

Diálogos académicos

Antología de textos clásicos de la
**PSIQUIATRÍA
LATINOAMERICANA**

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Carlos Rojas Malpica
Jean Garrabé de Lara

La historia de la psiquiatría en América, la acción de sus procesos intelectuales y la vigencia de sus contribuciones son inspiración y desafío, promesa y realidad de una veta inagotable. Tal es el testimonio de este precioso volumen, largamente esperado y exitosamente materializado. Procedentes de nueve países, los psiquiatras antologados conforman recios ejemplos de dedicación y entrega plena, de tenacidad y pundonor, de brillantez y calidad humana, y reflejan bien la riqueza heurística de la psiquiatría latinoamericana.

Esta antología parte del postulado del ejercicio de una «negligencia benigna» por parte de los detentores globales del poder académico, institucional o editorial. El volumen incluye sólidos trabajos sobre una treintena de tópicos: investigación clínica armoniosamente combinada con reflexiones filosóficas, teorías originales sobre esquizofrenia, neurosis o despersonalización al lado de enfoques innovadores sobre psicoterapia y su implícito humanismo, estudios epidemiológicos y reveladoras incursiones históricas, temas artísticos y de psiquiatría cultural, y planteamientos serios acerca de la investigación psiquiátrica en América Latina dan a este libro la textura de filigrana, el goce multicolor y la esencia de misterio y promesa que nuestra profesión reconoce por sí misma y que ahora proclama con calidad y orgullo para que el mundo le brinde admiración merecida y juicio acabalado.

Renato D. Alarcón



CULagos
Ediciones



Antología de textos clásicos de la
PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Carlos Rojas Malpica
Jean Garrabé de Lara



Diálogos académicos

Diálogos académicos

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA • CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS LAGOS

Antología de textos clásicos de la
**PSIQUIATRÍA
LATINOAMERICANA**

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Carlos Rojas Malpica
Jean Garrabé de Lara

Diálogos académicos

Antología de textos clásicos de la

PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

Antología de textos clásicos de la

PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Carlos Rojas Malpica
Jean Garrabé de Lara



CULagos
Ediciones

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Mtro. Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla
Rector General

Dr. Miguel Ángel Navarro Navarro
Vicerrector Ejecutivo

Mtro. José Alfredo Peña Ramos
Secretario General

Dr. Armando Zacarías Castillo
Rector del Centro Universitario de los Lagos

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
Director General del O.P.D Hospital Civil de Guadalajara

Dr. Aristarco Regalado Pinedo
Director de la División de Estudios de la Cultura Regional

© Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica, Jean Garrabé de Lara

ISBN 978-607-742-317-1

D.R. © Universidad de Guadalajara
CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS LAGOS
Av. Enrique Díaz de León N° 1144, Col. Paseos de la Montaña, C.P. 47460
Lagos de Moreno, Jalisco, México. Teléfono: +52 (474) 742 4314, 742 3678 Fax Ext. 66527
<http://www.lagos.udg.mx/>

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, existente o por existir, sin el permiso previo por escrito del titular de los derechos correspondientes.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

Proemio

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR-BAYARDO
CARLOS ROJAS-MALPICA

No basta con que se haya agotado la primera edición para justificar una segunda tirada. Al éxito editorial de la primera edición se suma la pertinencia y necesidad de la obra, nacida para cumplir una obligación histórica con la psiquiatría latinoamericana. De allí que una segunda edición tenga tanta vigencia como la primera.

Esta segunda entrega, patrocinada por el Centro Universitario de Los Lagos y el Hospital Civil de Guadalajara será presentada en el momento trascendental del IV Congreso Mundial de Psiquiatría Cultural que tendrá lugar en la Ciudad de Puerto Vallarta, en Jalisco, México, a finales de octubre y comienzos de noviembre de 2015. El evento es convocado por la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural y el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET). Se trata de un escenario excepcionalmente importante para presentar esta obra única de la nuestra psiquiatría, que no puede ser entendida sin los referentes históricos que se consignan en esta antología. No se trata de localismos pintorescos ni de pensamientos parroquiales.

Aquí están contenidos las reflexiones más robustas e importantes de los maestros latinoamericanos que contribuyeron a perfilar los rasgos esenciales del pensamiento que hoy se amplía y despliega por todo el continente.

El papel de GLADET y de la Universidad de Guadalajara han sido fundamentales en la psiquiatría latinoamericana. En su trayectoria editorial van varios textos que deben ser mencionados. Al interior del grupo se han visto crecer libros trascendentales como la *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*, donde por primera vez se hizo realidad un Eje Idiográfico en el contexto de una Formulación Diagnóstica Integral, también *Psiquiatría, naturaleza y cultura*, con la colaboración de autores de varios continentes y de una riqueza y policromía

de alto valor científico, *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*, y *Viento y arena. Testimonios de un pueblo nahua*, ambos de Sergio Villaseñor-Bayardo, editados con acierto por la Universidad de Guadalajara.

La *antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana* es un diamante de papel. Tiene la dureza del más duro de los minerales de la naturaleza y porta la hermosa carga simbólica de América en la hoja inestable del papel. Es un continente que se hace oír en la voz de sus maestros desde el Río Grande hasta la Patagonia. La visita a cada uno de sus treinta textos es una excursión por el pensamiento psiquiátrico de nueve países, desde sus momentos iniciales de gesta amniótica hasta los más recientes ejercicios de apropiación de nuestras realidades en diálogo tenso y sostenido con las humanidades y las ciencias sociales. El ojo escrutador y crítico de la psiquiatría latinoamericana contemporánea es deudor de la mirada de los maestros, tiene un punto de partida que se enhebra en el presente y se despliega hacia el futuro. Territorio de mestizajes, desgarros y vivos dolores, América Latina es un inmenso arco voltaico que pone en tensión cualquier verdad o afirmación que se pretenda absoluta o eterna. Rescatado del pasado, transitado por autores ya fallecidos, este libro no aspira esclerosar ni apagar ningún proceso, sino traer la flama de nuestros fundadores al presente para mantener en permanente ignición el debate de nuestra ciencia en el continente.

En nombre de GLADET, externamos nuestra gratitud al rector del CULagos, el Dr. Armando Zacarías Romo, y al director general del O.P.D Hospital Civil de Guadalajara, el Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez, por haber patrocinado esta nueva edición.

Presentación

JEAN GARRABÉ

Un tema de especial interés para los historiadores de la psiquiatría es lo que en el Siglo de las Luces se llamaba el comercio de las ideas. ¿Cómo pasan éstas, sobre todo las novedosas, las que revolucionan el pensamiento, de una nación a otra? ¿Qué ruta siguen los escritos o los viajeros que las llevan de una nación a otra o incluso de un continente a otro cruzando mares y océanos?

La especialidad médica que hacia 1802, Johann-Christian Heinroth (1773-1842) y Johann-Christian Reil (1759-1813) llamaron en alemán «psychiaterie», nuestra actual psiquiatría, nació a inicios del siglo XIX cuando médicos y filósofos franceses y de lengua alemana modificaron la visión de la locura, la manía en griego, vigente en la cultura occidental desde la Antigüedad, intercambiando sus ideas a través de sus obras fundamentales. En 1800, en plena Revolución francesa, Philippe Pinel (1745-1826) publica la primera edición de su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Tan sólo cuatro años después, se publica en Madrid su traducción en castellano con el título: *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. Sabemos que muy pronto llegaron a Latinoamérica ejemplares de esta traducción, o de la versión original en francés, puesto que algunos médicos que van a implantar el alienismo en el continente, la comentan en varios países, entre otros Argentina.

La obra se traduce también tempranamente al alemán lo que permite al filósofo Friedrich Hegel (1770-1831) expresar su admiración por este cambio de paradigma que va permitir el tratamiento que Pinel califica de moral, de los alienados, antecedente de las ulteriores psicoterapias. Cuando se celebró en México un coloquio para conmemorar el centenario de la publicación del *Tratado* nuestros colegas y amigos mexicanos nos contaron que Dionisio Nieto (1908-1985), exiliado en este país después de la Guerra civil española, mandó hacer una edición facsimilar de esta traducción castellana de 1804, cuyos ejemplares

obsequiaba a sus discípulos. Nieto mantenía contactos con los psiquiatras franceses que conocía, por lo que estaba al tanto cuando se descubrieron los efectos antipsicóticos de la clorpromazina hacia 1952, en Francia. Por lo anterior, la primera utilización de esta droga se hizo en México, mucho antes de que en América del Norte, Canadá y luego Estados Unidos se emplease este fármaco. Hay muchos otros ejemplos de exiliados españoles, de aquellos años o de los de la Segunda Guerra Mundial que van a llevar ideas europeas a Latinoamérica como Ángel Garma Zubizarreta (1904-1993) a Argentina, o Solanes, que había redactado su tesis doctoral en Toulouse, a Venezuela.

Volviendo al nacimiento de la psiquiatría, fue en 1843 cuando se fundó en París la revista *Annales médico-philosophiques*, que se sigue publicando en nuestros días o sea que al año 2011 corresponde el volumen 169, y poco después la *Société Médico-Psychologique* que admitía y sigue admitiendo socios extranjeros, entre ellos latino americanos que publican artículos en francés en la revista o participan en las reuniones de la sociedad durante sus estancias en París. En la antología que presentamos se ha recogido algún ejemplo de estos artículos, como el publicado en 1866 por Joaquín Muñoz, socio extranjero de la *Société Médico-psychologique*, sobre el asilo de alienados de la Isla de Cuba antes de la independencia de ésta. Hay, tempranamente, socios españoles muy activos como Emilio Pi y Molist (1824-1892), también se publican artículos con los debates entre autores franceses y alemanes o de los médicos rusos como Wladimir Serbski (1858-1917) que evitan así la censura política del régimen zarista. Varios socios franceses intervinieron en España durante el siglo XIX como el alienista Brière de Boismont (1797-1881) que los historiadores actuales del Centro Superior de Investigaciones Científicas consideran como el introductor de la psiquiatría moderna en su país. Si hablo de ello en esta presentación es para apuntar que ya en la segunda mitad del siglo XIX eran frecuentes e importantes los intercambios internacionales en nuestra especialidad. Pero pasando el tiempo los textos, artículos, reseñas o traducciones de libros más antiguos se han ido poco a poco olvidando y a menudo se seguía citando el nombre de algún autor sin recordar muy bien cuál era exactamente su aportación a la psicopatología o con quien había debatido o intercambiado ideas.

Por eso la sección de publicaciones de la Asociación Mundial de Psiquiatría decidió bajo el impulso del profesor Driz Moussaoui, colega y amigo marroquí formado en Francia, publicar una serie de antologías de los textos más significativos de la literatura psiquiátrica de distintos países o publicados en distintas

lenguas. Los textos escogidos debían ser traducidos ulteriormente al inglés, la lengua de uso internacional a fines del último siglo, años en que muchos psiquiatras ya no hablaban ni leían el francés o el alemán como lo hacían los antecesores del penúltimo. La publicación de estas antologías debía hacerse en París.

Tuve el honor de dirigir, con dos jóvenes colegas, François-Régis Cousin y Denis Morozov, la publicación en 1999 de la *Anthology of French Language Psychiatric Texts* en la que incluimos autores que no todos son de nacionalidad francesa pero que han publicado textos importantes en esta lengua, acompañándolos de notas biográficas explicando cómo han contribuido a este comercio de las ideas. Figura en nuestra antología, un médico y filósofo, Eugène Minkowski (1885-1972), de origen ruso judío que se instaló en París después de la Primera Guerra Mundial, en la que sirvió voluntariamente como médico en el ejército francés, y allí en París, dio a conocer las ideas de Eugen Bleuler, con él que había trabajado en Zúrich, sobre el grupo de las esquizofrenias que éste había dado a conocer en su libro publicado en alemán en 1911.

Pudimos presentar esta antología de textos psiquiátricos clásicos en francés en el Congreso del Jubileo de la Mundial que organizamos en París en el año 2000. Muchos colegas de lengua inglesa se sorprendieron al descubrir quiénes eran Georges Gilles de la Tourette (1857-1904), nombre que solo conocían como epónimo de *La Tourette' Disease* o Pierre Briquet (1796-1881) del *Briquet's Syndrom*. Acompañamos la antología de una bibliografía de obras sobre la historia de la psiquiatría en las que se podía localizar los textos escogidos, historias escritas en inglés como las de Gregory Zylboorg (1890-1959) en 1941, de Franz Alexander (1891-1964) y Selesnik en 1966 y de Henri-F. Ellenberger (1905-1993) en 1970. Es de notar que estos tres autores que publicaron sus respectivos libros en Estados Unidos, eran europeos que se fueron a vivir a América del Norte, por distintos motivos, antes, durante o después de la Segunda Guerra Mundial.

The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry de H.F. Ellenberger, que era de origen suizo nacido en Rodesia y que había estudiado medicina y psiquiatría en París, ha sido traducido a varias lenguas, el francés y el español entre otras, traducciones revisadas por el propio autor que era un distinguido poliglota. Escogimos textos que cubrían casi dos siglos, el último es parte del discurso de despedida de Henri Ey, cuando en 1966 al final del Cuarto Congreso Mundial de Madrid, abandonó el cargo de secre-

tario general de la Asociación Mundial de psiquiatría que ocupaba desde hacía 16 años.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, médicos psiquiatras y psicoanalistas europeos huyeron del régimen nazi, empezando por el propio Freud, exiliándose muchos en América del Norte o del Sur y publicaron allí, en inglés, obras que, algunas veces, eran traducciones por ellos mismos de lo que había publicado anteriormente en alemán en Europa.

Naturalmente durante la Segunda Guerra Mundial se interrumpieron por completo tanto los intercambios entre los países de Europa ocupados o no por el ejército alemán como los intercambios con otros continentes. Y sólo se reanudaron cuando en 1950 las sociedades francesas de psiquiatría entonces existentes, entre otras la *Société médico-psychologique* y *l'Evolution psychiatrique* lograron organizar en París bajo la dirección de Henri Ey (1900-1977) el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría. Este acontecimiento científico ha tenido mucha importancia para la historia de la psiquiatría en Latinoamérica ya que fue en esta ocasión que los representantes de las distintas delegaciones de países latinoamericanos presentes en París decidieron constituir la APAL, como parte de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Se han organizado desde entonces con una periodicidad variable, Congresos Mundiales en varios continentes, el Noveno se celebró en 1993 en Rio de Janeiro y para el Decimoquinto, vamos a reunirnos en Buenos Aires, en 2011, año en que el que se va a conmemorar el centenario de la esquizofrenia.

El comité organizador ha aceptado la propuesta de un simposio centrado en la Antología de la Psiquiatría Latinoamericana.

En la serie patrocinada por la WPA, o sea con traducción al inglés, participé después de la francesa, con los profesores Juan-José López-Ibor Aliño y Carlos Carbonell, en la edición en 2001 de la *Anthology of Spanish Psychiatric Texts* puesto que se convino que se haría en la misma forma que la francesa o sea con una nota biográfica, presentando cada uno de los textos escogidos. No figura en esta antología ningún texto de psiquiatras de lengua española que no haya sido publicado en España, ya que se proyectaba editar otro volumen de los publicados por psiquiatras latinoamericanos en sus respectivos países, de nuevo traducidos al inglés para darlos a conocer a nivel internacional. Pero no se logró realizar este ambicioso proyecto que suponía la colaboración de más de veinte países. La última de la serie publicada fue, en 2002, la *Anthology of Italian Psychiatric Texts* dirigida por Mario Maj y Filippo Ferro que se pudo presentar en el decimose-

gundo congreso mundial de Yokohama ese año. Se celebró entonces un simposio *The old and the new in psychiatry: role of classic texts in psychiatry* en el que se insistió en el interés para los psiquiatras actuales en conocer estos textos clásicos sobre los cuales se fundan sus conocimientos. Se habló de las antologías de textos alemanes y japoneses en preparación pero personalmente, no supe si se llegaron a editar ni en dónde. En cambio, en ocasión de contactos con colegas latinoamericanos por medio de sociedades francesas como la *Société Médico-Psychologique* y *L'Evolution psychiatrique*, de los siete coloquios franco-mexicanos celebrados estos años y organizados por el Dr. Villaseñor Bayardo o de los organizados por GLADET, comprobé que estaban decididos a emprender con mucho entusiasmo la difícil tarea de editar una antología latinoamericana para presentarla en el Decimocuarto Congreso Mundial de Buenos Aires en 2011.

