratamiento, del mismo modo que lo perdió la psicopatología de la parálisis general cuando se descubrió que se podía diagnosticar mediante una punción lumbar y tratarla, antes con malarioterapia, y hoy con antibióticos.

Este punto de vista me parece un error peligroso. Su peligro consiste en *deshumanizar la psiquiatría*. La vida psíquica *despega*, en cierto sentido, de su sustrato corporal y tiene su autonomía propia. En la medicina somática actual está ocurriendo el proceso inverso. A pesar de aumentar los conocimientos patogenéticos y terapéuticos sobre los procesos patológicos necesita, cada día más, de la comprensión del hombre en su enfermedad, lo cual no puede lograrse sin la psicología profunda, en colaboración con la antropología y la sociología. En mayor escala sentirá esa necesidad la Psiquiatría, a medida que progrese por el camino científico-natural. Ahora mismo, un gran problema de la Psiquiatría como ciencia, se halla en lograr la clave de las relaciones entre la farmacoterapia, la psicoterapia y la socioterapia. Nos movemos todavía en un terreno demasiado empírico, sin lograr interpretaciones profundas y certeras de estas relaciones. La dificultad es comprensible en cuanto se piensa que este problema se halla referido, en alguna forma, al de las relaciones entre lo físico y lo psíquico, es decir, a la propia médula unitaria del hombre.

*Afortunadamente, la Psiquiatría también es ciencia natural.* La sintomatología psíquica del enfermo se halla ligada a su propia vida psíquica y, por tanto, a su historia anterior —a su "historia vital interna"— aun cuando, a veces, aparezca como un "*hecho nuevo*" distinto y extraño. En la psicopatología fenomenológica se distingue entre lo comprensible y lo explicable. Se *explica* la presencia de una demencia por un razonamiento análogo a como se explica la presencia de una rigidez pupilar. En cambio las alteraciones de la conducta de un neurótico se *comprenden* a partir de los principios de la vida psíquica normal.

Lo psicótico es lo "incomprensible", pero los límites de la incomprensibilidad, ¿dónde se sitúan? No son independientes de las coordinadas de tiempo y espacio en las cuales vivimos. Lo incomprensible es lo que carece de sentido, lo absurdo; pero cada día comprendemos más, porque hemos aprendido que el absurdo es un ingrediente de la vida humana. Existe siempre un "resto aparentemente indescifrable" que en cualquier momento puede emerger y dominar. Lo importante no es la existencia del absurdo, *sino que el absurdo domine la vida misma* y quiebre su relación de sentido. El sentido de la vida no está ya dado al nacer, sino que se hace día a día. Le amenaza siempre el absurdo, el acto carente de

sentido y el secreto de la normalidad se halla en esa relación dialéctica que se establece con el absurdo en el seno de la persona.

Plantear el problema del delirio, de la alucinación y, en general, de los trastornos mentales como resultado de esa dialéctica interna, nos sitúa forzosamente en una actitud terapéutica más activa, tanto desde el punto de vista somático como psíquico y social. La inercia y el nihilismo terapéutico anidan en la mente del psiquiatra que piensa que su misión consiste sólo en describir unos trastornos. Esa actitud no es compatible con el "espíritu del tiempo". De ahí la importancia de los temas terapéuticos en este Congreso, tanto desde el punto de vista farmacológico como psicoterápico y socioterápico.

La vivencia del tiempo del hombre actual tiene una especial fugacidad. Existe en él una inquietud por quemar las etapas. Los métodos de tratamiento lento recuerdan los viajes en diligencia. Una serie de imperativos médicos, sociales y psicológicos exigen brevedad en los mismos. La "psicoterapia breve" no es un capricho, sino una exigencia de los tiempos actuales. Con tema tan importante se cierra el capítulo de las sesiones plenarias del Congreso.

