

Por lo demás, las investigaciones han comprobado hasta el momento que se trata en el psicoanálisis de un instrumento terapéutico específico, el cual con una acertada indicación y una aplicación correcta puede significar para el grupo conveniente a este tratamiento una mejoría considerable del estado de salud y del rendimiento profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F., *Psychoanalytic Therapies*. The Ronald Press Co., Nueva York, 1946.
- Dührssen, Annemarie, "Die Überprüfung prognostischer Urteile bei psychogenen Erkrankungen". *Z. Psychother. und Psychol.*, 2, 1952, pp. 174-186.
- Ídem, "Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie". *Z. Psychosom. Med.*, 3, 1957, pp. 201-210.
- Ídem, "Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie". *Z. Psychosom. Med.*, 8, 1962, pp. 94-113.
- Dührssen, A. y E. Jorswieck, "Eine empirische-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung". *Nervenarzt*, 35, 1965, pp. 166-169.
- Ernst, K., *Zur Prognose der Neurosen*. Springer Verlag, Berlín, Gotinga, Heidelberg, 1959.
- Freud S., "Über Psychotherapie". *Gesammelte Werke*, tomo X, vol. 5, Imago Publishing, Londres, 1949, pp. 13-26.
- Glover, E., *The Technique of Psychoanalysis*. International Universities Press, Nueva York.
- Payne, Sylvia, "Short Communication on Criteria for Terminating Analysis". *Int. Journal of Psychoanalysis*, vol. XXXI, p. 205.
- Schultz-Hencke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Georg Thieme, Stuttgart, 1951.
- Wallerstein, R. S., Lewis Robbins, Helen Sargent y Lester Luborsky, "Psychotherapy research project of the Menninger Foundation". *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 20, núm. 5, 1956, pp. 221-280.

## LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN FRANCIA

Henry Ey

EN FRANCIA se han producido tres revoluciones en cuestión de asistencia psiquiátrica.

La primera, que coincidió con la Revolución Francesa y el primer gesto de Pinel, definió al alienado como a un enfermo que había que sacar de las prisiones para situarle en condiciones de higiene, cuidados y protección, es decir, en asilos de alienados. De aquí el estatuto de internación y la creación de los asilos de alienados, uno por cada Departamento (aproximadamente unos 60 hacia el final del siglo XIX).

La segunda revolución se debió a Edouard Toulouse, en 1922, momento en que organizó un servicio de cura libre en el Asilo de Santa Ana, centro de la psiquiatría francesa. Desde entonces casi todos los asilos admitieron en su recinto gran cantidad de enfermos no internados, lo que transformó la fisionomía de estos hospitales y planteó problemas considerables de orden médico, administrativo y jurídico.

Por último, la tercera revolución ocurrió después de la Liberación, en 1945. La nueva generación de psiquiatras de esta época, a la que pertenezco y que hacia 1950 se hallaba en su plena madurez, emprendió un inmenso trabajo de reflexión y se lanzó a una empresa que habría de desembocar en *el hospital psiquiátrico*. La doctrina y las realizaciones establecidas tienden, en efecto, a reducir la distancia entre la psiquiatría y la medicina, a llenar el foso que se había excavado entre los "asilos" y los "hospitales" y a imaginar nuevas insti-

CUADRO 1. *Movimiento de población de los hospitales psiquiátricos desde 1900 hasta 1962*

Año	Población actual	Ingresos	Porcentajes de altas en relación con los enfermos antiguos y recientemente ingresados
1900	64 977	19 272	8.1
1910	74 173	21 039	8.4
1920	74 783	23 745	10.2
1930	75 580	28 000	10.1
1940	110 188	32 952	12.17
1945	64 641	—	—
1952	97 754	49 305	27.6
1954	105 036	56 531	31.7
1958	111 211	74 684	39.2
1960	114 477	85 501	39
1962	115 575	102 003	43.7

tuciones en forma de red funcional en la que el hospital no constituye más que un elemento o, mejor aún, una fase.