Veo que lo han conseguido y no dudo que será uno de los momentos claves de esta reunión científica internacional en Latinoamérica.

París, abril de 2011.

Prefacio

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO
CARLOS ROJAS MALPICA

Se suele decir que la historia de América Latina todavía es corta y mal documentada. Ciertamente hay que reconocer discontinuidades documentales y recovecos históricos que apuntan a lugares desconocidos o a ninguna parte. En el caso de la historia de la medicina en general, y de la psiquiatría en particular, la problemática no es muy distinta. Algo importante queda del legado de las culturas autóctonas de América, especialmente de las denominadas Altas Culturas de América Central y de Sudamérica. Existen bellos documentos escritos por los indígenas y los primeros mestizos. Destaquemos el texto de Martín de la Cruz: *Libellus de medicinalibus indorum herbis* y los *Comentarios Reales* de Inca Garcilaso de la Vega. En ambos se recoge un saber sobre la vida, la enfermedad y la muerte, cuya importancia no puede ser negada. Cuando la corona española pide a Nicolás Monardes que compile y describa las hierbas y medicamentos de *las indias* reconoce que hay un saber desconocido hasta entonces que amerita ser estudiado por España. Las primeras universidades y escuelas de medicina de Hispanoamérica fueron fundadas en el siglo XVI, pero se siguieron creando hasta el siglo XIX cuando ya soplaban los vientos de la independencia. Se podría decir que fue una enseñanza médica basada en los preceptos hipocráticos y fuertemente influenciada por la Iglesia Católica, como poder moral dominante del momento. Aunque en el siglo XVI todavía no se hablaba de psiquiatría, la primera institución para el tratamiento de los enfermos mentales en América, la funda el fraile Bernardino Álvarez en México en 1566 con el nombre de Hospicio San Hipólito. De tal manera, que universidades y hospicios hispanoamericanos, fueron fundados antes que en los Estados Unidos de América, donde llegó primero la Revolución Industrial y el pensamiento capitalista. Hay que señalar que en la España de los siglos XVI y XVII se escribieron obras de inmenso valor en la

historia de la psiquiatría, como *La nueva filosofía de la naturaleza del hombre* de Doña Oliva Sabuco de Nantes (cuya identidad hoy se discute), el *Examen de ingenios* de Huarte de San Juan y *El alivio de los pobres* de Juan Luis Vives, todas ellas traídas a América desde los tiempos iniciales de la conquista y colonización y seguramente, materia de estudio en las primeras escuelas de medicina del continente, donde además se interesaban por los tratados de inspiración hipocrática y galénica, seguramente leídos en latín y griego por los estudiantes de entonces. Entre los primeros textos de interés psiquiátrico del continente se cuentan el de Don Diego D'Avalos y Figueroa, denominado *Miscelánea Austral*, publicado en Lima en 1602 y la traducción que hace el doctor don Francisco Martínez en Santa Fé de Bogotá en el año de 1793, de la obra del italiano Luis A. Muratori denominada *De la fuerza de la fantasía humana*.

Sin embargo, la enfermedad mental no entra en el campo epistemológico de la medicina hasta que Philippe Pinel en los tiempos de la Revolución Francesa, reclama una nueva concepción del tratamiento basada en el pensamiento naturalista que se imponía en el pensamiento médico de la época. Las obras de Pinel, Cullen, Boissier de Sauvages, Bichat, Condillac, Boerhaave, Tissot y muchos otros, fueron estudiadas y algunas veces traducidas desde sus versiones originales por los médicos hispanoamericanos del siglo XIX. La mayor parte de los textos de interés psiquiátrico conocidos en América, fueron traducciones del francés realizadas en España o bien textos españoles de fuerte influencia francesa. De manera entonces que la psiquiatría hispanoamericana está marcada por el clima epistemológico del positivismo que nace junto a la Ilustración y la Revolución Francesa, que también nutre nuestros procesos de independencia. El esfuerzo por organizar las nuevas sociedades republicanas a partir de los ideales de la modernidad es una constante de nuestra historia desde el siglo XIX hasta lo que lleva transcurrido el XXI. Ello se siente y percibe en los primeros autores y en los contemporáneos. De la ciencia francesa del siglo XIX se pasó a la alemana en las primeras décadas del XX, y una vez terminada la Segunda Guerra Mundial el norte se comienza a marcar desde los Estados Unidos ¿Qué papeles le ha tocado a la psiquiatría latinoamericana jugar en los contextos históricos mencionados? Creemos que ya es momento de evaluarlos y un punto de apoyo puede ser la Antología de Textos Clásicos de la Psiquiatría Latinoamericana que aquí estamos presentando.

Ya Europa ha realizado excelentes compilaciones de textos clásicos bajo el patrocinio de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Las versiones de Italia,

Francia, España y Alemania fueron dadas a conocer en inglés en años recientes bajo el título genérico de *Anthology of Psychiatric Texts*.

Cuando el Maestro Jean Garrabé de Lara y Sergio J. Villaseñor Bayardo fueron condecorados con la orden rectoral: «Alejo Zuloaga» por la universidad de Carabobo y tuvo lugar el III Encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense de Psiquiatría en la ciudad de Valencia, Venezuela, los días 16 y 17 de marzo de 2010, se despertó una interesante discusión con los profesores Carlos Rojas Malpica y Néstor de la Portilla Geadá.

El maestro Garrabé, que había participado en la elaboración de las antologías psiquiátricas europeas arriba citadas, puso el dedo en la llaga y nos invitó, un poco a manera de reto —lo cual de inmediato aceptamos con entusiasmo— a que el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, A. C. (GLADET) se abocara a la difícil tarea de elaborar una antología de psiquiatría, rescatando los textos clásicos publicados por maestros, ya fallecidos, de la psiquiatría latinoamericana. La clave, nos decía, el maestro de La Verrière, es que esos personajes hayan sido transmisores de ideas, que hayan sido capaces de fundar una escuela y que hayan publicado sus trabajos.

De inmediato comenzamos a trabajar, tratando de seleccionar a los autores venezolanos y mexicanos, incluso pensábamos en los de otros países. Las cartas de invitación a los colegas distinguidos de países de nuestro hemisferio empezaron a fluir... y las respuestas poco a poco fueron llegando.

La carta de invitación, entre otras cosas, mencionaba lo siguiente: Estamos en el proceso de recopilación de aquellos textos fundadores que han ayudado al desarrollo de la psiquiatría en América Latina. Le invitamos a colaborar seleccionando los textos más relevantes, que han permitido la transmisión de ideas y que hayan sido de influencia en el desarrollo de la psiquiatría en su país y por tanto constituyen un aporte para la evolución de la misma en América Latina. De acuerdo al consenso del grupo de trabajo sugerimos lo siguiente: escoger de tres a cinco textos que hayan tenido la mayor influencia en la psiquiatría de su país; pueden ser textos originales, artículos o reseñas de libros; preferentemente el texto original; incluir una breve biografía del autor; seleccionar autores que hayan formado una escuela psiquiátrica e incluir solo autores fallecidos. Los requerimientos arriba señalados, significaron, en ocasiones, un impedimento para incluir valiosos trabajos de profesores activos. Hacemos un homenaje particular al Prof. César Cabral de Argentina quien con mucho entusiasmo escogió los textos correspondientes a su país y quien desgraciadamente

falleció antes de ver concluida esta obra. Su asistente, Alejandra Niño tuvo la gentileza de proponernos un texto del Prof. Cabral, mismo que publicamos con todo respeto y a manera de sensible reconocimiento.

Queremos expresar una profunda gratitud, a todos los colegas que generosamente dedicaron una parte importante de su tiempo a seleccionar los textos que aquí presentamos orgullosamente.

Los participantes en la selección de textos de esta obra son Jean Garrabé de Lara, Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica, César Augusto Cabral¹, Alejandra Niño Amieva, Mario Gabriel Hollweg, Ana María Galdini Raimundo e Oda, Paulo Dalgalarondo, Walmor J. Piccinini, Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa, Ángel Arturo Otero Ojeda, Jesús Dueñas Becerra, José Francisco Pérez Milán, Silvia Bustamante, Héctor Pérez-Rincón García, José Luis Díaz, María Cristina Sacristán, Gastón Castellanos Villegas, Renato D. Alarcón, Humberto Casarotti, Néstor de la Portilla Geada y Pedro Téllez Pacheco.

Así pues, siguiendo la tradición de los fundadores de la APAL, quienes desde los momentos fundacionales de la organización advirtieron la necesidad de reunir voluntades latinoamericanas para estudiar nuestras problemáticas comunes, en GLADET nos propusimos recoger los textos más importantes de la región escritos en español, inglés, portugués e incluso francés.

Para ello nos dirigimos a las sociedades de psiquiatría y/o personalidades relevantes del continente hasta compilar lo que hoy estamos presentando. Lamentamos que de algunos países aún no hemos obtenido respuesta, pero no estamos negados a editar un segundo volumen para hacer más completa y abarcativa nuestra faena, que de ninguna manera damos por concluida.

Aquí presentamos textos de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, México, Perú, Uruguay y Venezuela. A pesar de la enorme ventaja que supone la comunicación virtual por internet y los múltiples eventos y encuentros científicos que hoy se dan en el continente, no ha sido fácil lograr esta compilación. Ha sido necesario mucho esfuerzo técnico, pero sobre todo, mucha pasión y trabajo desinteresado de un grupo de colegas y funcionarios administrativos de todo el continente que ya tienen su tiempo colmado de compromisos y actividades de todo tipo.

Los artículos seleccionados van precedidos de una breve reseña del autor y de sus preocupaciones científicas. Los temas son diversos y muy interesantes, a tal punto que alguno de ellos pudo hacer parte de las indagaciones de

Mario Vargas Llosa en su novela *La guerra del fin del mundo*. Insistimos en que la psiquiatría latinoamericana nace atravesada por el clima epistemológico del positivismo francés, lo cual será especialmente notable en los artículos del siglo XIX. Existen trabajos que fueron publicados y/o presentados en Europa, donde produjeron diversos comentarios. Algunos trabajos son de corte naturalista, donde se examinan los condicionantes biológicos de la enfermedad mental, otros quieren profundizar en la enseñanza, mientras que algunos autores tratan de identificar los conflictos del alma nacional y sus repercusiones psicosociales, desde una perspectiva que podríamos llamar dialéctica y crítica. Los más recientes ya muestran una búsqueda y una voz más propia del continente. Si se quisiera recoger en una frase, la síntesis del pensamiento psiquiátrico latinoamericano, ninguna mejor que la propuesta por Renato Alarcón, con aquello de que nuestra psiquiatría es «mestiza, social y crítica». En todo caso, aquí está esta compilación, inevitable y lamentablemente incompleta, como necesario insumo y licencia para iniciar un debate. En la contemporaneidad latinoamericana, circulan todas las corrientes y saberes con diversos grados de profundidad y organización. Aquí está recuperada una parte de nuestra historia que no podemos desconocer.

Los miembros de GLADET quedamos embaldados para proseguir la tarea y exhortamos a los países latinoamericanos pendientes de participar a que su voz también se escuche en el concierto de la psiquiatría mundial.

ARGENTINA

Psiquiatría y humanismo en la República Argentina

ALEJANDRA NIÑO AMIEVA

Se podría afirmar que los autores seleccionados para integrar la presente antología se caracterizaron por una común actitud profundamente humanista y por dejar un legado intelectual, ético y profesional que conforman todo un capítulo de la Psiquiatría en la República Argentina. Escritores prolíficos, supieron ampliar el campo de la disciplina en la que eligieron actuar cuestionando el establecimiento de fronteras rígidas pero con un riguroso control y reflexión epistemológica. La concepción que primó en sus pensamientos y prácticas fue la de una *comunidad de investigación* entendida como espacio abierto, dialógico y responsable en constante formulación.

Sus aportes a las Ciencias Sociales y Humanas y a la Psiquiatría en particular aún requieren de una exégesis *interrelacionada* que posibilite la expansión de sus visiones, propuestas y reflexiones. Así, el interés de Guillermo Vidal en la «locura de los hombres», más allá de la «locura académica» fue el de un psiquiatra eximio conocedor de la nosografía que no confiaba en la idea de la comorbilidad de los fenómenos mentales y prefería referirse al «dolor de vivir», el que «nunca podrá ser encasillado». Su concepción de la salud mental, trascendía un mero punto de vista biomédico y entendía las psicoterapias como un nuevo formato de una vieja ambición humana: aquella actitud del compromiso emocional, de la continencia y la comprensión empática.

La dimensión existencial también estuvo presente en la reflexión teórica de Jorge Joaquín Saurí, complementada con una orientación psicoanalítica y fenomenológica. Pese a su formación como fisiólogo y su amplia calificación para la aplicación de fármacos en la terapéutica psiquiátrica, el enfoque farmacológico no fue el dominante en su práctica profesional. Para Saurí, en el desarrollo de las ideas psiquiátricas la *urdimbre creencial* constituía una categoría (antropológica) de la cual dependía todo comportamiento y que condicionaba el

modo de preguntar y responder; en ese vaivén, consideraba que se tejía el saber psiquiátrico.

La antropología psiquiátrica, además de la psiquiatría transcultural, también fue un espacio de indagación constante en los trabajos de Fernando Pagés Larraya. Sus estudios sobre la prevalencia de la patología mental en Argentina, derivaron en el establecimiento de un mapa epidemiológico (al que dividió en 25 isoidias culturales) que posibilitó no sólo la observación de los padecimientos mentales de los sujetos sino también las actitudes de la comunidad en la que estaban insertos. Su teoría de las isoidias culturales plantea la pertinencia de criterios geográficos e histórico-culturales en este tipo de investigaciones. Asimismo, problemáticas como la prevalencia de las demencias de tipo Alzheimer o el de los fenómenos mutagenéticos formaron parte de sus investigaciones en sus últimos años.

Finalmente, la sólida formación científica y la extensa práctica asistencial de César Augusto Cabral se tradujeron en una obra caracterizada entre otros aspectos, por indagar los conceptos teóricos que sustentan a la psiquiatría y la psicología clínica. Preocupado por lo que denominaba «la dispersión babélica» que afecta al quehacer psiquiátrico en lo que atañe a denominaciones y clasificaciones, sus últimas investigaciones se centraron en explicitar la ausencia de conceptualizaciones científicas sobre la evidencia de enfermedades mentales y de teorías convincentes sobre sus causas. Justamente, consideraba que la expansión de la dialogicidad sobre estas cuestiones, constituían la *vía regia* para asegurar una «salud mental para todos».

Estas breves referencias no agotan de ninguna manera los temas ni el nivel de ideas, pensamientos y discusiones que estos autores emprendieron con pasión en sus vidas; la sólida formación de todos ellos, la vastedad de cuestiones que abordaron, la calidad de autores polígrafos que detentaron, la fuerte vocación docente y la incansable promoción de instituciones y ámbitos de discusión, son sólo algunas de las particularidades comunes en estos hombres que legaron una concepción de la psiquiatría entendida como quehacer eminentemente científico y humanista.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón R. Vida, pasión y muerte de Guillermo Vidal. Rev Neuro-psiquiatr. 2000; 63(3-4).

Balzano SM, Barrial Delmonte E, Grasso L y Sanz P. Dr. Fernando Pagés Larraya (1923-2007). Interdisciplinaria. 2008; 25 (1):121-123.

Cabral CA. Pasaron 10 años y sigue a mi lado. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2010; 56(3): 149-50.

Mariátegui J. Necrología. Jorge Joaquín Sauri (1923-2003). Rev. de Neuro-Psiquiat. 2004; 67(1-2):116-118.

Meyer L. In Memoriam. Jorge J. Sauri. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2003; 49 (1-4):4.

Meyer L. In Memoriam. Fernando Pagés Larraya (1923-2007). Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2008; 54 (2):143-4.

José Ingenieros (1870-1925)

CÉSAR A. CABRAL

Desgraciadamente no disponemos de una historia integral de la psiquiatría argentina que de cuenta de su abigarrado curso y de sus tenaces esfuerzos por lograr un nivel científico acorde con el de la medicina que la acogió en su seno, sin disipar dudas sobre su quehacer.