\* \* \*

FREUD realizó un gigantesco esfuerzo comprensivo de las neurosis. Resulta curioso subrayar que este esfuerzo comprensivo se realizó mediante métodos análogos a los de la ciencia natural, aunque después se *extrapolara* una gran mutación. En este mismo hecho queda subrayada, una vez más, la *ambigüedad* de la Psiquiatría, que no puede ser ciencia natural ni ciencia cultural, sino que ha de lograr un tercer camino, el del diálogo entre ambas. Es demasiado fuerte todavía la tendencia a escindir la tarea en los dos sectores. Hay como una esquizofrenia del mundo científico manifestada en ese proceso de escisión. El psiquiatra no puede, en manera alguna, ignorar que esa división le impide penetrar en la esencia del enfermar psíquico, que es la propia esencia del hombre. Porque el hombre, a pesar de su vida corporal y de su vida psíquica *no tiene más que una vida humana*.

El enfermo mental es un "alienado". Es decir, alguien que se enajena, que salta las fronteras del mundo de la normalidad. Pero la Psiquiatría actual, en ese inmenso esfuerzo de comprensión, ha reconocido que precisamente lo que hay que evitar es que se enajene. Es necesario que el enfermo permanezca en la comunidad. *La psiquiatría de la comunidad* es una expresión de moda que tiene muchas vertientes significativas. Se trata de reorganizar la asistencia, de tal modo, que el enfermo siga permaneciendo en la comunidad, en una u otra forma, porque su exilio le enferma más destructivamente. Esta aproximación del enfermo a la comunidad, esta difuminación de las fronteras entre lo normal y lo anormal, crea nuevos problemas de los que el psiquiatra actual es bien consciente. La Psiquiatría comparada, los problemas de la adolescencia, la neurotización de la sociedad contemporánea, son hitos a subrayar en esa nueva frontera. La Psiquiatría tiene una *dimensión sociológica* que es imposible ignorar. Y por otra parte, el estudio de los "monstruos de la razón" que pintaba Goya, ubicados en ese océano interior que se llama inconsciente y que emergen, precisamente, cuando la razón se quiebra, es un postulado ineludible de la psiquiatría moderna. Hay un *inconsciente personal*; pero también la sociedad nos muestra sus estructuras primordiales e inconscientes a través de los mitos que aparecen siempre, por muy racionalizada que se encuentre la vida. Hay, además del *inconsciente perso-*

*nal y social, un inconsciente vital* aquel que fluye de lo que NOVALIS llamaba "la costura entre el alma y el cuerpo" y cuya investigación a fondo ofrece tantas promesas de conocimientos nuevos, especialmente en los círculos de las neurosis y de las depresiones que constituyen uno de los sectores más interesantes de la Psiquiatría actual. El inconsciente vital está anclado en la corporalidad y el cuerpo es, por sí mismo, estructurante de la personalidad humana y vehículo de las relaciones interpersonales.

Lo cierto es que la Psiquiatría es hoy más dinámica que nunca. Dinámica en el descubrimiento de nuevos fármacos que sirvan para el tratamiento de los enfermos; dinámica en la interpretación de los síntomas de la enfermedad; dinámica en los estudios de sus causas desde la genética biológica a los traumas psíquicos, evocadores del "terror antiguo", sufrido en el amanecer de la persona; dinámica, en fin, en la ancha franja donde lo normal y lo anormal se superponen ambiguamente, dibujando una frontera flúida entre ambos.

\* \* \*

La evidente dimensión sociológica de los trastornos mentales y la angustia difusa de la sociedad contemporánea han colocado al psiquiatra en muchos países en una posición singular. Hay un cierto peligro: el de la *inflación del papel del psiquiatra* como si fuese un mago o un teurgo que tuviese en su mano resolver todas las situaciones conflictivas, personales y colectivas que se presenten. Evidentemente, muchos conflictos interpersonales pertenecen al campo de acción de la Psiquiatría. Unos, porque derivan de una angustia patológica; otros, por desequilibrios instintivos o por canalizaciones vegetativas anómalas o por efectos desestructuradores de la vida psíquica. En tales conflictos domina con frecuencia el principio de la reiteración, la inadecuación de la respuesta al estímulo, la reviviscencia de la angustia infantil, la inmadurez de la personalidad o la oscilación patológica de los estratos endotímicos, etc.