Para comprender bien los problemas que se plantearon y se plantean hoy, veamos en primer lugar algunas cifras que pondrán de relieve el movimiento de población en los hospitales psiquiátricos desde 1900 a 1962 en Francia, país de 30 000 000 de habitantes, en 1900, y 47 000 000, en 1962.

CUADRO 2

Hospitales psiquiátricos	116 000 camas
Hospitales generales	5 000 camas
Clínicas privadas	4 000 camas
Hospicios (inválidos y viejos)	165 000 camas

Añadamos a esto que numerosas clínicas semiprivadas (hospitales y clínicas —hospitales de día—, instituciones médico-psicológicas para niños) completan esta red de servicios públicos y de servicios en los hospitales generales (aproximadamente 4 000 camas).

En cuanto al sector privado, que debe añadirse a estos servicios públicos, está representado por clínicas privadas (aproximadamente 5 000 camas).

Agreguemos también una cifra importante, la de los inválidos, seniles, etc., alojados en hospicios y que asciende a 165 000.

CUADRO 3

Presupuesto global de las 116 000 camas de los hospitales psiquiátricos por año	F.A. 102 200 000 000 (ciento dos mil doscientos millones)
	N.F. 1 020 000 000 (mil veinte millones)
	\$ 204 000 000 (doscientos cuatro millones de dólares)
Presupuesto por cada uno de los 217 000 enfermos tratados por año en los hospitales psiquiátricos	Francos antiguos . . . . . 470 000
	Nuevos francos. . . . . 4 700
	Dólares . . . . . 940

Los gastos considerables que acusa la asistencia psiquiátrica en este país son mayores aún que los representados por las cifras que acabamos de ver. En efecto, estas cifras no comprenden los gastos de funcionamiento de los dispensarios ni los correspondientes al sector privado, que no cubre totalmente la seguridad social (sanatorios privados de precio más elevado que el de los hospitales psi-

quiátricos), ni las indemnizaciones diarias que paga la seguridad social además de las sumas destinadas a cubrir los gastos de hospitalización. En efecto, veremos más adelante, cómo las cargas financieras de la asistencia y de los cuidados dispensados a los enfermos mentales corren a cargo, en buena parte, de las cajas de seguridad social, cuyo presupuesto anual es astronómico.

Esta es la magnitud de la carga progresiva que representan las enfermedades mentales en Francia. Quizá aumente porque las condiciones de vida sean más difíciles. De ser esto cierto, sería sombrío el porvenir y resultaría en verdad desalentador comprobar que las enfermedades mentales son el precio del progreso de la humanidad. Por otro lado, puede también pensarse que este aumento refleja el de la población, y también el hecho de que la psiquiatría cada vez es más eficaz y mejor tolerada por los enfermos mentales y que estos mismos y sus familias la exigen cada vez más. En vosotros queda el ser pesimistas u optimistas. . . Lo que importa es mantenerse a la altura de la tarea que en cada país esperan los enfermos de los médicos. Hemos de responder a su petición.

En 1838 se promulgó una ley para crear asilos de alienados encaminados a asegurar, como deseaba Pinel y de acuerdo con los primeros grandes estudios de los alienistas clásicos (Esquirol, Baillarger, Falret, Morel, etc.), una garantía particular del cuidado de los enfermos mentales que habrían de ingresar en ellos.

Ahora bien, cien años después de la institución de esta Ley sobre los alienados —ley que ha servido de modelo a la mayoría de las legislaciones de todos los países— empezamos en Francia a preguntarnos si realmente es necesaria una ley especial sobre los alienados, y establecimientos especiales para ellos.

