

DISCURSOS, LAUDATIOS Y EXPOSICIONES

**CONTESTACIÓN AL HOMENAJE A LA ANTIGÜEDAD ACADÉMICA.
INSTITUTO DE ESPAÑA****REPLAY TO HOMAGE TO ACADEMIC SENIORITY. INSTITUTE OF SPAIN***Francisco Alonso Fernández**Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Psiquiatría**Catedrático de Psiquiatría y Psicología médica de las Universidades de Sevilla y Complutense de Madrid*

Mis primeras palabras han de ser una expresión de profundo agradecimiento para la Junta Directiva del Instituto de España por haberme asignado la distinción anual de la antigüedad académica, galardón seleccionado entre la totalidad de los miembros de las diez Reales Academias Nacionales que integran este Instituto de España. Agrego mi reconocimiento a los funcionarios del Instituto por el interés volcado sobre la gestión administrativa del acto.

Una dedicación de gratitud especial al admirado académico y amigo profesor Francisco González de Posada, que acaba de ofrecer mis signos de identidad emparejados con la elegancia estética y la generosidad hacia mi trayectoria personal. No puedo dejar de suscribir esta gratitud con un gran abrazo ahora mismo.

Mi antigüedad académica de cuarenta años se la debo agradecer a la Real Academia Nacional de Medicina de España que, presidida por el profesor Benigno Lorenzo Velázquez, me dispensó el honor de elegirme académico numerario en 1978, cuando me encontraba en plena actividad como catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, recién llegado a Madrid.

La vida académica prolongada durante ocho lustros me ha proporcionado la fortuna de convivir con tres generaciones sucesivas de colegas eminentes, estimados amigos o admirados compañeras y compañeros.

Desde esta atalaya de una vivencia académica cuadrangular contemplo mi existencia (por cierto, un tanto trepidante o distresada desde la adolescencia) como hilvanada por una trama vertebrada en función del adagio extraído del poeta lírico griego Píndaro (el más notable y admirado por sus odas y por su singular encanto): *Llega a ser el que eres*. La consistencia de mantenerme fiel a mí mismo contó con el sólido respaldo prestado primero por mis ejemplares progenitores, un padre víctima política, y después con el soporte proporcionado por mis cariñosas hijas, las tres competentes profesionales especializadas en ciencias psíquicas (psicología, psicoterapia y psiquiatría). Desde la época adolescente juvenil hasta hace cuatro años, en que se produjo su fa-

llecimiento, fue mi apoyo personal día a día el amor de mi esposa y colaboradora científica María Dolores San Martín.

Mi dicción asturiana debía de andar por los suelos en alguna ocasión. Todavía recuerdo hoy con humor festivo cómo el jefe del aeropuerto de Buenos Aires me tomó por italiano y cuando advirtió su error se apresuró a disculparse con presteza alegando: “Es que usted habla bien el español pero no lo habla bien del todo”.

He contado con la suerte de no conceder mayor importancia a los peñascos que trataban de obstruir mi senda profesional. Por fortuna, nunca me sentí afectado por la química del resentimiento, al menos que yo sepa.

Es obvio que comparto con la mayoría de los llamados trabajadores profesionales, entregados a una profesión liberal, la dedicación a un trabajo clasificado como “trabajo excesivo entusiasta”, esto es, un trabajo absorbente vivido como una entrega voluntaria satisfactoria, a la que se agrega en mi caso el privilegio de tratarse del ejercicio clínico de Medicina. El ser médico se convirtió para mí de inmediato al mismo tiempo en mi realidad concreta y mi filosofía de vida.

Vive actualmente la Medicina un curso transhistórico configurado como una etapa de cambios acelerados, establecidos por el imperativo de la tecnología. Corresponde a la Psiquiatría velar por la preservación de las funciones sustantivas permanentes de la Medicina, organizadas en torno a una dedicación suficiente a escuchar al paciente con simpatía en el marco de un diálogo con participación empática en su vida y sus dolencias, todo lo cual hace legítimo distinguir a esta Medicina como *la única Medicina* que merece el título de “Medicina Personalizada”. Se impone preservar la Medicina así entendida, basada en el diálogo con el enfermo, haciéndola compatible con los admirables progresos tecnológicos.

La personalización del enfermo no ha dejado de ser incluida en la moderna corriente de la Medicina titulada con ambición *Medicina de Precisión*. Si bien, no siempre se ha reconocido así, la definición de

Autor para la correspondencia

Francisco Alonso Fernández

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: franciscoalonsofernandez@hotmail.com

esta Medicina (“la adaptación del tratamiento médico a las características individuales del paciente”) deja muy claramente especificado la implicación de los elementos psicosociales del paciente.

La revisión terminológica de la ciencia médica se presenta como una exigencia mayúscula. Pongamos un ejemplo: la designación de un curso clínico favorable se ajusta al término “restablecimiento”, ya que su precisión semántica permite corregir los dos términos al uso: por un lado, “curación”, término demasiado definitivo y concluyente y, por otro, “remisión”, vocablo demasiado humilde o efímero.

La propia Psiquiatría afronta hoy nuevos horizontes. La medicina psiquiátrica pragmática, sin abandonar su actitud de ciencia humanística empírica y comprensiva, a la vez ciencia mixta, como ciencia natural y ciencia cultural, amplía su horizonte terapéutico con la llamada Psiquiatría Participativa. En el programa asistencial de la prometedora Psiquiatría Participativa se incluye como novedad la participación activa del enfermo en el proceso asistencial, tramitado a través de un nuevo método conocido como “terapia pedagógica”.