*Pero hay otros conflictos o frustraciones que pertenecen al ser propio de la vida cotidiana.* La vida es, en sí misma, conflictiva y la supresión de todos los conflictos; si fuera posible llevaría consigo la inhibición en el desarrollo de la personalidad. El carácter se forma en la adversidad, decían los antiguos. Es cierto que el conocimiento de la dinámica de los conflictos evidentemente anómalos nos capacita, por analogía, para entender mejor aquellos que pertenecen a la ancha franja de la normalidad. Pero también lo es que, con frecuencia, el psiquiatra se convierte, sin querer, en un ideólogo y propone soluciones a los mismos que están más allá de sus propias fronteras de acción y en su afán de eliminar conflictos más bien retrasa la maduración de la personalidad que la favorece. Existe en este sector una zona pantanosa que obliga al psiquiatra a poseer mucho saber y a utilizarlo con mucha prudencia. Cuando ésta se pierde se llega a afirmar que "las enfermedades mentales son un mito" y que una nueva sociología debe sustituir a la Psiquiatría. La población del mundo dobló aparentemente entre los años que van del nacimiento de Cristo hasta 1650 y otra vez dobló entre 1650 y 1850. En todo este tiempo la Medicina carecía del poder de modificar el medio que rodea al hombre. No hubo ningún gran descubrimiento como los que después han permitido el control de las epidemias y tantos otros avances más. Si la población creció tanto fue porque cambió el modo de vivir en todo ese tiempo y ello influyó sobre la mortalidad humana aunque no se conozcan todavía con detalle las influencias de los progresos en el modo de vivir sobre las cifras de mortalidad. Si esto ocurrió en las enfermedades so-

máticas mayor es la influencia que hemos de reconocer al modo de vivir sobre los modos de enfermar psíquicos. Los pueblos persiguen cada día más y por los caminos más diversos el ideal de la Sociedad del bienestar. Quizá el ideal en sí no sea tan nuevo en la historia de la humanidad, sino que los medios para conseguirlo son más eficaces ahora y la imagen que se hace cada colectividad de lo que es el bienestar se halla más acorde con los medios de que dispone la sociedad contemporánea. Los poderes públicos dirigen sus esfuerzos a lograrlo. El bienestar requiere seguridad y protección y todo aquello que podemos llamar "precondiciones" de la felicidad humana. A los médicos y a las organizaciones públicas sanitarias toca combatir la enfermedad, que es algo que perturba siempre el bienestar humano convirtiéndolo en malestar. El combate contra las causas materiales que se oponen al bienestar tiene sus dificultades, pero ofrece una clara perspectiva de progreso. Ya no es tan claro en lo que se refiere a las condiciones psicológicas que provocan lo que podríamos llamar la "pobreza invisible e interior" del hombre. Este es un gran objetivo para la Psiquiatría del futuro, para una gran Psiquiatría de la comunidad. El mundo de nuestros enfermos nos enseña mucho sobre las perturbaciones de las relaciones humanas que engendran esa pobreza invisible y, por tanto, esa enseñanza debe aprovecharse en bien de la comunidad.

Lo que resulta evidente es que los sistemas sociales forman una estructura formal y que *el orden de la cultura* es un segundo órgano con respecto al *orden natural*, no menos importante que aquél. La adaptación al orden cultural, el paso de las sociedades tribales a las civilizadas es complejo; pero estos mismos fenómenos los tenemos en el tránsito entre las diversas subculturas que se imbrican en el interior de cualquier sociedad civilizada. Los problemas de la adolescencia, de las perversiones sexuales, de la adicción o toxicomanía están ligados a estos hiatos e inadaptaciones que se abren entre las diversas tramas culturales que constituyen el mundo en que vivimos. La Psiquiatría como ciencia se ve por tanto forzada a *una convivencia entre perspectivas distintas*, que dependen del medio cultural y humano en que se desenvuelve. Las formas de asistencia y de psicoterapia varían extraordinariamente de un área cultural a otra, aunque la psicofarmacología sea la misma. La vejez, por ejemplo, como quedó patente en el Simposio de Londres organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, tiene bases biológicas comunes, pero crea problemas de asistencia distintos en los diversos países.