Actualmente el Ministerio de Justicia ha constituido una comisión para estudiar qué reformas de dicha ley parecen necesarias para adaptarse a los progresos de la psiquiatría. Esta comisión —y creo que puedo decirlo sin cometer ninguna indiscreción— se pregunta, a instancias de muchos de nosotros, si en lugar de reformar la ley no sería mejor abrogarla completamente, porque no es posible ya legislar en cuestión de asistencia psiquiátrica no pensando más que en alienados a quienes se deba internar; una ley aplicable a los enfermos mentales en general no puede limitarse a regular el estatuto de la internación, que no afecta más que a una parte cada vez menor del conjunto de los enfermos mentales. Surge entonces la pregunta sobre si no sería mejor sustituir la ley sobre los alienados (ley que de modo enfadoso consagra la separación entre éstos y todos los demás enfermos mentales) por simples disposiciones reglamentarias más flexibles que regulasen, dentro del marco de las reglas médico-jurídicas, los cuidados que han de dispensarse a los enfermos en general y los casos particulares que plantean nuestros enfermos (rechazo a la asistencia, reacciones peligrosas, necesidad de una protección de los bienes), asimilándolos a otros enfermos peligrosos (contagiosos) o incapaces (afásicos, comatosos, etc.). Pero se trata de un problema médico-jurídico muy difícil de resolver. Aquí no puedo más que indicar el hecho de que los mismos psiquiatras franceses están poniendo en tela de juicio el estatuto de la internación y de la institución de los hospitales psiquiátricos.

¿Hacen falta hospitales psiquiátricos? No cabe duda de que en tanto que una ley prescribía que los alienados deberían ser internados en establecimientos especiales, era preciso que existieran asilos de alienados (que se llamaron más tarde hospitales psiquiátricos). Pero si en los hospitales psiquiátricos se atiende cada vez en mayor número a otros enfermos mentales que no son internos, es decir, a enfermos en régimen libre, y si, con mayor razón, se aboliera la ley sobre los alienados, ¿sería necesario continuar organizando hospitales psiquiátricos con una estructura diferente de la de los hospitales generales? He aquí un problema muy importante que se discute apasionadamente en muchos países. Muchos psiquiatras franceses piensan conmigo que si es cierto que se deben aproximar cada vez más en el espacio y en sus estructuras funcionales el hospital psiquiátrico y el hospital general, es necesario no caer en el defecto inverso, es decir, en una asimilación total. El mismo ejercicio práctico de la asistencia de los enfermos mentales debe exigir (aun en caso de que no hubiera ya asilos reservados exclusivamente a los alienados, aun cuando no hubiera ya ley especial para ellos) instalaciones, personal y servicios de readaptación social para los enfermos mentales, que hacen indispensables el mantenimiento e incluso la creación de hospitales psiquiátricos con su ambiente humano propio, no el de la alienación, sino el de la desalienación.

Pero los hospitales psiquiátricos (y es ésta una idea grandiosa de la psiquiatría francesa actual) no deben ser ya más que uno de los dispositivos de la asistencia psiquiátrica. Ésta ya no debe dispensarse solamente en un centro hospitalario. Nosotros estimamos que una buena asistencia psiquiátrica debe estar organizada para un sector de población dado y que esta asistencia debe implicar, aparte del hospital psiquiátrico, una serie de organismos, de dispensarios, de consultas, de hospitales de día, etc. En este sentido se ha hecho ya bastante o se está a punto de realizar. Una circular del Ministro de la Salud ha preconizado esta nueva organización de la asistencia psiquiátrica: a pesar de las dificultades que ofrece la puesta en marcha de este nuevo dispositivo, esperamos que en el plazo de unos 10 o 15 años toda la asistencia psiquiátrica quede así "sectorizada". Es decir, que el elemento de la nueva organización ya no será el servicio cerrado heredero del antiguo asilo y ni siquiera el hospital psiquiátrico, sino una organización funcional médico-social que disponga de todos los recursos necesarios para tratar a los enfermos de un sector, o sea, que en lugar de separar a nuestros enfermos, de la comunidad, es en ésta donde deben ser tratados, tal como ha quedado bien comprendido en el mundo entero y en particular en los Estados Unidos, Inglaterra y Holanda.