Curiosamente debo lamentar esta falencia cincuenta años después de haberla sufrido por primera vez. En junio de 1960, el Ateneo Psiquiátrico de Buenos Aires, prestigioso foro de la especialidad, creado por la Fundación Acta Fondo para la Salud Mental (presidida por el Dr. Guillermo Vidal), decidió festejar el sesquicentenario de la Revolución de Mayo con un acto solamente sobre la historia de la psiquiatría nativa. Fueron designados como disertantes el Dr. Gregorio Bergman, distinguido psiquiatra y profesor de medicina legal de la Facultad de Medicina de Córdoba; el Dr. Mario Sbarbi, presidente del Instituto Nacional de Salud Mental y el Dr. César A. Cabral, secretario general de la Sociedad Argentina Asesora de Salud Mental.¹ Recuerdo que, abrumado por la cantidad y variedad de narrativas de episodios de hechos parciales de esa historia, muchas veces discordes en cronología y apreciación crítica, decidí convertirme en un integrante más de ese expediente aún trunco. Esta vez pude optar, cumpliendo estrictamente las pautas fijadas por el pro-



José Ingenieros

¹ En el suplemento de ese año de la revista *El Día Médico*, fueron publicados los resúmenes de esos discursos.

fesor Sergio Villaseñor Bayardo, autor de esta feliz iniciativa de publicar una antología de textos psiquiátricos latinoamericanos.

Comencé mi disertación del año 1960 rindiendo un homenaje a José Ingenieros que en su corta vida (nació en Italia en 1877 y murió en Buenos Aires en 1925) fue un fecundo propulsor de la psiquiatría y uno de los pensadores más notables y profundos de la intelectualidad argentina. Es apabullante saber que en los escasos 48 años que duró su existencia pudiera realizar la monumental labor que asombra por su dimensión y saberes y que inmerso en la vorágine de la profesión médica, de la investigación científica y de la escritura de multitud de trabajos publicados en revistas nacionales y extranjeras, haya asumido la inmensa tarea de escribir la historia de la psiquiatría argentina, en un país huérfano de estadísticas veraces y de referencias de un pasado tormentoso y no capacitado para llevar registros fieles de sus acciones y providencias. Su libro señero es una donación que hizo a su patria como contribución a su proceso de institucionalización. Es esa virtud la que quise destacar en mi discurso de cincuenta años atrás. La redacción de *La locura en Argentina* (1907), le demandó un lapso más prolongado de los que se propuso, postergando otras tareas que debía emprender con urgencia, convencido como estaba que por encima de los 30 años vendría el ocaso de la producibilidad intelectual (tal era el valor que le asignaba a la juventud).

Estimo pertinente introducir algunos datos que den cuenta de cómo se desarrollaba la medicina cuando Ingenieros se recibió de médico.

En 1821 se creó la Universidad de Buenos Aires y recién en 1852 inició sus actividades la facultad de medicina, corriendo a su cargo la enseñanza de esta profesión. Esta demora determinó que los trastornos psíquicos no fueran considerados con un criterio más acorde con los adelantos médicos de la época. En 1822, Cosme de Argerich (hijo) médico cirujano del ejército fue nombrado profesor del Departamento de Medicina y en ese carácter visitaba el patio de dementes del Hospital General de Hombres, observando a los enfermos. En esa tarea acompañado por su discípulo dilecto el joven Diego Alcorta. Ambos eran prolijos lectores de los escritos de Pinel y de Esquirol y de los psicólogos franceses que seguían las orientaciones de Cabanis y Condillac. Ambos estudiaban con atención la evolución de los enfermos agudos y crónicos. En 1827 Diego Alcorta se graduó de médico con una tesis sobre la manía, cuadro presente con frecuencia en el patio de dementes. Esta tesis adquirió notoriedad por ser la primera monografía psiquiátrica argentina. Por ese motivo se la recuerda muy

apologéticamente; es en realidad una sencilla disertación sobre un trastorno pintoresco de la psiquis que pone en evidencia las demasías conductuales que puede provocar la excitación psíquica. En 33 páginas Alcorta describe los aspectos más llamativos del cuadro clínico y sigue las indicaciones de Pinel de no tratarla con los métodos crueles de contención y castigo tan en boga en los manicomios.² Alcorta fue practicante menor del Hospital General de Hombres desde 1822 y al recibirse fue nombrado «médico de entrada» (interno) de ese nosocomio. Es decir que vivió «entre locos» mucho más tiempo de lo que se acostumbraba en la práctica médico-asistencial. En 1828, el año de graduarse de médico, Alcorta, que había seguido con entusiasmo las clases de ideología que dictaba el profesor Juan Manuel Fernández de Agüero, se presentó al concurso de la cátedra de Filosofía que dejaba vacante el Dr. Francisco Planes. Triunfó en ese propósito y enseñó filosofía hasta poco antes de su muerte (en 1842) siendo muy apreciado por sus alumnos. En su corta vida —35 años— no escribió otra cosa que su tesis. Uno de sus alumnos fue Guillermo Rawson, brillante epidemiólogo y hábil político, ministro y senador en dos períodos, y atendió a su maestro en la enfermedad que lo condujo a la muerte.

Junto con Alcorta, se graduó de médico en 1827 Martín García, cuya tesis doctoral *Epilepsia, su naturaleza y curación*, desgraciadamente se perdió. Ocupó la cátedra de Filosofía hasta la caída de la Tiranía de Rosas. Según Ingenieros fue famoso por su incompetencia. De 1827 a 1852 se graduaron de médicos 250 estudiantes de la facultad de Medicina. Entre ellos había algunos partidarios de la frenología que estaba de moda en España.³ Otros pocos conocían las ideas de Franz Anton Mesmer, sobre «magnetismo animal». Después de Caseros, se reorganizaron los estudios médicos pero no se designó una cátedra para enseñar psiquiatría, de la cual se daban nociones en medicina legal y en otras materias. Con la creación de la cátedra de Patología Mental en 1886 y de Neuropatología en 1897, la psiquiatría nativa recibe un considerable impulso: 200 tesis se escriben sobre problemas psiquiátricos. Dos años más tarde de produce la irrupción del fenómeno Ingeniero, quien se recibe de médico en 1899 a los 22 años y con un abultado currículum de estudios sociológicos.

² Esta tesis puede leerse en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, lugar en la que se encuentra bajo el número de ubicación 22.509.

³ Esteban Echeverría, autor de *El dogma socialista* se declaró en 1853 partidario de la frenología ante el asombro de sus seguidores.

A pocos años de recibido, Ingenieros había escrito más de 200 trabajos dedicados a la psiquiatría, la mayoría de ellos están recopilados en sus libros: *La simulación en la lucha por la vida* (1902), *La psicopatología en el arte* (1902), *Simulación de la locura* (1903), *Histeria y sugestión* (1904), *Patología del lenguaje musical* (París, 1906), *La locura en la Argentina* (1907), *Principios de psicología* (1911), *Evolución de las ideas Argentinas* (1918), entre otros. *El hombre mediocre* (Madrid, 1913), merece historia aparte.

En 1902 funda *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, en cuyos 12 años de existencia se resume el período más brillante de la psiquiatría argentina. En los famosos *Archivos...* se publicaron 500 artículos originales de autores argentinos y 1 140 análisis bibliográficos de todo aquello de interés que se apareciera en las principales revistas y libros que se editaban en los países más adelantados del mundo. Quien leía *Archivos...* podía saber lo que pasaba en todo el planeta sin moverse de Buenos Aires. Sus principales colaboradores fueron: José María Ramos Mejía, Florentino Ameghino, Francisco de Veyga Joaquín, V. Gonzáles, J Juan Vucetich, Cristofredo Jakob, Benjamín T. Solari, Amador Lucero, Agustín J. Drago, Fermín Rodríguez, Víctor Mercante, Rodolfo Senet, Eusebio Gómez, José T. Borda, Helvio Fernández, Lucio V. López, Carlos de Arenaza, Augusto Bunge, Javier Brandam, Antonio Ballvé, Pascual Guaglianone, Lucas Ayarragaray, Carlos A. Becú, Joaquín Durquet, Leopoldo Lugones, Armando Claros, Belisario J. Montero, C. Moyano Gacitúa, José Penna, Horacio G. Piñero, Rodolfo Rivarola, Antonio Sagarna, Florencio Sánchez, E. del Valle Iberlucea, entre otros. En sus 12 tomos de 700 a 800 páginas cada uno se publicaron artículos de 200 autores iberoamericanos, entre ellos, Santiago Ramón y Miguel de Unamuno.

En 1908 Ingenieros funda la Sociedad de Psicología, la cual preside en el período 1910-1911. En ese transcurso la Sociedad de Psicología realiza tres imponentes actos públicos en el aula magna de la Facultad de Filosofía y Letras, ambiente en el que Ingenieros se siente tan a gusto y sitio que elige para la ejecución de actos que considera importantes. El primero de ellos, muy comentado por los medios de información, es el de recepción de Enrique Ferri, prestigioso abogado criminalista italiano, fundador de la nueva escuela italiana de criminología junto a Garófalo y Lombroso, autor del libro *Socialismo y criminalidad*. Ferri fue nombrado miembro correspondiente de la Sociedad de Psicología y mantuvo con Ingenieros un activo intercambio científico que acentuó el prestigio de que ya gozaba el argentino en centros científicos del viejo mundo. La

Sociedad de Psicología realizó otros dos actos: uno conmemorando el centenario de Sarmiento y el otro el gran homenaje fúnebre a Florentino Ameghino, a quien se reputa el primer sabio argentino.

Ingenieros publicó importantes trabajos sobre temas psicológicos y criminológicos en los tres volúmenes editados por la Sociedad de Psicología como *Anales* correspondientes a los años 1910-1911 y 1914. Esos tres *Anales* son fuentes de imprescindible consulta para quien se interese por la evolución psicológica en nuestra patria.

En 1915 funda en Buenos Aires lo que llamó el «Seminario de Filosofía» y la *Revista de Filosofía*, la cual cerró definitivamente sus páginas dos años después de su muerte. También crea durante ese año, asociado con Severo Vaccaro la colección denominada *La Cultura Argentina*.

Ingenieros falleció en 1925, víctima de una septicemia que le provocó una encefalitis fatal. Su muerte y sus pródromos es una muestra de cómo descuidaba su persona por su desmedido afán por hacer cosas en consonancia con su inconformismo, que fue su cuerda desde la niñez.



Ciudad de Buenos Aires, octubre de 2010

Los estudios psicológicos en la Argentina

JOSÉ INGENIEROS

I. ANTECEDENTES

Si habéis leído los *Caracteres* de La Bruyère, el *Quijote* de Cervantes, o el *Hamlet* de Shakespeare, sabéis lo que es un gran psicólogo: un hombre que sabe observar a sus semejantes u observarse a sí mismo. En toda sociedad hubo hombres más psicólogos que otros; sólo tenemos noticias sin embargo, de los que supieron describir lo que observaban. En Homero y en Eurípides, en Dante y en Stendhal hallamos el testimonio de sus grandes aptitudes; ¿Quién podrá superarlos en el arte de pintar caracteres, de analizar pasiones?

Mientras la psicología no se constituyó como ciencia —lo que sólo ocurrió en la segunda mitad del siglo XIX— los mayores psicólogos fueron escritores de genio que supieron crear grandes tipos humanos en los dominios del arte; junto a ellos hubo siempre filósofos preocupados de escudriñar la esencia de las actividades mentales superiores, aunque a menudo preocupados de no herir las creencias vulgares de la sociedad en que vivían.

Los filósofos griegos que trataron del alma fueron, como psicólogos, muy inferiores a los grandes trágicos de su raza. Y se explica. Mientras aquellos procuraban analizar o reducir a teorías nacionales los movimientos del ánimo, los segundos se ceñían a representar sintéticamente las expresiones naturales observadas en los hombres de vida más intensa.

Por diez, por veinte siglos, la historia filosófica y literaria nos muestra esas dos direcciones divergentes. Los dialécticos y los racionalistas poco pueden agregar a los análisis y descripciones de Platón o de Aristóteles; las escuelas de discípulos, no siempre fieles ni leales, entretienen razón sobre cuestiones abstractas o sofísticas: ¿el alma entra en el minuto de la concepción o en la hora del nacimiento? ¿Cada alma actual resume vidas precedentes de animales

irracionales? ¿Sale del cuerpo, al morir, con el aliento postrero? ¿Es material o inmaterial? Frente a esos risueños problemas que pueblan durante centenares de años la imaginación de los filósofos y estimulan su argucia palabrista, aparece de tiempo en tiempo en las letras un psicólogo de buena ley, capaz de poner en una sola página más «alma» humana que aquellos en cien mil. No vacilo en confesar que Tomás de Aquino me parece inferior como psicólogo, a Teresa de Jesús; Suárez inferior a Quevedo; Descartes inferior a Rousseau. Supongo, naturalmente, que os son familiares *Las moradas*, el *Buscón*, la *Nueva Heloísa*.

Por estos nombres, que no son del siglo XIX, comprenderéis que los antecedentes de la psicología —su historia—¹ hay que buscarlos en la filosofía o en el arte. Y no sólo en las letras, porque también las artes plásticas permiten expresiones magníficas de sentimiento y de pasión: os digo, profundamente convencido, que ninguna disertación escolástica me ha sugerido más hondas reflexiones psicológicas que *La Piedad* de Miguel Ángel o el *Colleoni* de Verrocchio, la *Santa Cecilia* de Carlos Dolci o la *Cifra del Amor* de Fragonard.

¿Y en nuestra América colonial?

Pobres fueron las letras, mendicante la filosofía, si exigua honra tuvieron en Méjico, el Perú y Nueva Granada,² ninguna en las regiones del Plata, refugio, por entonces, de misioneros y contrabandistas. Si exceptuásemos alguna ilustrada mística —Juana Inés de la Cruz, por ejemplo— y tal cual viajero que supo bosquejar la psicología de los indígenas y de las poblaciones mestizas, podríamos afirmar sin remordimiento que en la literatura colonial —prosistas burocráticos, malos copleros, cronistas capciosos— no brillaron psicólogos.

En cuanto a filósofos... ¿Qué decir de la enseñanza en las universidades? ¿Qué de los pobres seminarios de Córdoba y de Buenos Aires?... Conocemos el texto de varios *Cursos*; el único que revela cierta agudeza al tratar «los problemas del alma» nos parece el publicado con el título de *Apuntes de Filosofía Moral*,³ cuya primera parte puede leerse como buen exponente de su género.

¹ Para la historia de la psicología ver: Jules Soury: «*Le système nerveux*».

² Ver Vicente G. Quesada «*La vida intelectual en la América española*».

³ Tomo II de la «Biblioteca Centenaria» editada por la Universidad de La Plata. El curso ha sido atribuido a Fray Pantaleón García.

La revolución de la independencia (1810) coincidió con cierta difusión del enciclopedismo y de la escuela filosófica que fue su derivado natural: la ideología. Esta era, en primer término, *psicologista*; pretendía subordinar la filosofía entera al estudio del origen de las ideas y propiciaba para ello el método analítico, siguiente en lo esencial a Condillac, cuyo «tratado de las sensaciones» (1754) había sido un ensayo sistemático para derivar de la experiencia todas las funciones del intelecto humano. Cabanis dio una amplia base fisiológica a la Ideología y Destutt de Tracy la desarrolló en todas las disciplinas filosóficas.

La moda del psicologismo llegó muy pronto a Buenos Aires. En 1808, el doctor Cosme Argerich, profesor de fisiología en la escuela de medicina, enseñaba a sus alumnos el sensacionismo, según Cabanis y Destutt; y el doctor Francisco Planes, profesor de filosofía en el Colegio de San Carlos en 1810, no vaciló en saludar la revolución de Mayo archivando la escolástica y predicando el sensacionismo.

Desde la ascensión de Mariano Moreno hasta la renuncia de Bernardino Rivadavia, el ciclo revolucionario aparece impregnado de esa moda filosófica que puso en boga a la psicología. Cabanis y Magendie fueron en esa hora tan leídos como Maudsley y Charcot un siglo después; las obras de Destutt de Tracy eran entonces tan preferidas como más tarde las de Théodule Ribot. Con esto comprenderéis por qué en 1819 en el Colegio de la Unión del Sud, y en 1822 en la Universidad de Buenos Aires, se dio el nombre de *Ideología* a la cátedra de filosofía, que lo conservó hasta su extinción.

Juan Crisóstomo Lafinur, en 1819, fue el primero en buscar el origen de las ideas en la sensación y en relacionar la actividad mental con las funciones cerebrales.⁴ La novedad produjo su tanto escándalo y Lafinur fue desterrado a Mendoza, donde se unió con el presbítero Güiraldes, rector de un Colegio patriótico y propagandista de las mismas herejías. La municipalidad de Mendoza expulsó del colegio a los dos apasionados psicologistas, yendo Lafinur a terminar su odisea en Chile, donde falleció en 1824.