Esta interdependencia tan estricta entre hombre y medio cultural es la que convierte a la *definición de enfermedad mental en la gran aporía de la psiquiatría* (también la medicina somática tiene sus dificultades). Puede incluso ocurrir que la aporía sea difícilmente vencible o invencible. No importa. Esa invencibilidad demuestra que la Psiquiatría es tan humana que no puede subsumirse totalmente en una ordenación categorial científica. Esto le ocurre también a la medicina "en movimiento", es decir, a la práctica médica. El progreso de la medicina, como ciencia, debe ir acompañado de un conocimiento, lo más dilatado posible, de las estructuras profundas del enfermar que no son sólo biológicas, sino también personales y culturales. Los modos de enfermar cambian de estilo a lo largo de la historia como he dicho antes, y este cambio es más patente cuanto menos gravitación biológica tiene el cuadro clínico. En torno a la raíz de sus síntomas el enfermo colabora creando un mito: esto es patente en las neurosis y en las psicosis. El psiquiatra debe conocer ese hecho, pero nunca olvidar que *el enfermo es una realidad y no un personaje mítico*. La enfermedad mental es un aconteci-

miento humano pluridimensional en sus manifestaciones y en su génesis. Cualquier avance que tenga lugar en su conocimiento es un avance en el conocimiento de ese continente, donde todavía queda tanta "terra incognita", que es el hombre.

*Señores:* Las neurosis y las psicosis son mitos individuales. Los pueblos tienen sus mitos. Nosotros, los españoles, tenemos el nuestro en ese personaje singular, don Quijote de la Mancha, que no ha tenido más existencia que la literaria, pero que realmente forma parte de la textura personal de todo español. Don Quijote fue un hidalgo manchego, pobre en bienes materiales, rico en ideales y en afán de combatir por ellos. Con el seso perdido transfiguró la realidad, como en el caso de Dulcinea, tan bellamente simbolizada en los sellos conmemorativos de este IV Congreso. Sobre don Quijote han llovido los diagnósticos psiquiátricos: unos han hablado de paranoia; otros, de esquizofrenia, etc. Pero "él" se ha mantenido rebelde a cualquier etiqueta nosológica. Algo hay en don Quijote que quisiera subrayar. Era loco, pero al mismo tiempo cuerdo. No me refiero al hecho de que recobrase su razón al ir a morir, sino a que en plena locura resultaba prodigiosamente sensato. Ahí se ve la genialidad de Cervantes. No se trata de que don Quijote fuese loco y Sancho, cuerdo; que uno fuese leptosomático y el otro, pícnico; sino de que en cada uno de ellos había locura y cordura, aunque en dosis y modos desiguales. Esto es lo que al psiquiatra interesa, lo que el psiquiatra ve: la convivencia, el diálogo entre cordura y locura, entre razón e insensatez, entre las luces de la razón y los fantasmas de la sinrazón. No existe el loco absoluto. No existe el cuerdo absoluto. Así es el hombre que hace de la vida una aventura abierta entre el mundo de la realidad y el de la posibilidad. Por eso avanza, por eso el hombre es capaz de hacer historia.

Estáis en la tierra de don Quijote. Ese lugar de La Mancha donde vivía no está lejos de aquí. A través de mis palabras él os da la bienvenida. Que vuestros estudios e investigaciones, que vuestros diálogos y encuentros ayuden al mundo a lograr que esa convivencia entre la locura y la cordura sea cada vez más un diálogo de paz, en lugar de una monstruosa explosión de angustia y de incompreensión. Si comprendemos mejor a los enfermos, también los sanos debemos comprendernos mejor. Bienvenidos todos a la tierra de don Quijote.