Pero —quizás penséis— ¿qué ocurre en este sistema con la medicina liberal? ¿No estaremos tratando a todos los enfermos mentales según el modelo de la medicina colectiva y estatal? Indudablemente no. Porque el cuerpo médico francés y los médicos se muestran poco inclinados a las medidas de incorporación al Estado y muchos enfermos pueden ser tratados según sus deseos, eligiendo a su médico y a la clínica o sanatorio en que pueden recibir tratamiento. Esto nos lleva a hablar de la Seguridad Social en Francia, en sus relaciones con la asistencia psiquiátrica.

Nuestro régimen nacional de Seguridad Social es una empresa enorme que dispone de un presupuesto casi tan considerable como el del Estado (el cual, por su parte, ejerce un control estrecho sobre la organización de la Seguridad Social). En cuestión de enfermedad mental, las Cajas de Seguridad Social toman a su cargo el cien por ciento de todos los gastos de hospitalización en el servicio público o en clínicas o sanatorios privados, y ello durante toda la hospitalización, dure lo que dure.

Los enfermos que eligen sanatorios privados más caros que los servicios públicos, no pagan más que la diferencia. Para dar una idea de la magnitud de los gastos que ha de sufragar la Seguridad Social, puedo indicar que el precio de una jornada de hospitalización es generalmente de 30 francos nuevos (es decir, 3 000 A.F. \$60.00), que ciertos enfermos, naturalmente, son hospitalizados a veces durante años y, finalmente, que durante toda su hospitalización los enfermos perciben una indemnización diaria de la mitad de su salario aproximadamente.

Quizás surja la pregunta: ¿Se benefician todos los franceses de la Seguridad Social? Yo respondería que sí, que casi todos. Porque el sistema se halla extendido a casi todas las categorías de ciudadanos, siempre y cuando trabajen.

Finalmente, para los enfermos indigentes o incapaces de trabajar, existe otro sistema de asistencia gratuita. Esto es lo que se llama *Ayuda Social*, que toma a su cargo las hospitalizaciones y el tratamiento. Puede decirse, por lo tanto, que en cuestión de asistencia psiquiátrica la inmensa mayoría de los enfermos mentales se benefician prácticamente en nuestro país de asistencia y hospitalización totalmente gratuitos.

Nos preguntamos ahora qué evolución ha tenido el *hospital psiquiátrico* en Francia y desde qué punto de vista consideramos sus progresos.

Como ya indiqué, a partir de la Liberación, en 1945, se produjo una gran renovación. Todos los médicos de los hospitales psiquiátricos estuvieron de acuerdo desde dicho momento en modernizar los servicios. Se sometieron planes al Ministerio de la Salud, se crearon establecimientos nuevos y otros se agrandaron o reformaron. En esta forma, la capacidad total de los hospitales psiquiátricos ha aumentado, como hemos visto, al doble, desde hace 20 años. Algunos establecimientos grandes pueden considerarse como modelos (La Verrière Lagny, cerca de París, el "Ventro de XIII éme arrondissement", en pleno París). Hay hospitales de día que han comenzado ya a funcionar o que están en construcción.

Pero es, sobre todo, el funcionamiento mismo del hospital psiquiátrico lo que se ha transformado considerablemente. La atmósfera carcelaria ha desaparecido casi totalmente. De modo general se practica el "open door". La mayoría de los servicios constan no solamente de una sección cerrada y de una sección abierta, sino que cada pabellón mezcla, proporcionalmente a las exigencias clínicas o médico-sociales, a enfermos internados y a enfermos que no lo son: de esta manera en el interior de nuestros servicios se diluye el principio mismo de la segregación de los alienados. Gracias a que se está mejor equipado en cuanto a personal y material, los pabellones de agitados y los pabellones de