El programa de la Psiquiatría Participativa, distinguida por el logro de una adhesión fiel del paciente al tratamiento, ofrece la singular ventaja de mejorar la respuesta terapéutica, al tiempo que reduce el índice de abandonos del tratamiento, precoces o tardíos, excluye el cumplimiento irregular o inadecuado de las normas asistenciales.

La prevención primaria de los trastornos mentales permanece como la meta última o suprema de la psiquiatría empírica actual. Este logro preventivo se ha alcanzado en una amplia medida en el capítulo de los trastornos depresivos, donde cada quien puede protegerse a sí mismo en una proporción superior al 50% del riesgo, mediante una estrategia de vida adecuada, estrategia que yo mismo entre otros he descrito con puntualidad en varias monografías sobre el enfermo depresivo.

En el curso de la entrevista con el enfermo sigue imperando en la actitud del psiquiatra el método comprensivo, o sea la senda o camino adecuado para captar los nexos de sentido y el haz de motivaciones presentes en la vida y las vivencias del enfermo. El ejercicio de la comprensión clínica abarca la realidad del enfermo, una realidad sistematizada, en términos orteguianos, en *lo patente y lo latente*, sin omitir nunca el establecimiento del diagnóstico de su trastorno psicopatológico.

La limitación empírica de la comprensión del enfermo como Hombre Total viene dada por su dimensión inconmensurable, según pone de relieve el pionero del método comprensivo, Karl Jaspers, en su obra póstuma *Philosophische Autobiographie*. La comprensión del enfermo por parte del médico proporciona a éste la enorme satisfacción de sentirse comprendido. En verdad, para la vida emocional del enfermo es casi tan importante sentirse comprendido como encontrarse recuperado.

El laberinto de la psicopatología se encuentra sistematizado en los libros clásicos en forma de una nosografía, una especie de sistema clasificatorio de los trastornos mentales vistos desde el empirismo comprensivo clínico, conexionado con sus factores determinantes, distribuidos en motivos y causas. Se está incurriendo en el grave error de hacer pasar por una nosografía válida para la evaluación psicopatológica el catálogo respaldado por el marketing, conocido como DSM (las siglas en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Es preciso remarcar que la validez o utilidad del DSM (que es una taxonomía de origen extra-clínico y no una nosografía clínica) se limita a los informes destinados a la consideración por personas ajenas a la Medicina, como ocurre con los informes forenses.

La moderna inserción de las neurociencias en la psiquiatría me lleva a recordar los viejos tiempos caracterizados por la integración unitaria de la neurología y la psiquiatría formando una especialidad conocida como neuropsiquiatría. Yo mismo ejercí en mi primer lustro profesional como un neuropsiquiatra. El rápido desglose de este ciclo unitario permitió tanto a la psiquiatría como a la neurología una expansión científica prodigiosa.

Y aproximándonos al final, no voy a escatimar una vibrante alocución en defensa del enfermo mental. Estos enfermos son con frecuencia objeto de estigmatización, o sea víctimas marcadas con una estimación social negativa. Esta especie de repulsa o rechazo social que carga contra el paciente psiquiátrico se funda en dos suposiciones erróneas: su insensibilidad emocional y su irrecuperabilidad (antes decíamos incurabilidad). Por el contrario, en primer lugar, el enfermo mental suele poseer una profunda riqueza de sentimientos positivos y, en segundo lugar, hoy por hoy, con excepción de los procesos demenciales, su recuperación alcanza casi el 90% de los casos.

Resulta apremiante alcanzar en la población general un cambio de actitud comunitaria ante el enfermo mental. Muchas veces el escollo que mantiene resistente el trastorno mental a la gestión terapéutica se localiza en la marca de rechazo afectivo que encuentra el paciente en su gente. Hasta enfermos mentales geniales como Beethoven, Kafka o Pessoa sufrieron un trato adverso o el abandono afectivo por parte de sus allegados. En conclusión, es de justicia señalar en letras de oro que el enfermo psiquiátrico precisa en cualquier caso anudar el vínculo de una relación afectuosa con sus familiares o personas próximas.

Y ya para finalizar mi intervención breve, demasiado breve por imperativo del protocolo, para apaciguar mi consternación, contenida hasta este momento, preciso dedicar un recuerdo de dolor y añoranza en memoria de las muchas personas queridas fallecidas. Debo confesar que esta pérdida irreparable de amigos y familiares aflige muchos momentos de mi vida y llega en ocasiones a hacer que me sienta como un naufrago superviviente en un país extraño.

A todos vosotros os dedico un abrazo de cordialidad y agradecimiento por vuestra presencia y vuestra atención. Quisiera haceros constar que gracias a vosotros este acto ha trascendido en mis sentimientos lo estrictamente académico para enriquecerse con una dimensión de afecto entrañable.



De izquierda a derecha: El Prof. Poch, Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina de España; El Prof. Alonso Fernández, Académico de Número de la RANM; D. Darío Villanueva, Presidente del Instituto de España y el Prof. González de Posada, Académico de Número de la RANM.

Si desea citar nuestro artículo:

Alonso-Fernández F.

Contestación al Homenaje a la Antigüedad Académica
ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;
An RANM · Año 2018 · número 135 (03) · páginas 321–323
DOI: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.03.dle05>