La nueva corriente de ideas era simpática al régimen argentino, nacido de la Revolución. Al fundarse la Universidad fue llamado a la cátedra de *Ideología* don Manuel Fernández de Agüero, antiguo sacerdote convertido al culto de Cabanis y Destutt de Tracy. Sus lecciones provocaron desórdenes que honran la historia

⁴ Fragmentos de un «Curso» de Lafinur en J. M. GUTIÉRREZ: «*Origen y Desarrollo de la Enseñanza Pública Superior*».

de la Universidad rivadaviana.⁵ Con referirse la obra a toda la filosofía, es visible que los mayores méritos corresponden a la parte psicológica.

Acentuase esa tendencia en 1828, al ser nombrado un médico para ocupar la cátedra filosófica en nuestra Universidad. Reemplazó a Fernández de Agüero el doctor Diego Alcorta, quien imprimió a la enseñanza de la psicología un sello marcadamente fisiológico y acordó siempre especial importancia al estudio de los órganos de los sentidos.⁶ Ocupó la cátedra hasta 1841 y se mantuvo al corriente de los adelantos científicos.⁷

Un largo eclipse sufrió la producción intelectual durante la tiranía, apenas compensado por los ingenios que florecieron en la emigración. Atraídos por el periodismo y la prosa de combate, no cultivaron esos géneros que permiten la aplicación de las aptitudes psicológicas; sólo en el Facundo de Sarmiento pueden subrayarse las admirables páginas que pintan la psicología del hombre de las campañas, en cuadritos como el rastreador, el baqueano, el cantor, verdaderamente inmortales.

En 1852 la Ideología no estaba ya de moda; reemplazábala en Europa el indeciso eclecticismo, en cuyas cataplasmas verbales la psicología volvía a hacerse dialéctica y racionalista, en homenaje a las supersticiones vulgares, seriamente afectadas por el realismo de los ideólogos.

La muy poca filosofía que se enseñó en el país durante el período de la organización nacional, fue ecléctica y de baja ley. Por excepción, en 1857 y 1858, fue profesor en Buenos Aires un médico ilustre, el doctor Guillermo Rawson, que supo dar brillo a la enseñanza con los recursos de su talento y su elocuencia, imprimiendo al estudio de la psicología un sello fisiológico bien definido.

5 Principios de ideología elemental, etc.» 2 vol. 1824, 1826.

6 «Curso» publicado por Oaul Groussac, en los *Anales de la Biblioteca*.

7 Sobre todo este período, consultar INGENIEROS «La evolución de las Ideas Argentinas» vol. I, «La revolución».

Las crisis políticas europeas de 1848 enviaron al Río de la Plata muchos revolucionarios que se contrajeron a la educación pública durante la organización; fue uno de ellos el docto varón Amadeo Jacques. Llegó anónimamente; en Tucumán, en 1858, entabló tratos para tomar la dirección de la Escuela Primaria Central y del Colegio de San Miguel de Tucumán, en su calidad de «ex catedrático del Colegio Luis el Grande y de la Escuela Normal Superior de París; doctor en Letras y licenciado en Ciencias de la Facultad de París». Cuando, en 1863, se creó en Buenos Aires un Colegio Nacional, sobre la base del Colegio Seminario, la fama de Jacques corría por el país y el gobierno le buscó para nombrarlo director de estudios. El ilustre emigrado reorganizó el Colegio y luego formó parte de la Comisión que presentó el conocido plan de instrucción general y universitaria (1863).

Jacques merece un sitio especial en la historia de la enseñanza de la psicología en nuestro país, pues su sola presencia y su gran autoridad moral hicieron que en casi toda la enseñanza secundaria se adoptara un texto de filosofía de que él era autor (1846), con Jules Simón y Emile Saisset, con la particularidad de haber redactado Jacques, precisamente la *Psicología*.⁸

Jacques había nacido en París en 1813 e ingresado en 1832 a la Escuela Normal, donde obtuvo el título de *agregé* de filosofía, haciendo una brillante carrera de profesor secundario y universitario. La revolución del 48 le encontró comprometido en opiniones demasiado liberales, que no abandonó cuando ellas constituyeron un peligro; desde el 47 había fundado una revista, *La liberté de penser*, que tuvo corta y brillante existencia. Después de pertenecer al grupo tardío de eclécticos que rodeaban a Saisset y Simón, se había apartado de ellos orientándose en sentido positivista, liberal y radical, hasta que algunos artículos sobre los inconvenientes de dar enseñanza religiosa a los niños le atrajeron las persecuciones del Poder, que le quitó su cátedra y lo declaró inhabilitado para enseñar en Francia.⁹

Este era el hombre que, por recomendación de Humboldt, llegó al Río de la Plata en busca de un campo de experimentación para sus inclinaciones pedagógicas.

Además del Manual citado, Jacques era autor de trabajos excelentes; en las Memorias de la Academia de Ciencias Morales y Políticas está publicado un tra-

8 «Manual de Filosofía». Traducción española de Hachette, anónima.

9 Véase su noticia Biográfica en el *Dictionnaire des Sciences Philosophiques* de Ad. Frank (2° ed.); Alejo Peiret: «Biografía de Amadeo Jacques»; Pedro Alurralde: «Amadeo Jacques: Su acción educadora» en «Atlántida», I, 353, etc.

bajo suyo sobre *El sentido común* (1847). Era colaborador del *Diccionario de Franck* y autor de interesantes prólogos críticos a las obras de Fenelón, de Leibniz, de Clarke, etc. Es seguro que al llegar a nuestro país no creía ya en su libro y no se atrevió a enseñar lo contrario, ya que el libro circulaba a pesar suyo.

Uno de sus más ingeniosos discípulos, que ha legado su silueta a la posteridad,¹⁰ insinúa en alguna parte que Jacques evitaba hablar de filosofía, no ocultando su desapego al eclecticismo ni su simpatía por el positivismo. No es de sorprender, ya que su destierro de Francia obedecía a motivos políticos concordantes con esa razón; su Manual escrito en la juventud y con fines de aplicación didáctica, estaba adaptado al criterio reinante en la enseñanza oficial. Recordemos, para terminar, que su coautor Jules Simón, ejecutó más tarde en un famoso libro a Víctor Cousin, recordando en más de una página al levantisco Jacques, que se resistía a seguir marcando el paso.

Los profesores de filosofía que se sucedieron en el país hasta 1890, oscilaron entre el eclecticismo y la escolástica,¹¹ manteniéndose ajenos a los nuevos ideales que orientaban la cultura de los países más ilustrados.

II. ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA

En el último tercio del siglo XIX por la cooperación de las ciencias biológicas y sociales, se renovaron en Europa, el concepto y el método de la psicología, convirtiéndola en algo tan distinto de la antigua, como la química de la alquimia, o la astronomía de la astrología; tuvo ciencias auxiliares, fue sostén de otras; por un proceso de correcciones permanentes, que se continuará en el porvenir, fue acercándose a expresiones cada vez menos inexactas. Sabéis que en estas ciencias, ni en ninguna otra, no existen verdades *ne varietur*, dogmas invariables. Se puede tener la certidumbre lógica de que ciertas hipótesis son ilegítimas, prefiriéndoles otras cuya legitimidad no está contradicha por la experiencia; en eso consisten las creencias legítimas de los estudiosos, relativas siempre al saber de su tiempo. Los ignorantes, en cambio, se inclinan a creer que existen verdades absolutas, —relevadas o racionales— independientes de la experiencia humana que eternamente se renueva como la vida misma.

¹⁰ Miguel Cané, *Juvenilia*.

¹¹ Los textos corrientes en la enseñanza argentina entre 1880 y 1890, eran el de Paul Janet y el de Balmes.

Por los Mill, Spencer, Bain, Lewes, Maudsley en Inglaterra, y por Weber, Fechner, Wundt, en Alemania, preparóse la constitución de la psicología como ciencia, a que Francia contribuyó con Morel, Taine, Charcot y Ribot. Esas influencias a través de Francia, fueron insinuándose, en torno de 1880, entre la joven generación que había de renovar la enseñanza de la psicología en nuestros institutos secundarios.

Las doctrinas comtianas penetraron al país en esa misma época; las difundió, entre otros, un distinguido pedagogo Pedro Scalabrino,¹² autor de escritos serios sobre filosofía y psicología pedagógica. A su lado se formó en Paraná un grupo de profesores que transformó la educación nacional, siendo igualmente apreciable la acción del núcleo que rodeó en Corrientes a J. Alfredo Ferreira y Manuel Bermúdez.¹³ De ese intenso movimiento educacional¹⁴ surgieron los hombres que más tarde crearon una psicología pedagógica que es honra del país.

Muy poco tiempo después se sintieron influencias de la escuela positiva italiana, tan fecunda para el estudio de la criminología y de la patología mental; al mismo tiempo que las doctrinas de Lombroso, Ferri, Morselli, Sighele, tuvieron eco intenso las primeras obras de Sergi sobre psicología, especialmente la teoría fisiológica de la percepción, las emociones y la psicología fisiológica.¹⁵

Después de cambiadas las ideas de la minoría intelectual se efectuó en el país la transformación de la enseñanza de la psicología en los institutos secundarios.

La primera investigación experimental fue iniciada en 1891, en San Juan, por Víctor Mercante, bajo el aspecto de psicología pedagógica; allí se fundó un modesto laboratorio de psicofisiología y muy pronto pudo Mercante publicar los resultados de sus experiencias psicológicas. Casi al mismo tiempo dieron análogo rumbo a la enseñanza Rodolfo Rivarola, José N. Matienzo y Carlos Rodríguez Etchart, en los institutos secundarios de Buenos Aires y La Plata, adoptándose como textos la *Psicología fisiológica* de Sergi y la *Fisiología del Espíritu* de Paulhan. En 1898 el doctor Horacio G. Piñero continuó esa misma orientación en el Colegio Nacional de Buenos Aires, organizado en 1900 un la-

¹² «El educacionista», Pedro Scalabrini en *Revista de Filosofía*, enero de 1917.

¹³ Ver la interesante colección de la revista *La Escuela Positiva*.

¹⁴ Ver Félix Icasate Larios: «Las corrientes morales en la Argentina» en *Nosotros*, junio de 1919.

¹⁵ Una traducción de la *Psicología per le scuole* de Sergi, efectuada por el doctor Rodolfo Rivarola, fue por ese tiempo el texto más leído.

boratorio de psicofisiología y dando a la parte experimental una importancia no alcanzada hasta entonces. Gracias a la obra de esos iniciadores la enseñanza en los estudios secundarios es hoy científica; son ya numerosos los laboratorios instalados, algunos de ellos con materiales de primer orden.¹⁶

* * *

Con excepción de los cursos de Filosofía dictados en la Facultad de Derecho —excelentes los del doctor Ernesto Weigel Muñoz— y de alguna incursión efectuada en la Psicología por los profesores de patología mental en la Escuela de Medicina, nuestra materia no tuvo digna representación en la Universidad hasta la fundación de la Facultad de Filosofía y Letras, en Buenos Aires (1896). En el primer plan de estudios se dividieron las materias filosóficas en tres cursos, correspondiendo la psicología y la lógica al primero, la ética y la metafísica al segundo, la historia de la filosofía al tercero.

Fue nombrado primer profesor de Psicología de la Facultad el doctor Rodolfo Rivarola y en ese mismo año presentó un programa formulado dentro de las orientaciones científicas más modernas; su discurso inaugural señaló el rumbo seguido por sus sucesores, encauzando los estudios sobre la tendencia marcada por Spencer, Bain, Ribot, Wundt, Sergi, Lange James y otros.¹⁷ Con ánimo justiciero debo declarar que he leído con grata emoción los programas a que ajustó su enseñanza hasta 1903, el creador de esta cátedra en la Universidad; todo el que ha sido profesor sabe que basta leer un programa para apreciar la mentalidad de quien lo redactó, sus ideas generales, sus miradas de conjunto. Los programas de Rivarola contienen todo lo que más tarde hemos enseñado sus continuadores en la enseñanza y los que fueron sus alumnos atestiguan que los desarrolló con entusiasmo y competencia. Recordemos que por un breve

16 «Posteriormente difundida ya la enseñanza experimental de la Psicología que la alejaba de la filosofía para acercarla cada vez más a la Biología, permitiendo por su método mayor seguridad y utilidad práctica en sus resultados, el Ministro doctor González dispuso por decreto de Mayo de 1904 que: la enseñanza de la psicología en los colegios nacionales debía ser experimental en lo posible, al prescribir la forma de la enseñanza en todas las materias del plan de estudios en vigencia. Así es hecha en la actualidad en la gran mayoría de los institutos —pues psicología experimental no significa psicología con laboratorio exclusivamente, sino psicología natural, objetiva, con experiencia, observación, estudio de la vida y costumbres de los animales y del hombre, solo y en sociedad, despojándola para hacerla útil de la abstrusa dialéctica escolástica». Piñero: «Trabajos, etc.» Vol I pág. X.

17 Rivarola: «Discurso» publicado en Anales de la Universidad, vol. XII.

período el titular fue reemplazado por el doctor Antonio Dellepiane, y que en 1901 dictó el curso el doctor José N. Matienzo, cuyo programa fue excelente.

En 1901, ocupando el Decanato el doctor Miguel Cané, dictó un curso libre de psicología el doctor Horacio G. Piñero, con criterio experimental en lo fisiológico y clínico en lo patológico. Las lecciones de Piñero, que era un expositor elocuente, tuvieron verdadero éxito y en 1902 fue nombrado profesor suplente. En su conferencia inaugural hizo una buena reseña del estado de la cuestión, comenzando con palabras que nos eximen de comentario.

Asistimos a la evolución de la psicología, que fijando un objetivo propio y perfeccionando sus métodos de estudio, comienza a reunir hechos para determinar sus leyes; despliega su bandera de independencia y se hace ciencia de observación y ciencia experimental. Dos hechos de importancia primordial señalan definitivamente sus rumbos en 1878: Charcot y sus estudios sobre la histeria y el hipnotismo, y Wundt fundando en Leipzig el primer laboratorio de Psicología Experimental. Si a estos hechos agregamos que Ribot funda la *Revue Philosophique* en esa misma época, podemos decir que de este trío surge: la observación clínica, la investigación experimental y la divulgación científica que dan a la Psicología su preciada autonomía.¹⁸

Es digna de alabar la entusiasta constancia con que el profesor Horacio G. Piñero cumplió su misión docente, conservando concurrendas sus clases hasta que una enfermedad le apartó de la cátedra, a fines de 1918. Tuvo la satisfacción de reunir, dos años antes, todos sus trabajos relacionados con la psicología, en dos gruesos volúmenes que hacen honor a su memoria.¹⁹

Evitó siempre complicar su enseñanza con disquisiciones metafísicas, entendiendo que la psicología era una ciencia emancipada ya del común tronco filosófico; por eso, fiel a su método, se mantuvo siempre en el terreno del llamado paralelismo psicofísico.

En 1904 obtuvo por concurso la suplencia de esa cátedra el doctor José Ingenieros. En 1906, por ausencia del titular y del suplente, dictó el curso el doctor Francisco de Veyga, mereciendo luego ser nombrado suplente en reconocimiento de sus méritos altísimos. En 1911 fue nombrado suplente del primer curso el doctor Antonio Vidal, quien renunció en 1919, a poco de ser llamado a

18 «Enseñanza actual de la Psicología en Europa y América», folleto, Buenos Aires, 1902.

19 Horacio G. Piñero, «Trabajos de psicología normal y patológica», 2 vol. Buenos Aires, 1916.

reemplazar al doctor Horacio G. Piñero, fallecido en Mar del Plata el 28 de enero de este año.

La importancia creciente atribuida a estos estudios planteó la conveniencia de crear un segundo curso de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras, vinculada por entonces al Instituto Nacional del Profesorado. En 1907 lo dictó el doctor Félix Krueger, profesor de dicho establecimiento, a título de ensayo: se estableció que el primer curso se especializaría en el estudio fisiológico-clínico y en la práctica de los métodos experimentales, destinándose el segundo curso al estudio de los procesos mentales superiores, de sus relaciones con las otras disciplinas filosóficas, y de sus aplicaciones a las ciencias pedagógicas y sociales.

En 1908 fue llamado en reemplazo de Krueger el doctor José Ingenieros, nombrado más tarde titular de la cátedra que desempeñó hasta el año 1911, renunciándola poco después: la característica de su enseñanza fue la introducción del método genético, deteniéndose con frecuencia en el estudio descriptivo de los caracteres y sentimientos humanos.²⁰ En 1910 fue nombrado suplente del segundo curso el doctor Carlos Rodríguez Etchart: desempeñó la cátedra desde 1912 y ha publicado varios trabajos de importancia,²¹ ocupándose actualmente como titular.