enfermos en gatismo, ya prácticamente no existen. Por todas partes, los locales vetustos y enrejados han quedado sustituidos por talleres de ergoterapia y salas de reuniones para socioterapia. Con la atmósfera de prisión se ha perdido también el espíritu policiaco. Nosotros nos ocupamos mucho menos que nuestros antecesores por la lucha contra la evasión y el suicidio, y es precisamente la aceptación de riesgos en este sentido lo que más contribuye a reducirlos. Una de las innovaciones que ha animado más nuestros servicios fue prescrita por una Circular magisterial regulando las modalidades de ergoterapia en nuestros servicios. Esta circular permite en efecto que cada médico jefe constituya una sociedad (de acuerdo con la Ley de 1901 que autoriza a todos los ciudadanos a constituirse en sociedad, cualquiera que sea su fin, ¡ley admirable por su liberalismo!) que agrupa a los enfermos (incluso internados), al personal y a todas las personas exteriores al servicio, para la organización y la gerencia de empresas ergoterapéuticas. Esta disposición reglamentaria, a cuya institución yo siempre he contribuido mucho y que aplico con celo en mi servicio, tiene efectos extremadamente saludables, ya que debe transformar los servicios en micro-sociedades en las que los enfermos puedan readaptarse a la vida social y a sus responsabilidades. Añadamos aún que las salidas permitidas son numerosas y que en la mayoría de los servicios existe una ósmosis juiciosa y favorable entre el medio exterior y el medio interior. El establecimiento más interesante a este respecto es quizá el Lannemezán, en los Pirineos. También en Saint-Alban, en las montañas del Macizo Central, se ha hecho un esfuerzo extraordinario, en tal forma que ya no es sólo en París o en Lyon donde se han podido hacer bellas instalaciones, sino a veces en rincones perdidos del campo.

De todos estos esfuerzos se han desprendido dos principios que el Ministerio de la Salud ha adoptado: 1) no construir más establecimientos rurales, sino procurar emplazar el hospital psiquiátrico cerca de los centros hospitalarios. 2) no construir ya establecimientos grandes, limitando su capacidad a 300 o 400 camas y situándolos lo más cerca posible del domicilio de los enfermos. Es decir, exactamente lo contrario de lo que se había hecho hasta el presente. Esta tendencia que se nota en todos los países en que la psiquiatría se halla desarrollada a la altura de las exigencias modernas, merece ser particularmente destacada, porque en todos los países en que se plantean grandes problemas de asistencia psiquiátrica, resultará ventajoso, en mi opinión, sacar fruto de estas experiencias.

Otro punto fundamental sobre el que quiero poner el acento es la importancia de los problemas de *personal*. Desde luego, un establecimiento no puede funcionar si no dispone de un sistema de enfermos y enfermeras eficiente. En nuestros servicios, los efectivos se han triplicado y cuadruplicado desde hace 20 años. Indudablemente, en los medios urbanos y, sobre todo, para los servicios de hombres, es difícil reclutar enfermeros, siendo en cambio más satisfactoria la situación con respecto al número de enfermeras. De igual modo, se han multiplicado los empleos de monitores de ergoterapia, asistentes sociales (éstas son difíciles de reclutar desde hace algunos años, porque en los grandes conjuntos industriales disponen de muchas y les pagan honorarios elevados, pri-

vando así de ellas a los servicios públicos). En algunos servicios están muy desarrollados la cinesiterapia, los métodos de relajación, de entrenamiento autógeno, las psicoterapias de grupo. Generalmente todos estos auxiliares médicos se forman en el mismo hospital psiquiátrico, por lo que éste es también un centro de enseñanza y de formación.

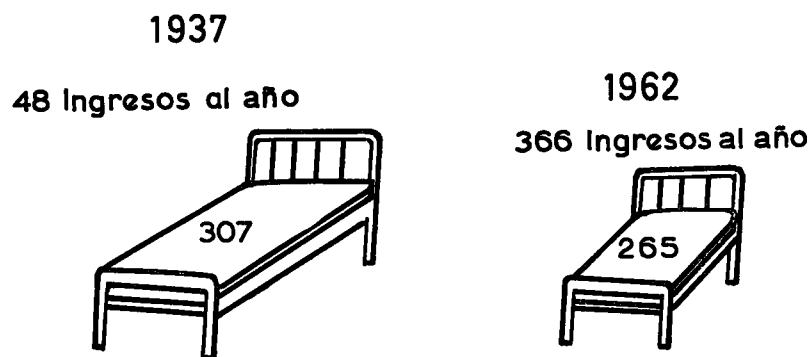
Pero el problema más importante es *el de la cantidad y la calidad de los médicos*. En Francia existe un cuerpo estatal de médicos de los hospitales psiquiátricos, reclutado por un concurso nacional. El número de los médicos de este Cuerpo ha pasado en 15 años de 180 a 500. Estos médicos son los que ejercen las funciones de médicos-jefes de servicio. Y cada servicio, que contaba hace 20 años con 800 o incluso 1 000 enfermos no consta actualmente más que de 300 a 400 camas. Algunos de estos servicios están dotados de dos médicos del cuerpo general, actuando uno de asistente del otro. Todos estos médicos son residentes y *full-time*. Son secundados por médicos jóvenes (internos) en vía de especialización o que preparan el Concurso Nacional. Para responder al aumento del número de médicos ha sido necesario un esfuerzo para que fueran mejor remunerados (porque el ejercicio de la especialidad en Francia, en la práctica privada, es al menos dos o tres veces más remunerador y, como consecuencia, tienta a nuestros jóvenes colegas). No es menester insistir en que el sindicato de médicos de los hospitales psiquiátricos, del que tengo el honor de ser presidente, se esfuerza por conseguir, y lo ha obtenido, un mejoramiento de las condiciones materiales. En efecto, resulta paradójico el que en el presupuesto de un hospital psiquiátrico, el dinero que se paga a los médicos (médicos-jefes, asistentes o internos) ¡no represente más que un 2 o 3 % del presupuesto! Y sin embargo, el hospital psiquiátrico no puede funcionar útilmente, no puede asegurar su papel en la readaptación social si no dispone de un equipo médico suficiente en cantidad y calidad. Y a este respecto es preciso llamar la atención sobre una dificultad que hemos de deplorar cada día más. En efecto, es cada día mayor el número de los médicos jóvenes que se especializan para establecer una clientela privada; sobre todo como psicoanalistas. Y esto es tanto más enfadoso cuanto que estos médicos —y suelen ser los mejores— no pueden tratar en toda su carrera más que a algunos centenares de enfermos, mientras que en el plazo de 30 años hay en el país un millón de enfermos a quienes cuidar. Sea como sea, sería preciso en Francia disponer de 4 000 especialistas y no somos más que 1 500. Por ello, resulta difícil comprender que las Facultades de medicina no formen más especialistas. Las clínicas universitarias son insuficientes (no hay más que una docena en todo el país y sólo dos en París). Es ésta, quizá, la laguna más grave de que sufre la asistencia psiquiátrica en nuestro país.

Y ahora quisiera pedirles que me permitáis hablaros un poco de mi Servicio. Al principio era un asilo viejo en Bonneval, cerca de Chartres, a unos 100 km. de París. Solo durante largo tiempo (con un solo interno), me contenté, por falta de medios, con entregarme a la contemplación “kraepeliniana” de nuestros enfermos mentales y a clasificarlos. Pero poco después de la segunda Guerra Mundial, habiendo decidido permanecer en este establecimiento al que había



tomado afición por ser a la vez un lugar de actividad cada vez más importante y urgente, y por hallarse poco alejado de París donde yo continuaba ejerciendo numerosas actividades científicas y docentes, me decidí a pasar a la acción. Y esta vieja abadía de 1 000 años de antigüedad, sufrió una metamorfosis. No voy a describir todo lo que hemos realizado tras lograr el apoyo de las autoridades del Departamento, del Ministerio de la Salud y de las Cajas Regionales de la Seguridad Social de la Región de París. Baste decir que mi Servicio, promovido al rango de Servicio piloto (como el del Dr. Sivadon en Ville-Evrard, o el del Dr. Le Guillant en Villejuif), se ha modernizado y equipado casi a satisfacción de mis deseos. Yo les invito a que vengan a visitarlo.