Recordemos que la enseñanza superior de la psicología se imparte actualmente en las Universidades de Córdoba, La Plata y Santa Fe, según los criterios y métodos que la han elevado a la dignidad de ciencia. En Córdoba es profesor de fisiología y psicología el doctor Virgilio Ducceschi; en La Plata enseñan Carlos Rodríguez Etchart, psicología general y Rodolfo Senté, psicología pedagógica y anormal. En Santa Fe el doctor José Oliva, que comenzó sus cursos explicando psicología neotomista y enseña actualmente psicología biológica.

A fines de 1908 fundó en Buenos Aires la Sociedad de Psicología con el concurso de casi todos los hombres de estudio que cooperan a enriquecer la bibliografía argentina de la materia y de los profesores universitarios de esta ciencia y sus afines.

20 J. Ingenieros, *Principios de psicología*, Buenos Aires, 1919 (6ª edición); *El hombre mediocre* (5ª edición, 1919), varios ensayos sobre psicología de los sentimientos, etc.

21 C. Rodríguez Etchart: *Psicología energética*, *La ilusión*, varios trabajos sobre emociones y vida afectiva, etc.

Los primeros artículos de sus estatutos dan una idea exacta de los fines que sus iniciadores se propusieron.

La sociedad de Psicología tiene por objeto el cultivo de esta ciencia y la difusión y aplicación práctica de sus principios.

Para el cumplimiento de sus propósitos la sociedad celebrará reuniones periódicas, realizará trabajos de experimentación, organizará conferencias públicas y privadas, y editará una revista.

La sociedad se compondrá de miembros titulares y correspondientes. El número de los primeros no excederá de cuarenta: el de los segundos será ilimitado.²²

La sociedad constará de cuatro secciones:

Psicología normal

Psicología anormal,

Psicología pedagógica,

Psicología social, debiendo adscribirse en ellas miembros de la sociedad.

La Sociedad Científica Argentina incluyó una sección de «Ciencias Psicológicas» en el Congreso Científico Internacional celebrado en Buenos Aires en 1910, conmemorando el centenario; el doctor Horacio G. Piñero, primer presidente de la sociedad, tuvo a su cargo la organización de los trabajos, que fueron coronados por brillante éxito.

En 1910-1911, siendo presidente el doctor José Ingenieros, la sociedad celebró tres importantes actos públicos en el aula magna de la Facultad de Filosofía y Letras; la recepción de Enrique Ferri, como socio correspondiente; una conmemoración del centenario de Sarmiento; el homenaje fúnebre a la memoria de Florentino Ameghino.

La Sociedad publicó tres volúmenes de sus *Anales*, que siempre consultará quien se ocupe de este género de estudios en la Argentina.

22 Por si llega a integrar a la posteridad, he aquí la nómina de los 40, no todos psicólogos ni inmortales: 1. Agote Luis. 2. Ameghino Florentino. 3. Ayarragaray Lucas. 4. Areco Horacio. 5. Anárgyros Pastor. 6. Bunge Carlos O. 7. Cabred Domingo. 8. Drago Agustín. 9. Dellepiane Antonio. 10. Estévez José. 11. Fernández Helvio. 12. Gómez Eusebio. 13. García Juan. 14. Guillén Clotilde. 15. Guaglianone Pascual. 16. Heredia Leopoldo. 17. Ingenieros José. 18. Kelper Guillermo. 19. Korn Alejandro. 20. López Lucio. 21. Lozano Ernesto. 22. Matienzo José N. 23. Melo Carlos. 24. Mercante Víctor. 25. Morel Camilo. 25. Piñero Norberto. 17. Píler Horacio G. 18. Pizzurno Pablo. 29. Podestá Manuel T. 30. Ramos Mejía José. 31. Rivarola Rodolfo. 32. Rodríguez Etchart Carlos. 33. Roveda Nicolás. 34. Rodríguez Fermín (h). 35. Semprún José R. 36. Senté Rodolfo. 37. Sixto Jenaro. 38. Tedin Uriburu Virgilio. 39. Veyga Francisco de. 40. Vidal Antonio.

III. CIENCIAS AFINES Y AUXILIARES

¿Cuál lección, cuál estímulo más grande, para la juventud, que ver honrados a los hombres que engrandecieron la cultura nacional consagrándole nobles esfuerzos? Todo curso universitario debería comenzar con una reseña de los trabajos que en el país se han escrito sobre la materia; así tengo el placer de haberlo practicado, desde 1909, en esta misma cátedra. Ese es el método más propicio para educar el carácter de los jóvenes enseñándoles a imitar a los trabajadores por la grandeza de la patria y a no confundirlos con los que vivieron en ella.

Esta forma de justicia sería estéril, sin embargo, si nos dejáramos llevar por una excesiva lenidad de criterio; sólo personas sin responsabilidad podrían afirmar que Muñiz es comparable con Darwin, Cané con Taine, Ramos Mejía con Charcot.

Nuestros valores intelectuales son relativos a nuestro medio social; nuestras ciencias con rara excepción, han sido aplicaciones felices de las que en otros países se cultivan. Al hablar de méritos y de originalidades lo haremos sobreentendiendo esa relatividad; con ello evitaremos que nuestras palabras puedan provocar sonrisas fuera del país, donde se miden los autores y las obras con una vara que no es la del corazón.

Las publicaciones de índole puramente psicológica han sido muy contadas en Argentina; hemos mencionado las más al ocuparnos de la enseñanza universitaria.²³ Hombres de otras especialidades científicas han contribuido —aquí como en Europa— a la constitución de la psicología como ciencia, dándole bases, orientaciones, métodos. No olvidaron sin embargo, el interés particular que los movía a prestar ese concurso; y al converger a nuestra ciencia, no prescindieron de ser, en primer término, alienistas, fisiólogos, pedagogos, naturalistas, sociólogos, criminalistas. Resistamos a la absurda tentación de agotar tan compleja bibliografía; limitémonos a indicar ciertas fechas, nombres y títulos que son jalones fundamentales para el conocimiento de las disciplinas afines.

En 1875 el doctor José M. Ramos Mejía publicó su obra *La neurosis de los hombres célebres en la Historia Argentina*, señalando rumbos a los estudios de psicología

²³ No incluimos en esta reseña algunos «manuales» compilados, adaptados o traducidos para la enseñanza secundaria: generalmente son más útiles los textos menos originales.

mórbida y social en nuestro país. Más tarde dio luz a sus *Lecciones clínicas sobre enfermedades nerviosas y mentales*, *La locura en la historia*, *Las multitudes argentinas*, *Los simuladores del talento* y, por fin, *Rosas y su tiempo*, cuyo capítulo acerca de la personalidad moral de Rosas es un modelo de psicología sintética sobre el carácter del tirano. Ramos Mejía ha contribuido a la psicología como alienista y sociólogo, contando en su bibliografía numerosas publicaciones médico-legales que revelan talento y cultura vastísima.

Alienista también publicó por aquella época algunos estudios psiquiátricos el doctor Lucio Meléndez, director del hospicio de las Mercedes, y otros el doctor Eduardo Wilde, profesor de medicina legal, aunque este cultivó más las letras que la ciencia. Páginas interesantes se deben al doctor Manuel T. Podestá, distinguido alienista y sutil temperamento literario; merecen recordarse un libro de Wenceslao Rodríguez de la Torre sobre *El cráneo y la locura* y otro de Samuel Gache sobre *La locura en Buenos Aires* publicado por el año 1880.

En época posterior, entre 1890 y 1910, pueden señalarse trabajos de mérito. El doctor Francisco de Veyga, en su cátedra de medicina legal de la Facultad de Ciencias Médicas aplicó al estudio de la psicopatología legal los criterios más recientes de la psicología biológica; son numerosas sus publicaciones en tal sentido, y, aunque esparcidas entre folletos y revistas, forman un digno corolario a sus magníficos «Estudios médico-legales sobre el Código Civil argentino». El doctor Benjamín T. Solari editó un libro *Degeneración y crimen* y algunos estudios interesantes sobre el estado mental de los leprosos, la castración de los degenerados, la pedagogía correctiva, etc. Una serie de valiosos trabajos sobre el suicidio publicó el doctor Fermín Rodríguez en *Archivos de Psiquiatría*, obra de mérito que es sensible no apareciera en volumen. El libro del doctor Lucas Ayarragaray sobre *Las pasiones* fue bien acogido, pero obtuvo mejor éxito *La anarquía argentina y el caudillismo* rico en observaciones de psicología social. El doctor Domingo Cabred ha publicado varios discursos sobre asistencia de alienados, descriptivos de las importantes construcciones de asilos que hacen tanto honor a su actividad y filantropía. El doctor Luis Agote es autor de un ingenioso *Método para fijar la herencia*, adoptado por algunos alienistas extranjeros y que puede prestar muy útiles servicios. Son dignos de mención algunos estudios clínicos o informes de psiquiatría legal publicados por los doctores Antonio F. Piñero, Agustín J. Drago, Alejandro Korn, Amable Jones, Antonio Agudo Avila, José A. Estéves, Augusto Bunge, Lucio V. López, Helvio Fernández, Amador Lucero, Javier Brandam, Nerio A. Rojas, y otros que escapan a nuestro recuerdo.

De 1900 a 1910 el doctor José Ingenieros ha publicado varios libros y numerosas monografías sobre psiquiatría; desde 1902 hasta 1913, dirigió la revista *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, en cuyos XII volúmenes aparecieron casi todos los estudios psicológicos y de ciencias afines escritos en Sud América en esa época.

En la bibliografía de los fisiólogos nos interesan sobremanera algunas publicaciones de Valentin de Grandis, ex jefe del laboratorio de la Facultad de Medicina, notables por su alto sentido experimental. Numerosos estudios de fisiología del sistema nervioso ha dado a luz el doctor Mariano Alurralde; otros publicó el doctor Horacio G. Piñero, reuniéndolos más tarde en dos robustos volúmenes que honran nuestra Escuela de Medicina. El profesor Virgilio Ducceschi, de la Universidad de Córdoba, es autor de numerosos estudios experimentales, entre ellos señalaremos singularmente la descripción de *Un nuevo registrador mental*, cuya importancia para la técnica psicofísica es considerable. El doctor Pastor Anargyros ha publicado diversos trabajos sobre psicofisiología experimental.

La anatomofisiología del sistema nervioso central tiene un antecedente ilustre en la monografía *Estudio experimental sobre las localizaciones cerebrales*, publicada hace treinta años por el doctor Andrés F. Llobet; sobre el mismo tema publicó una tesis de profesorado el doctor Frank L. Soler (1912).

El mayor incremento de estos estudios débese a la incorporación del doctor Cristofredo Jacob a nuestra Escuela de Medicina; ha enriquecido la literatura médica nacional con estudios de gran mérito y formó algunos discípulos que publicaron obras del valer positivo, como los doctores José T. Borda, Leandro Valle, Fernando Pérez, Enrique Corbellini y otros. Los profesores Abel Ayerza, Gregorio Aráoz Alfaro y Mariano R. Castex han escrito importantes monografías sobre clínica neurológica. La cirugía del cerebro cuenta con varias publicaciones del profesor Diógenes Decoud; la cirugía de la médula con una muy excelente del profesor Carlos Robertson Lavalle.

En la universidad de La Plata cultivan la histología nerviosa el doctor Nicolás Roveda, discípulo de Golgi y de Cajal y el doctor Manuel Beatti, autor de varios trabajos importantes.

La psicología pedagógica ha tenido desde la primera hora, representantes conspicuos en nuestro país.

Dedicado a ella en 1892, el profesor Víctor Mercante ha dado a luz una serie de obras desde *La educación del niño* (1897) hasta *La crisis de la pubertad* (1918), que le han valido merecida reputación mundial. También de mérito son las obras del profesor Rodolfo Senté, ingenio imaginativo y fecundo, inclinado a sistematizar los aspectos diversos de la psicología infantil, siendo más significativas *Evolución y educación* (1901) y *Psicología infantil* (1911). Estudios interesantes se deben a los doctores Jenaro Sixto, profesor de la Facultad de Medicina, Enrique Mouchet, profesor de la universidad de La Plata, Antonio L. Vidal y Alicia Moreau, y a los profesores Raquel Camaña, Ramón Melgar, Guillermo Navarro y otros.

El ilustre paleontólogo Florentino Ameghino, después de varias monografías no exentas de interés, publicó sus dos obras monumentales *La Antigüedad del Hombre en el Plata* (1881) y *Filogenia* (1884); en la primera reunió importantes datos etnográficos y en la segunda bosquejó ideas cardinales sobre el desarrollo filogenético del cráneo, del cerebro y de las funciones mentales. En su escrito póstumo sobre el desenvolvimiento filogenético del lenguaje expuso ideas capitalísimas para el estudio de esta función, fundándolas en originales observaciones del desarrollo de los órganos que la realizan en el hombre y en sus antecesores filogenéticos.

Interesantes estudios etnográficos o lingüísticos han realizado Lucio V. Mansilla, Bartolomé Mitre, Samuel Lafone Quevedo, Juan B. Ambrosetti, Francisco P. Moreno, Estanislao S. Zeballos, Adán Quiroga, Luis M. Torres, Félix Outes y Salvador Debenedetti, cuyos materiales podrán ser utilizados para la reconstitución de la psicología étnica de los pueblos indígenas de Sud América.

Las ciencias sociales y políticas han contribuido al desarrollo de los estudios psicológicos en diversas ramas de la psicología social y colectiva. Fueron sensibles a las nuevas orientaciones casi todos los hombres de la generación del ochenta. Miguel Cané y Lucio V López han dejado páginas de valor psicológico en sus

crónicas de viaje y en sus notas de crítica. Juan A. García puso los fundamentos de nuestra psicología social en los tiempos coloniales, principalmente en su expresiva obra *La ciudad indiana* sólido sillar de su género. Francisco Ramos Mejía, José Nicolás Matienzo, Rodolfo Rivarola, Antonio Dellepiane y Carlos F. Melo, han escrito excelentes ensayos de psicología política y jurídica. Una valiosa obra psicológica sobre *El Amor* escribió el doctor Carlos Baires. La psicología social de los hispanoamericanos ha sido tratada en tres obras excelentes: *South América* de Agustín Álvarez, *América Latina* de Alfredo Colmo y *Nuestra América* de Carlos Octavio Bunge; este último, pensador eminente, publicó en 1904 sus *Ensayos de psicología individual y social* que, rehechos y considerablemente mejorados, forman la primera parte de su obra póstuma *Estudios filosóficos* (1919); la segunda parte, escrita posteriormente, contiene muy buenos ensayos sobre diversos tópicos estrechamente relacionados con los estudios psicológicos. El doctor Ernesto Quesada, profesor de Sociología, ha dado en varios de sus cursos un lugar preeminente a la psicología social y a la etnopsicología americana, siendo justamente estimadas sus publicaciones sobre esas disciplinas.

La psicología de los delincuentes cuenta con estudios de Luis M. Drago, autor de *Los hombres de Presa* (1888), José M. Ramos Mejía, Francisco de Veyga, José Ingenieros, Eusebio Gómez, Helvio Hernández, Horacio P. Areco Hernán Mandolina, Héctor Taborda, José G. Angulo, etc. En la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires existe un *Instituto de Criminología* en cuyo programa se asigna un puesto preeminente a la psicopatología criminal.

Sería incompleta esta reseña si no mencionáramos algunos escritores que al cultivar otros géneros, como la historia o la crítica, han revelado poseer aptitudes psicológicas profundas, sin necesidad de estudiar o enseñar psicología. Vicente Fidel López fue, como historiador, un profundo analista de caracteres; la posteridad conocerá a través de su disección algunos hombres que él amó u odió, sin que pueda su juicio rectificarse ya, aunque no sea exacto. Por esa cualidad que es privilegio de pocos talentos, pudo pregonar la satisfacción de ser juez de tres generaciones, dejando a otros historiadores la tarea de restaurar los hechos con

fidelidad escrupulosa. La misma aptitud, con mejor técnica, revelan los escritos de Paul Groussac, maestro de la crítica en nuestro país y estilista impecable; en algunos de sus ensayos luce un profundo conocimiento de la psicología contemporánea. La capacidad para analizar los personajes se observa en algunos historiadores más jóvenes como Ricardo Rojas y en críticos de la última generación como Roberto J. Giusti y Álvaro Melián Lafinur.

La historia y la crítica, desde un punto de vista particular, interesan al estudioso de la psicología: la historia crítica de las doctrinas. El profesor de Historia de la filosofía, Alejandro Korn, ha hecho revivir en sus cursos la personalidad y el pensamiento de los grandes filósofos clásicos, que tanto meditaron sobre el origen, la esencia, la inmortalidad, la extensión, la transmigración del alma o del espíritu, problemas de que no se ocupa la psicología como ciencia, pero que el buen psicólogo debe conocer, como el buen químico conoce la alquimia y el buen astrónomo la astrología.

Ciertos géneros literarios como el teatro, la novela, el cuento, la autobiografía, las memorias, se prestan singularmente a la aplicación de las aptitudes psicológicas de sus autores y ofrecen un valioso material de estudio a los psicólogos profesionales. Los argentinos no hemos tenido todavía un Stendhal, un Amiel o un Bourget. En el teatro son de notar algunos tipos creados por Florencio Sánchez, genial dramaturgo muerto en plena juventud; en el cuento reveló agudeza y penetración Antonio Monteavaro. Nuestros poetas con haberlos eximios —Andrade, Almafuerte, Lugones— no son precisamente descriptores de caracteres o pasiones; en vano buscaríamos en sus obras a Ugolino, a Segismundo, a Rolla...

¿No darían materia, en cambio, para un estudio psicológico algunos tipos creados por ciertos novelistas argentinos tan propensos a analizar los sentimientos de los personajes como a describir el medio social, desde la clásica *Amalia* de Mármol y las novelas policiales de Eduardo Gutiérrez hasta las de Podestá y Chiappori, hasta la impecable *Gloria de Don Ramiro* de Enrique Larreta y las leidísimas de Gálvez y Martínez Zuviría?

IV. CONCEPTO INTEGRAL DE ESTA ENSEÑANZA

Pecando por más antes que por menos, tal es el material que interesa a quien desee estudiar el desarrollo de los estudios psicológicos en la República Argentina.

Sería mal consejero quien os indujese a reducir vuestro horizonte a la reflexión personal sobre los datos inmediatos de la conciencia, o a los puros resultados de la técnica experimental que se practica en los laboratorios de psicofísica; pero lo sería peor quien os dejara suponer que se puede saber psicología sin observar al hombre en todas sus actividades y por todos los métodos que permitan analizar sus funciones mentales. Elevada ya al rango de la ciencia, la psicología debe estudiarlas en los órganos que las desempeñan, en el proceso íntimo de su elaboración, en los resultados por que se manifiestan.

Y debe estudiarlas en el desarrollo filogenético de su formación, porque las funciones complejas de la mente humana se nos presentan como perfeccionamientos de funciones simples que aparecen ya en las especies animales, desenvolviéndose en ellas a medida que se complican los órganos adaptados a su vida de relación. No es posible comprender la psicología humana sin conocer los datos de la psicología comparada.

Y debe estudiarlo en el proceso de su desenvolvimiento sociogenético, porque los modos de sentir, de pensar y de obrar de cada individuo están condicionados por las creencias colectivas de la sociedad en que vive, variando ellas sin cesar en el tiempo y en el espacio. Los individuos piensan en función de su medio social y el examen de sus actividades psicológicas exige el conocimiento de la psicología social.

Y debe estudiarlos, en fin, en el proceso ontogenético del desenvolvimiento individual, porque las funciones mentales del hombre adulto son una etapa de las que observamos en el niño, en el adolescente y en el joven, progresivamente integradas por la experiencia en el curso de la formación de la personalidad humana. Como ésta varía en el curso de la vida, llegará a resultados menos inseguros quien siga paso a paso las sucesivas fases ontogenéticas de la *psicología individual*.

Para ello es necesario usar de todos los métodos particulares que nos permitan aproximarnos a resultados cada vez menos inexactos; y toda la actividad de los seres vivos que poseen funciones psíquicas constituirá el material de nuestras observaciones y de nuestras reflexiones, en cuanto cultores de esta *ciencia*.

Tantos y tan complejos problemas no caben en el marco estrecho de un solo curso escolar. Con buen acuerdo el plan de estudios de esta Facultad, dispone que la psicología se estudie en dos cursos. El primero, siguiendo un orden natural, comprende el estudio fisiológico-clínico de los órganos que desempeñan las funciones psíquicas, mostrando su adquisición filogenético en la especie y su desenvolvimiento ontogenético en el individuo, así como la correlación entre los órganos y las funciones; para ello necesita practicar los métodos propiamente experimentales: fisiológicos, anatomo-clínicos, psicométricos, etc. El segundo curso, partiendo de estos conocimientos preliminares, aborda el examen de los procesos mentales superiores, sentimientos, inteligencia, voluntad y de su resultado sintético: la personalidad conciente; entra en su campo el estudio de los caracteres humanos, sus relaciones con la educación, con la psicología colectiva y social, con la lógica, la estética y la moral.

El conocimiento especial de estas disciplinas científicas ensanchará más tarde vuestros conocimientos psicológicos; pero hay dos materias en los estudios de nuestra Facultad, que más nos interesan. La biología os permitirá poner sólidos cimientos al estudio de la psicología, dado que el hombre constituye la especie biológica en que aparecen más desenvueltas las funciones psíquicas. La historia de la filosofía os permitirá conocer los tanteos con que el hombre ha procurado explicarse el origen y el proceso íntimo de sus actividades mentales, buscando explicaciones cada vez más verosímiles; y en el firme análisis histórico-crítico, aún admirando el genio de los hombres, aprenderéis a justipreciar el valor de las doctrinas por su concordancia con la experiencia.

Guillermo Vidal (1917-2000)

ALEJANDRA NIÑO AMIEVA

Nació en Buenos Aires, el 13 de junio de 1917. Se graduó como médico en Asunción (Paraguay) en 1943. Ya establecido en Buenos Aires trabajó en sanatorios psiquiátricos como médico interno, acrecentando su conocimiento clínico de las dolencias psíquicas y adquiriendo pericia en las prácticas de las terapias entonces vigentes. Al mismo tiempo ingresó al curso de posgrado de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de donde egresó con el título de médico psiquiatra.



Guillermo Vidal, 1970.

Fundó y dirigió uno de los primeros servicios psiquiátricos de asistencia ambulatoria que se instalaron en los hospitales públicos polivalentes. En su servicio abierto en el Instituto de Clínica Médica del Hospital Rawson, cuna de grandes internistas, cirujanos, y especialistas, mostró cuánto ayuda la interconsulta psiquiátrica a las otras ramas de la medicina.

En 1954 Fundó la publicación periódica *Acta Neuropsiquiátrica Argentina* (1954), rebautizada posteriormente como *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina* (1962) y finalmente *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (1964). En 1966 constituyó la *Fundación Acta Fondo para la Salud Mental*, con el objetivo (entre otros), de promover la investigación científica y la difusión de conocimientos en materia de salud mental y formar técnicos en psiquiatría y psicología clínica y social. Como director de la Fundación, fue un incansable generador de iniciativas y espacios de formación, discusión y reflexión; entre ellos el

Ateneo Psiquiátrico de Buenos Aires (centro de excelencia para la formación de psiquiatras y psicólogos que se caracterizó por su actividad plural y permitió un aprendizaje integral de sus asistentes) y la *Escuela de Psiquiatría* (activa entre 1962-72, la que incluía residencia médica de tres años y una clínica de orientación psicodinámica y de puertas abiertas). Asimismo, en el marco de la misma institución, impulsó varios proyectos editoriales, entre ellos la traducción al español del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II)*, el *Directorio de Psiquiatras de América Latina* (entre 1969 y 1971) e importantes trabajos monográficos de investigadores hispanoamericanos.

Dirigió (con Hugo Bleichman y Raúl Usandivaras) la *Enciclopedia de Psiquiatría* (El Ateneo, 1977, 1979 2ª ed.), obra en la que se propuso subrayar las peculiaridades del pensamiento psiquiátrico hispanoamericano. En 1986, junto a Renato Alarcón, publicó *Psiquiatría* (Editorial Médica Panamericana, reimpresa en 1990 y 1992), tratado que se convirtió en material de consulta necesaria en la mayoría de las Universidades hispanoparlantes. También junto a Renato Alarcón y Fernando Lolás Stepke dirigió la *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* (Editorial Médica Panamericana, 1995), en la que colaboraron más de un centenar de especialistas latinoamericanos y peninsulares.

Su obra científica incluye una gran cantidad de artículos publicados en revistas nacionales, de América Latina, España y otros países.

Falleció en Buenos Aires, el 26 de enero de 2000.



César Cabral y Guillermo Vidal.

Por qué cura el psicoterapeuta

GUILLERMO VIDAL

Si damos por supuesto: 1º) Que la enfermedad mental resulta de un defecto en el proceso de individuación; 2º) que este defecto se debe, a su vez, a un desequilibrio entre el grado de desprendimiento familiar y el grado de individuación requerido por la sociedad global, y 3º) que la enfermedad mental se reduce, en suma, a miedo e inseguridad, razón por la cual el enfermo tiene que alienar partes de sí para seguir siendo él; si aceptamos estos tres supuestos podemos concebir el acto psicoterapéutico como un modo de reindividuación.

En este sentido el psicoterapeuta cura porque a través de su persona va rescatando el enfermo sus partes alienadas, alcanzando así el grado de individuación requerido por el grupo. Es decir, que el psicoterapeuta mejora las relaciones interpersonales que fueron distorsionadas en la infancia del enfermo, utilizando para ello la relación transferencial. Sobre la pauta enmarcada de esta relación se reviven los viejos odios familiares, la envidia, los celos y la rivalidad que impidieron a su tiempo una buena integración personal, enzarzándolo a uno en el mundo de la fantasía. En la medida que el psicoterapeuta pueda comunicarse con su enfermo, y pueda interesarse en él y amarlo, pese al componente hostil del vínculo, el enfermo tenderá hacia una mejor adaptación psicosocial, es decir, se curará. El mismo proceso podría expresarse diciendo que el psicoterapeuta cura cuando se hace cargo de las contradicciones de su enfermo, o mejor aun cuando puede metabolizarlas, y trueca el conflicto —que siempre se nos da como dilema— en un planteamiento dialéctico, problemático, susceptible ahora de solución. El psicoterapeuta viene a ser así un experto en el manejo dialéctico de la contradicción y ambigüedad, que tomando de la mano al niño asustado que todo enfermo lleva dentro de sí le aproxima tímidamente a la realidad, para re-aprenderla (dejemos por ahora el problema de que esta realidad sea en parte recreación del propio psicoterapeuta).

Este proceso dialéctico subyace a toda psicoterapia, tanto a la que se practica profesionalmente con científica sistematización, como la que va implícita en vínculos ocasionales (matrimonio, amistad, etc.). Y es que como en el fondo de toda enfermedad mental hay una dificultad en la relación con el «otro» —una «alteración» en la más estricta acepción de la palabra— es natural que aquella sólo se remedie corrigiendo los modos de relacionarse, ya sea con el otro, ya consigo mismo. Psicoterapeuta es quien se ofrece aquí como amalgama; el que une los términos en contradicción. Asimismo puede considerársele como un partero, pues ayuda al enfermo a que se desprenda de la matriz familiar, transformándolo en una persona, dueña de sí, la misma en el espacio-tiempo. Merced a este procedimiento mayéutico, el psicoterapeuta viene a terminar el trabajo de parto de los padres que han «mal parido» al hijo. Un hecho más acerca la psicoterapia a la mayéutica socrática, y es el diálogo, la interacción dialéctica entre dos personas que en un momento dado representan también, las dos a un tiempo, partes de una sola.

Todo esto explica una cosa evidente. Y es que los neuróticos y hasta los psicóticos curan por muy diversas vías, a veces incluso sin darnos cuenta. Procedimientos psicoterapéuticos aparentemente distintos, opuestos en ocasiones, pueden conducir al mismo resultado. No hay terapéutica, por más disparatada que parezca, que no alivie al doliente si establece una buena relación interpersonal. Más que las palabras, más que la sagaz interpretación profunda del terapeuta, lo que priva y trasciende al fin es la confianza de éste, su optimismo, su capacidad de amar y crear como un buen padre. Decididamente, ni los psicoanalistas tenemos el monopolio de la curación, ni la palabra caracteriza a la psicoterapia, como se ha dado en decir.

Con esto no pretendemos agotar el conocimiento del acto psico-terapéutico. Pueden seguirse también otros hilos. Por ejemplo, el del esquema conceptual que, consciente o inconscientemente, trasmite el psicoterapeuta a su enfermo, y que éste utiliza como catecismo para orientarse en el proceloso mar de la vida. O el del reaseguramiento grupal, en virtud del cual el paciente ya no se siente solo, pues recupera su pertenencia al plegarse a la ideología del grupo al cual pertenece su terapeuta. Pero lo que importa subrayar aquí es la raíz psicosocial del trastorno mental y su posible corrección merced a una nueva relación interpersonal. El psicoterapeuta, moderno experto en mayéutica, termina de parir al enfermo cuando este acaba de encajar en el seno social. Por la vía del esclarecimiento o de la seguridad, ofreciéndose una y otra vez para el rescate de

partes alienadas, el psicoterapeuta reindividúa a su enfermo, y lo cura cuando éste se ajusta al grado de individuación que le reclama su grupo. Para terminar, pienso que, tomando como punto de partida esta hipótesis, puede llegarse a una comprobación experimental de la psicoterapia, avanzando así hacia un mayor entendimiento de los que ejercemos este difícil arte, que es también ciencia.

César Augusto Cabral (1917-2011)

ALEJANDRA NIÑO AMIEVA

Nació en Formosa, R. Argentina el 1 de noviembre de 1917. Médico psiquiatra y profesor, egresado de la Universidad de Buenos Aires (R. Argentina). Fue jefe de servicio del Hospital Psiquiátrico Braulio Moyano (Ciudad de Buenos Aires), miembro del Instituto Nacional de Salud Mental durante varios años y fundador y secretario general de la Sociedad Argentina Asesora en Salud Mental. Autor de trabajos científicos publicados en el país y en el extranjero, se desempeñó como Director Asociado de la revista *Psicopatología* (Madrid) y miembro del Comité de Redacción de *L'Évolution Psychiatrique* (París). Presidió y fue relator de numerosos congresos nacionales e internacionales de Psiquiatría. Dirigió *Cuadernos de Psicopatología de la Clínica de Neuropsiquiatría y Psicología Médica* de la cual fue fundador y director durante 25 años. Presidió la Fundación Acta Fondo para la Salud Mental después de la muerte de su fundador, Guillermo Vidal y dirigió desde el año 2003 *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Generador de numerosas actividades y espacios de discusión y reflexión, continuó con los *Foros Acta* (encuentros transdisciplinarios) e impulsó el ciclo *Arte y Medicina*.

Complementó su actividad científica con una continua labor periodística, literaria e institucional. Como periodista escribió con el seudónimo de César Villagrán en el diario *Clarín*, fue jefe de redacción del diario *La Hora* y colaboró en *Hoy en la Cultura*, *Orientación*, *Cuadernos de Cultura* entre otros diarios y revistas. Obtuvo en 1946 el Primer Premio de Ensayo de la SADE por *Alem, informe sobre la frustración argentina* (Peña Lilio, 1967). Entre sus novelas puede mencionarse *La ciudad de los cuatro siglos* (Argentina, 1964), *El proyecto Pancracio* (1996); *Los sones de la nada* (1997); *Fiesta y fuga del estío* (1998); *Sonata y crimen* (1999) y *Dos suicidios y una novela* (2004). Dirigió la Sociedad Argentina de Escritores (SADE) entre 2006 y 2008 y en los años subsiguientes integró el Tribunal de Disciplina de la misma institución.

Profesor honorífico del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española (IPLE) con sede en Madrid (España), se desempeñó como miembro del Comité Académico de la Especialidad de Psicología Clínica de la Universidad Kennedy, como profesor consultivo del Departamento de Salud Mental de la Universidad Maimónides y como presidente del Capítulo de Ética de la Asociación Argentina de Psiquiatras (APSA).

Entre sus obras, puede mencionarse: *Psicoterapia, saber y emoción* (Platina, 1965); *Motivación: teoría y clínica* (Silbalba-Boedo, 1976), *Temas del hombre: la soledad, la frustración, el éxito, la ambigüedad* (Roche 1976); *Psicoterapia grupal, ciencia y mito* (Editorial Buenos Aires, 1985). Escribió varios capítulos de la *Enciclopedia de Psiquiatría*, editada por El Ateneo en 1977 y 1979 y fue jefe de la sección psiquiatría de la *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* (Editorial Médica Panamericana, 1995).