Aquí no haré más que subrayar algunos resultados obtenidos, porque ilustran bien lo que acabo de decir hace un momento. Cuando un Servicio es muy activo y su tasa de rotación muy elevada, constituye la defensa más eficaz contra el estorbo, ya que se reduce la masa de cronicidad. Y nótese que digo que la reduce y no que la suprime porque, a pesar de los esfuerzos dedicados desde hace 30 años en mi Servicio, me veo obligado a admitir que las formas deficitarias de las enfermedades mentales existen y que todavía, con demasiada frecuencia, son irreducibles y, a veces, irreversibles. El espíritu de empresa no debe hacernos caer en los excesos de un optimismo ingenuo. Pero, dicho esto, indicaré cómo hemos podido disminuir el número de camas mientras que el número de ingresos aumentaba considerablemente durante estos 30 años. He aquí las cifras que he podido establecer en este sentido.



Podemos así comparar la masa de cronicidad representada por las esquizofrenias y los delirios crónicos (marco las gráficas que distinguimos en Francia, pero que en el extranjero se consideran en conjunto) desde 1921 a 1937 y desde 1937 a 1954, es decir, *incluso antes de la introducción de las terapéuticas químicas*.

Creo que ante estos dos cuadros, sobran los comentarios, y que en suma justifican nuestros esfuerzos y nuestras esperanzas. Los poderes públicos no pueden sino interesarse por el "rendimiento" de nuestro Servicio. En efecto, comparado con el precio medio anual de la hospitalización en Francia, que

CUADRO 4. *Esquizofrénicos (esquizofrénicos y delirantes crónicos)*

	1921-1937	1937-1954
Número de ingresos	800	1 350
Total de esquizofrénicos	303	218
Esquizofrénicos de alta	20	70
Esquizofrénicos fallecidos	150	80
Esquizofrénicos que permanecen	133	68
Porcentaje	36 %	16 %

como he dicho es de 4 700 N.F. (470 000 F.A. o 940 dólares), el precio en mi servicio de 3 000 N.F. (360 000 F.A. o 720 dólares).

Para terminar, quisiera tocar un punto que quizá sea más importante que todos los anteriores. De mi experiencia resulta que en mi Servicio, que tiene a cargo la totalidad de la asistencia en un sector demográfico, es decir, sin ninguna discriminación entre casos favorables y casos desfavorables, casos agudos y crónicos, curables e incurables, se pueden obtener resultados en todos los tipos de casos, tal como acabo de exponer. Esto quiere decir que no se debe a ningún precio dividir la asistencia psiquiátrica en dos sectores: el de los enfermos fáciles, agudos, curables y el de los enfermos crónicos y difíciles, porque entonces, y por principio, se llega a admitir un lugar maldito, un asilo, al antiguo estilo en cuya puerta, como en la del infierno, debiera estar escrito: "aquí hay que abandonar toda esperanza". Jamás, absolutamente jamás, debemos consentir que se divida así el dominio práctico, el campo médico-social de la psiquiatría, ni siquiera cuando con ello se halague la ambición de aquellos de nosotros que en ciertos Servicios privilegiados puedan así vanagloriarse de ser superpsiquiatras, olvidando que sólo pueden presumir de tratar los casos más fáciles. Es este quizá el peor peligro que pueda correr el conjunto de nuestros enfermos. Es evidente por sí mismo —y tanto más cuanto que el principio de clasificación de las enfermedades mentales que les he presentado, se basa en la distinción entre agudos y crónicos— que los crónicos se reclutan entre los agudos y que la cronicidad de la enfermedad es esencialmente la desorganización de la personalidad, que no puede separarse radicalmente de la desestructuración de la conciencia. Por tanto, si es cierto que hemos de remitirnos a la *articulación* de estas dos modalidades del ser psicopatológico, también lo será que bajo estas variedades lo que debemos volver a encontrar es la unidad misma del campo de la psiquiatría. Hay, pues, convergencia entre los puntos de vista científico, moral y práctico, para que asumamos la responsabilidad de no dividir el campo de la psiquiatría. Debe ser, para nosotros, una *obligación* y un *honor* el tomar en nuestras manos la totalidad de su objeto.