Falleció en Buenos Aires, el 16 de enero de 2011.



César Augusto Cabral

El autismo esquizofrénico

CÉSAR AUGUSTO CABRAL

La noción de autismo fue introducida en la psiquiatría por Eugene Bleuler en su famoso *Tratado* (1911), en el que otorgó el nombre de *esquizofrenia* a la vieja y ambigua *demenia precoz* de Benedict A. Morel y Emil Kraepelin. El psiquiatra suizo, que tenía a Jung como colaborador y principal consejero, había observado que los esquizofrénicos «más avanzados» en su dolencia viven «... en un mundo que sólo es suyo», sin relación alguna con la realidad externa. Se encierran en él con sus deseos, que imaginan «realizados», o con el «... sufrimiento provocado por las persecuciones de las que se creen víctimas». Llamamos autismo, dice, a esa desvinculación de la realidad, acompañada de un predominio relativo o absoluto de la vida interior. Bleuler discrepa de Janet, quien sostenía que los esquizofrénicos han perdido «el sentido de la realidad», porque esa pérdida no es total, y sólo aparece como tal en presencia de acontecimientos y de cosas que están en contradicción con los complejos psíquicos propios de su enfermedad.

E. Minkowski, destacado psiquiatra francés, en un estudio sobre la esquizofrenia publicado en español por Paidós en 1980, dice: «Llamamos al pensamiento que no trata ya de adaptarse a la realidad y que por el contrario está apartado de ésta *pensamiento autístico*, y lo oponemos a la forma ordinaria del pensamiento (*pensamiento realista*), que trata de incrementar al máximo su valor pragmático.

El pensamiento autístico no busca comunicarse con el otro, ni dirigir conductas; tiene sólo un alcance subjetivo».

Leo Kanner expuso en 1943, en su trabajo «Alteraciones autistas del contacto afectivo», una casuística constituida por 11 niños que padecían marcada incapacidad para relacionarse con personas y situaciones de la vida cotidiana. Sobre esa base describió el autismo infantil (trastorno del desarrollo), cuya característica principal es el fracaso para emplear el lenguaje y comunicarse con

los otros. Tanto el DSM-IV como el CIE-10 incluyen al autismo infantil entre los trastornos generalizados del desarrollo, y proporcionan las pautas para un diagnóstico preciso. Se ha advertido que los déficits del autismo infantil persisten en la edad adulta, con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Esa circunstancia debe ser tenida en cuenta para el diagnóstico diferencial con el autismo esquizofrénico. Es pertinente recordar que Kraepelin señalaba, en sus últimos trabajos publicados, que había constatado síntomas de esquizofrenia en niños apenas mayores de dos años.

El autismo esquizofrénico tiene peculiaridades que importa conocer, para penetrar en la íntima urdimbre del abigarrado pensamiento que lo constituye como tal. Quien quiera establecer comunicación con un esquizofrénico deberá situarse en la perspectiva de develar la especificidad del autismo. La cualidad primordial del autismo esquizofrénico consiste en la escisión de la unidad dialéctica entre lo abstracto y lo concreto. Para explicarnos esta proposición examinaremos primero el carácter de esa unidad dialéctica que vincula lo abstracto con lo concreto. Si entendemos y definimos a «lo concreto» como la unidad en la diversidad, no debemos soslayar que por medio de ese concepto intentamos abarcar la multiplicidad del todo. Aprehendemos similitudes y disimilitudes en su oposición y en su unidad, y accedemos a la idea de *todo* al reunir las en un concepto que dé cuenta cabal de sus múltiples aspectos, separados y conjuntos, distintos y semejantes. Pero para elaborar tal concepto abarcador de un hecho o una realidad debemos abstraer momentos de ese fragmento de realidad.

Llamamos «abstracto» al reflejo subjetivo de cualidades de la realidad. Esas cualidades han sido descubiertas y denominadas como tales a través de una observación metódica de la realidad, o en el proceso cada vez más complejo de la actividad laborativa y cognoscitiva del hombre. Sin la capacidad de abstraer fragmentos de la realidad, que se presentan a la conciencia como tales y se organizan en imágenes o palabras que los designan, para reconocerlos en cualquier circunstancia, no podría jamás elaborarse la noción de «concreto».

Abstracto y concreto forman una unidad dialécticamente indivisible, pues la oposición que los niega para afirmarlos en su especificidad también los implica y los complementa, hasta el punto que puede decirse que una de estas nociones no podría existir si se eliminara a la otra. Hablamos de *existir* en términos de operancia fáctica, de realizar con esos conceptos acciones conducentes a una finalidad comprensible, por lo menos en lo que hace al método, esto es, al modo

de decir o hacer una cosa con orden. Sólo profundizando el proceso de abstracción se logra formular en conceptos lo concreto. Analizamos y sintetizamos los fenómenos de la realidad con la que interactuamos, operando con abstracciones cuyo reflejo adecuado de lo real verificamos con el acto de la comparación. Comparar es un proceso complejo, que implica a su vez el uso de criterios de jerarquización y subordinación en el registro de percepciones y en su ordenamiento conceptual. Analizar, sintetizar, comparar, son instancias abstractas del acto de pensar, que conducen a elaborar conceptos aptos para comprender y manejar la realidad externa e interna, las circunstancias y la mismidad del ser. La categoría de finalidad está ínsita en esa unidad dialéctica de lo abstracto y lo concreto.

El autismo esquizofrénico traduce la pérdida dramática de esa categoría de finalidad a la que accedió el hombre tras una milenaria práctica histórico-social. El compromiso de conciencia que provoca la enfermedad esquizofrénica esfuma los límites entre lo subjetivo y lo objetivo. El pensar abstracto sin finalidad concreta invade toda la conciencia. El proceso de abstracción se autonomiza, deja de dar cuenta de las singularidades de lo concreto, opera con fragmentos dispersos de la realidad, vinculados catatímicamente. Se rompe la vinculación captable con el proceso de simbolización de la realidad en que éste se inscribe.

El autismo —modo distorsionado de pensar, sin finalidad, sin prospección—, cuando se estructura plenamente segrega al paciente, lo secuestra en sí mismo; y él, en su alejamiento de la realidad, se va sumiendo en un empobrecimiento intelectual al que Kraepelin llamó «embrutecimiento esquizofrénico», que nada tiene que ver con el déficit oligofrénico. El pensamiento que gira largamente sobre sí mismo se enrarece y agosta, evidenciando en su aniquilamiento el entorpecimiento para relacionarse adecuadamente con el medio social, porque no discrimina entre lo abstracto y lo concreto. La categoría de finalidad, como ya lo dije, es una de las últimas que se elaboran en la evolución del pensamiento conceptual. Por eso es también la primera en desaparecer, en los trastornos agudos o crónicos de la conciencia. La esquizofrenia es un trastorno crónico de la conciencia que devasta la personalidad; por eso hay grados de autismo, de acuerdo con la evolución de la dolencia. El «autismo rico» que puede observarse en algunos cuadros de comienzo, sume al paciente en otro mundo que lo maravilla, pero que se va empobreciendo paulatinamente, en la medida en que se cortan los lazos con la realidad circundante. «Ahora —nos explicaba un joven esquizofrénico muy culto, tratado con neurolépticos incisivos—, mis

pensamientos ya no me asombran. Al *embeleso* que me provocaban mis ideas y sus imágenes, ha seguido una fatigosa repetición de frases fragmentarias, disociadas. Como diría usted «me pierdo en naderías» que parecen flotar en torno de mí...»

La escisión del par dialéctico abstracto-concreto priva al esquizofrénico de registrar en unidad el ser disperso de las cosas. Esa falla radical de la integración menoscaba el proceso de diferenciación que es su reverso. Al no lograr integrar experiencias cotidianas, el esquizofrénico vive en una dramática atemporalidad. No logra vivenciar el tiempo como un continuo, sino como momentos no coordinados de sucesos por lo general frustrantes. La experiencia interpersonal inmediata es vivida como una sucesión de reacciones emocionales, que él no es capaz de organizar ni de comprender. Hay un registro anómalo de sentimientos que provoca el ambiente, que sustituye a la captación de lo que puede comunicar el otro. El proceso de diferenciación, el distinguir una cosa de otra, se deteriora hasta el punto de que al esquizofrénico le resulta imposible discriminar entre el *yo* y el *no yo*. Los recuerdos se confunden con las percepciones actuales, las emociones con las sensaciones somáticas y lo simbólico con lo concreto. Esta trastornante ruptura de los procesos de integración-diferenciación torna hostil al mundo y refuerza el repliegue autista, que se inicia por lo general tras las primeras experiencias delirantes que fascinan y maravillan al paciente. Por su carácter inefable, inexpresable, esas experiencias primarias no pueden ser comunicadas, y sustituyen en la conciencia del enfermo a los estímulos externos.

¿Es comprensible el autismo esquizofrénico? El joven esquizofrénico a que aludimos antes trataba de explicar, al comienzo de su enfermedad, el mecanismo del autismo:

«Para que ustedes me entiendan —decía a un grupo de psiquiatras y psicólogos— no se me ocurre nada más apropiado que traer el ejemplo de una conversación corriente de mi madre y su hermana, mi tía, a la hora del té. Supongan que mi madre inicia la charla refiriendo que tiene algo importante que contar con respecto a la señora J. Mi tía la interrumpe al instante:

»— Yo también quiero darte novedades de alguien que te interesa...

»Mi madre, con interés, pregunta:

»—¿Es sobre la modista que me ibas a recomendar?

»— No —dice mi tía— es sobre la prima de nuestro dentista.

»— ¿La que viajó a Europa en un charter de Alitalia?

»— A propósito de Europa, te diré que mi amiga A. comenzó a trabajar en una nueva agencia de turismo y nos propone un viaje espléndido.

»— Hablando de viajes, ¿sabés quién vino de Sudáfrica?

»— No me digas que ya llegó Z. Yo no sé por qué se va tan lejos por tan poco tiempo; es como esos que recorren nuestro Norte en ocho días...

»— Me hiciste recordar que tengo que reclamarle a V. el pimentón que me trajo de Salta. Tengo unas ganas bárbaras de preparar pulpo a la gallega.

»— Mirá lo que son las cosas, lo de gallega me viene de perlas para no olvidar que debo darle un buen reto a Jesusa, porque cada vez se ocupa menos de la cocina.

»— Menos mal que lo recordé: me tenés que dar el teléfono del *service* de la heladera, hace continuamente un ruido extraño.

»Y así siguen parlotando, sin que mi madre cuente aquello que quiso referir al comienzo, y sin que mi tía ofrezca las novedades prometidas. Pero ellas tienen más suerte que yo; pueden retomar el hilo del diálogo y se satisfacen comunicando pensamientos, aunque sean simples, sobre todo lo que van experimentando al vivir. Eso no logro hacerlo yo. A veces, un acontecimiento algo inesperado puede sacarme de la disparatada cadena asociativa en que me sumerjo no bien intento pensar en algo que debo hacer. Qué terrible, no sé cómo decirlo para que me entiendan. Dudo permanentemente... ¿es ininteligible mi pensamiento?»

Calló y nos miró sin vernos, para exclamar de pronto:

«— Ya sé, encontré una figura un poco cursi pero que les permitirá saber lo que es mi mundo interno. Es como la hierba que crece en la soledad más espantosa, sin un para qué ni un por qué...»

—Te comprendo —le dije— y vienen ahora a mi memoria aquellos versos tan bellos de Luis Cernuda: «Silencio y soledad nutren la hierba / creciendo obscura y fuerte entre las ruinas».

El paciente se refugió en un hosco silencio, como solía ocurrirle luego de estar muy lúcido. Superado su cambio, llegó su lenta respuesta, cargada de un rencor frío y triste:

«—Yo ahora pienso que usted por fin se animó a llamarme como siempre evita hacerlo. Porque es cierto, sólo los poetas pueden entender a los locos como yo.»

Le respondí, obviando explicaciones fútiles:

— No olvides que de locos y poetas todos tenemos un poco.

«— Pero yo tengo de lo primero un poco demasiado; por eso me pierdo, me pierdo en la nada, y ustedes no pueden ayudarme.»

Yo me entregué al ejercicio doloroso del recuerdo triste. Acudió a mi memoria aquel episodio tremendo del esquizofrénico catatónico y autista a quien, para rescatarlo, le aplicábamos anfetamina endovenosa. Un día, tras la rápida inyección del fármaco, se incorporó en el lecho y mirándonos azorado, reclamó:

«— Ustedes que saben, sálvenme...». Y volvió a caer en la oquedad de su monótono diálogo interior, y en la rigidez corporal.

Comentando más tarde estos conceptos sobre el autismo, decía una psicóloga del equipo de mi clínica:

— No sé, me suena todo a una conexión muy externa; no penetra en la esencia de ese fenómeno que, debemos reconocer, es enigmático y complejo; más aún, creo que es bastante irreductible a una comprensibilidad que intente mantenerse en niveles conscientes.

— Es cierto —respondí— pero debemos apoyarnos en parámetros que fueron elaborados en el curso de una práctica histórico-social más que milenaria, para descifrar ese autismo en el que paradójicamente habitan el olvido y la fascinante magia del ensueño, que maravilla con sus imagerías inefables. Rescatar al enfermo de ese microcosmos atrapador supone, primero, tornar inteligible ese carrusel mental incesante, y después crear condiciones privilegiadas en el mundo real, que conviden al cambio de domicilio.

— No tengo —insistió la psicóloga— respuestas a preguntas que me inquietan. ¿Qué relación hay entre el autismo esquizofrénico y el pensamiento autista del niño? ¿El contenido del autismo puede referirse *in toto* al trastorno crónico de la conciencia?

¿La alteración de la conciencia responde a causas orgánicas o exógenas?

Mi respuesta fue y es esta: vivimos en un mundo de mediaciones. El esquizofrénico multiplica esas mediaciones y construye con ellas productos que lo alejan de la realidad. En lugar de construir con esas mediaciones modelos de anticipación para comprender y manejar la realidad, las utiliza para defenderse. En eso consistiría la esencia del autismo, en el repliegue en la introversión.

Debemos comprender que en su inicio el manejo de las mediaciones por el esquizofrénico no tiene sino una diferencia cuantitativa con lo que hace el común de las personas normales que viven situaciones peculiares, como el drama de la soledad, el duelo de las pérdidas, la ansiedad de las incertidumbres, habituándose a suplantar a los otros y a las circunstancias con objetos interme-

diarios diversos, o con la manipulación de su cuerpo. ¿Por qué interpretar estas actitudes con el modelo de las regresiones a etapas infantiles? El niño no tiene en sus primeros años de vida la capacidad de simbolizar, que es la herramienta de las mediaciones. Es cierto que ingresa a un mundo de significaciones a las que, mediante una práctica cotidiana, irá otorgando significados concretos.

En una segunda etapa, en ese divorcio trágico que el esquizofrénico va estableciendo con la realidad, vivenciada como hostil y amenazadora, la cantidad se trueca en calidad, y ya las mediaciones mutan la conciencia, obviando los límites entre lo objetivo y lo subjetivo, lo percibido y lo imaginado, entre la fantasía y la realidad. Y así se instala el pensamiento autístico, que se erige como una muralla que lo separa del mundo externo.

Al contrario de lo que ocurre con alguien que curse una psicosis aguda, el esquizofrénico no se asombra si «ve» un caballo rondando su cama. Le otorga de inmediato logicidad y legalidad al suceso. Alguien lo ha dispuesto así, para señalarle o significarle tal o cual cosa. En los delirios tóxicos y en los psicorreactivos agudos, la alucinación es vivida con terror y rechazada vivamente. El esquizofrénico acepta la alucinación, y rige su conducta de acuerdo con ella.

¿Por qué empeñarse en interpretar los fenómenos alucinatorios esquizofrénicos en pertinencia con modelos teóricos usados a la manera del *lecho de Procasto*? La construcción alucinatoria guarda una correlación estrecha con las peripecias dramáticas que vivió y vive el esquizofrénico. Los criterios que se tienen acerca de la esquizofrenia como enfermedad determinan la forma y el curso de la psicoterapia que se implementará; el abordaje inicial, los procedimientos técnicos, los objetivos tácticos y estratégicos se sujetan al presupuesto teórico. El soporte de una teoría psicológica científica que dé cuenta de categorías tan operantes para una psicoterapia racional como son las de actividad, conciencia, personalidad y comunicación, es un requisito más que importante decisivo, y que debe ser tenido en cuenta.

Es en la esquizofrenia donde se actualiza con más empeño la vieja contienda entre lo psíquico y lo somático, que se dirime bajo formas distintas en la psiquiatría. No es una exégesis a la manera de crónica periodística, de opiniones, hipótesis, juicios y experimentos y su ulterior clasificación, la que puede ilustrarnos acerca de esta querrela. Confrontar la validez de las ideas contrapuestas es una tarea de Sísifo. Siempre la piedra de la verdad rodará hacia abajo, impulsada por una nueva reflexión que puede surgir de cualquiera de los campos en *litis*.

Pero ¿es que existe una piedra de la verdad? Lo cierto es que la esquizofrenia comporta un proceso en permanente evolución. La búsqueda de la piedra filosófica abrió un camino para el desarrollo de la química como ciencia, pero no debe estar en el ánimo de nadie repetir la sufrida experiencia de la alquimia. No deja de ser curioso comprobar los extremos a que puede conducir la actitud de cerrarse en una línea de pensamiento. Tomemos por ejemplo el bello y españolísimo estudio prologal de Bartolomé Llopis a la edición castellana de *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, de E. Bleuler. Silogísticamente desarrolla Llopis este pensamiento: no creo que los trastornos psicogenéticos puedan considerarse verdaderas enfermedades. Las vivencias producen aquellas repercusiones somáticas que vivimos subjetivamente como emociones; por muy intensas que ellas sean, el organismo normal debe tolerarlas sin alterarse patológicamente. Si no hay enfermedades realmente psicogenéticas, tampoco hay una terapéutica realmente psíquica. La llamada psicoterapia, en definitiva, no es más que una seudoterapia, que sólo sirve para curar seudoenfermedades.

Por supuesto que vienen luego las castizas enmiendas, pero lo significativo es que la negación se mantiene. Y esta negativa a admitir como factor patógeno a situaciones psicológicas muy diversas pero con el signo común de ser frustrantes es la que lleva a no comprender la urdimbre patológica de la reacción vivencial. La vivencia es ciertamente una totalidad compleja, subjetiva, que responde a un modo peculiar de percibir, sintiendo lo que acontece en el entorno. La vivencia, según Dilthey, es lo dado en el complejo anímico de la experiencia interna. La vivencia sería como una excrecencia catatímica. El vivenciar es un proceso auténticamente humano. Sin la incorporación de lo vivido como sentimiento forjado por el estado de ánimo, que crea un estado particular de la conciencia, no hay posibilidad de registrar vivencias, en lugar de simples recuerdos, percepciones o rememoraciones de estos. La vivencia es una representación de fuerte tonalidad afectiva, que tiende a autonomizarse, desprendiéndose de la percepción directa, especular, de la realidad externa. Cuando logra su plena autonomía y encuentra en sí misma las líneas de desarrollo, se constituye en lo que llamamos «reacción vivencial», que puede equipararse a la noción de automatismo mental, muy bien explicitada por Clérambault, cuyos estudios clínicos no ocupan hoy el lugar preferente que merecerían en la teoría y la investigación psiquiátrica actual.

La vivencia es una representación autóctona de lo vivido; sólo a favor de un particular estado psicológico alcanzan las vivencias con fuerte contenido

emocional la capacidad de ocupar todo o casi todo el espacio de la conciencia, que se torna incapaz de registrar las otras percepciones con la tonalidad que era habitual. Se puede decir que en el autismo no predominan las apercepciones con tonos tristes, como ocurre en la depresión melancólica. Hay un registro gris, monótono y fatigante, como trasfondo de la reacción vivencial, que es cambiante. Lo que se sitúa en el centro de esas vivencias son sentimientos de frustración y rechazo que conducen al juzgamiento constante de la conducta del otro, en situaciones vividas que son examinadas con la severidad con que se juzgan hechos aberrantes. Las perspicaces casuísticas de Clérambault y sus sagaces comentarios clínicos permiten suponer que el automatismo mental podría ser el pródromo de los desarrollos delirantes, agudos y crónicos, y de las psicosis afectivas y disociativas.

Nos es desconocida la forma en que la reacción vivencial invade los núcleos cerebrales que regulan la timia —el estado de ánimo—, pero von Bergman había adelantado que el llamado trastorno funcional es el puente entre lo orgánico y lo psíquico. Esa compleja interrelación entre lo psíquico y lo orgánico es la piedra de la discordia. Se la puede investigar de modos diversos. La teoría de los reflejos condicionados, elaborada por Pávlov y utilizada terapéuticamente por el conductismo en todas sus variantes y nuevos aportes, permite un modo de abordaje que se extravía en un objetivismo neurofisiológico, que termina pronto revelando su impotencia para dar respuestas tan contundentes como su metodología estricta permitiría suponer. Con todo, es un camino aún abierto, que posibilita comprender una parte de ese proceso de mediación entre lo psíquico y lo orgánico (teoría corticovisceral de Bykov).

Otra línea de investigación es la que abrazó la teoría del inconsciente, desarrollada por Freud, Jung y Lacan. Ha posibilitado un enriquecimiento de la comprensión de las conexiones entre el llamado aparato psíquico y lo orgánico (medicina psicosomática y psiconeuro-inmunoendocrinológica). Están en curso experiencias científicas de las llamadas neurociencias, que pueden ser trascendentes si superan sus tendencias al mecanicismo simplista, que no tiene en cuenta la especificidad del psiquismo humano, de escaso parangón con el sistema nervioso de los animales más desarrollados.

Por fin, es fecunda en hallazgos y resultados la concepción plástica de la actividad cerebral, que destaca la creación de órganos funcionales como soporte estructural de las actividades que realiza el hombre en el curso de su desarrollo como persona. Los trabajos de Luria y Leóntiev en la fenecida Unión Soviética

han posibilitado investigaciones en distintos centros científicos del mundo, que constituyen un notable avance en el conocimiento real de las funciones psíquicas peculiares del género humano. Este saber arrojará luz sobre el sombrío reverso de la psiquis sana que es el autismo esquizofrénico.

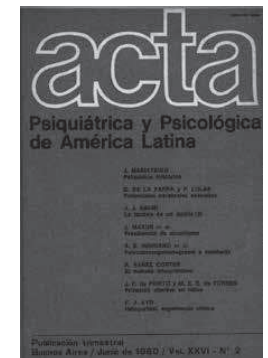
Jorge Joaquín Saurí (1923-2003)

ALEJANDRA NIÑO AMIEVA

Nació en Buenos Aires (R. Argentina), el 6 de agosto de 1923. Egresó de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires (1949) y se doctoró en la misma institución académica en 1952 bajo la dirección del neuropsiquiatra Braulio Moyano. Ejerció como médico jefe de servicio en el Hospital Borda (Ciudad de Buenos Aires) y como médico legista en el ámbito de la justicia nacional. A comienzos de los años sesenta fue profesor de Psicología dinámica en la recientemente creada Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador, en Buenos Aires. Posteriormente se desempeñó como profesor de Psicopatología en las facultades de Psicología de la Universidad Católica Argentina, de la Universidad Nacional de Buenos Aires, de la Universidad de Belgrano y de la de Mar del Plata. Formó parte del *Advisory Board of History of Psychiatry*, publicación dedicada a la historia de la psiquiatría, la que publicó en 1992 una semblanza de su amplia trayectoria científica.

Durante sus últimos treinta y cinco años mantuvo en forma ininterrumpida un seminario mensual, con un grupo en la ciudad de Buenos Aires y otro en la de Córdoba, en los cuales abordó diferentes cuestiones en torno a significativos temas de la antropología psiquiátrica y de la historia de las ideas psiquiátricas, algunos de los cuales anticiparon ulteriores libros y publicaciones.

Autor de numerosos artículos publicados en revistas especializadas, entre sus obras puede mencionarse *Introducción general a la psicopatología profunda* (Lohlé 1962); *El hombre comprometido* (Lohlé 1965);



«La textura de un delirio» de Jorge Joaquín Saurí fue publicado en *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*.

Historia de las ideas psiquiátricas (1969 1ª ed., 1996-7 2º ed. en dos volúmenes, Lohlé); *Lecturas de la psicopatología* (Ediciones de Belgrano, 1982); compilador en *Las Histerias* (Nueva Visión, 1984) y *Las fobias* (Nueva Visión, 1986); *Persona y personalización* (Lohlé 1989); *¿Qué es diagnosticar en Psiquiatría?* (Bonum 1994).

Falleció en Buenos Aires, el 8 de agosto de 2003.

La textura de un delirio

JORGE JOAQUÍN SAURÍ

II. MOMENTO DE LA DISTORSIÓN

La publicación anterior mostró que el texto titulado «Historia breve de mi vida» estaba compuesta por dos narraciones [14e]. Una de ellas, autobiográfica.

El estudio titulado *Historia breve de mi vida* se muestra, en una primera aproximación, como compuesto por dos tipos de narraciones. Una de ellas, autobiográfica, narra sucintamente los principales episodios de la vida de Eugenio, mientras que la otra, surgida cuando aparece el recuerdo de una situación conflictiva, traumática y humillante, se aparta del hilo significativo inicial. Este apartamiento del propósito manifiesto del texto es lo que llamo «desviación». Tal cambio no es patológico en sí pero en el caso que me ocupa la significación cambia. Sucedió que el texto se detuvo morosamente en la situación traumática señalada y emergió de ella con una dirección diferente a la inicial. Tampoco es patológica la existencia de zonas de remanso en un texto, pero, en el caso de Eugenio, se subjetiviza al extremo y se impregna de imaginario. La desviación aparece ahora sin que el enunciador la perciba y este error por un surco en desencuentro con el texto real es lo delirante.

Por otra parte, el momento histórico —la zona de remanso— donde opera tal impregnación y cambio actúa como un operador transformacional y el texto se hace una vasta sinécdoque apoyada en los valores connotativos. Ello obliga a que éste se haga una demostración con lo cual la *Historia breve de mi vida* es una mezcla de autobiografía y demostración.

Mas la demostración delirante tiene notas peculiares y se dirige a probar «yo soy otro». Entre la identidad referencial («yo») y la enunciada («soy otro») se ha producido una disyunción que testimonia una alteración de la mismidad. Y como esto ha de ser probado el texto con significaciones metonímicas. Los

demás, seres anónimos y adicionales, carentes de poder testimonial y a quienes va dirigido ese intento, son los beneficiarios de un texto así construido.

6. NIVELES DE SIGNIFICACIÓN

Los caracteres hasta ahora analizados dificultan e, incluso, impiden la adecuada transformación intratextual de las significaciones, con lo cual sus diversos niveles quedan sin posibilidad de interacción. El resultado, es entonces, la coexistencia de significamientos inconciliables entre sí como si se hubieran solidificado en su lugar; más, por otra parte, como la ruptura histórica conduce a argumentar y los «otros» son «demás», el «yo», no pudiendo ubicarse en la situación, ve robustecido su intento de reconstruir un mundo nuevo. Utilizo aquí *ex profeso*, los vocablos situación y mundo como conceptos diferentes que la lectura del texto de Eugenio permitirá diferenciar. Recordemos: todo comenzó con una suerte de pensamiento: «Si no soy Jesucristo, Dios se ha vuelto loco» (Jaspers hablaría aquí de intuición delirante), pero a medida que transcurre la narración se generaliza este modo de vivir una situación que puede relacionarse de algún modo con las consecuencias del electroshock. Se sucedieron entonces consultas a los sacerdotes, cartas al Papa, escritura en las paredes y papeles, interpretación de los acontecimientos, etcétera. Las diversas situaciones en las que habitualmente está comprometida la existencia quedaron así unidas en un solo sentido pues el mundo se hizo unívoco, con lo cual el delirio pasó a ser una conducta global.

Esta existencia se hace a expensas de «lo vivido»; la argumentación y la demostración invadiendo estos «espacios» y quedan al servicio del intento de recuperar, en una nueva modalidad, la perdida unidad de sentido propia de cada experiencia. Desde ahora todas las experiencias —o casi todas— dicen lo mismo: la divinidad oculta de Eugenio. Se organiza así otro nivel de significaciones que, integrado en el texto, lo complica aún más, pues éste resulta ahora portador de un mensaje decodificable en tres niveles. En el primero —nivel de la significación personal— persisten a los restos de la tradición biográfica aún vigentes (en Eugenio la referencia a sus años de niñez o aquella parte donde cuenta sus sensaciones concretas en orden al electroshock); en el segundo —nivel de significación imaginaria— aparece el reemplazo del trasfondo intratextual (el tema «místico», por ejemplo, con el cual se busca una filiación nueva), y el tercero —delirante—, concreta el intento de fundar un mundo nuevo. Todos concurren a una afirmación contradictoria básica: «yo soy otro», donde, sin

haberse perdido la mismidad, la identidad social queda reemplazada por otra vasta y compleja. Se trata de un intento fallido de compensación y de reestructuración en un nivel simbólico, lugar de argumentación que no es ni estanco ni perfectamente racional o deductivo puesto que lo imaginario lo infiltra y le brinda los materiales para el «relleno» racional.

Ello no es producto del azar. Todo texto está orientado «hacia el sistema de significantes en el cual se produce [el habla y el lenguaje de una época y sociedad determinada] y hacia el proceso social en el cual participa en tanto discurso» [9a]. Y también —conviene agregar— hacia la urdimbre creencial. Se delira «en situación», pero puede generalizarse y entonces la operación se transforma en un intento de reconstrucción de un mundo. Este hecho, conocido en la historia —recordemos, por ejemplo las fanáticas procesiones de flagelantes durante el ocaso de la Edad Media— y sobradamente comprobando por la clínica, supone la participación activa del grupo de pertenencia y en primer término de la familia, en la estructuración del trastorno.

¿Qué sucedía en el caso de Eugenio? Importa, para poder atisbarlo, reproducir una breve síntesis que me hiciera llegar la madre —a quien nunca conocí— respecto a las alteraciones de su hijo. Dice así:

Eugenio tuvo una gobernanta alemana y comenzó a hablar alemán. Tenía libros con figuras de animales. Era muy ordenado y personal; jamás quiso un lápiz o una goma de otros. «Ese no es mío», decía y no lo usaba por nada del mundo.

Tenía un sentimiento exagerado de la propiedad. Recortaba figuritas de las revistas; le decíamos Buby.

Fue al jardín de infantes... [aquí el nombre de un colegio alemán]. Lloró y costó muchos días para acostumbrarse. A los seis años fue a la escuela y lloró también, no quería que- darse.

Nunca lloró fuerte sino a sollozos, tampoco gritaba. Yo creo que la gobernanta no lo dejaba, porque un día que fuimos al campo a caminar vino a preguntarme si podía gritar. Teníamos una cocinera en casa desde que nos casamos, con una hijita que se crió a la par de las mías; se encargaba de cuidar a Buby cuando ya no tuvo gobernanta. Y recuerdo que muchas veces le oí decir: «Si vos no sos hijo de la señora, sino de Pola» (Pola era la cocinera y lo mimaba mucho). Lo consigno por aquello que él dice no ser hijo nuestro.

Después, Elisa, que así se llamaba la hija de la cocinera, tuvo novio y empezó a robarnos. La despedimos, y a la madre también, después de veintitrés años de servicio en casa.

A los ocho años lo retiré del colegio para hacer un tratamiento aconsejado por un médico [aquí el nombre de un conocido internista] porque sufría de estreñimiento; había que

sacarlo a la plaza para que corriera, de mañana; debió ser muy importante porque le hice perder un año.

Empezó a dibujar animalitos, pájaros, copiaba las patas de los caballos que veía parados en la calle y así fue que en poco tiempo dibujaba un caballo a la perfección. Creó un lorito que llamó «Creolín», y un pollito «Piolín» y otros personajes con los cuales hacía historietas: «Don Tubito» y «Pratapa», «El fantasma Narín», «El padre de los chicos cuando llueve», «El caballo fantasma», «Jorge, el estudiante modelo», etcétera. Dibujaba en cualquier parte, hasta en los boletos del subte, cartoncitos que daban antes.

Cursó los grados normalmente hasta cuatro. El quinto y el sexto necesitó ayuda para los problemas. Salió aplazado en sexto y rindió en marzo aprobando. Tenía muy buen comportamiento en el colegio, pero jamás jugaba en los recreos; se recostaba a las paredes y miraba jugar. El maestro le dijo una vez: «te doy permiso para que te trompees con alguno» (para que hiciera algo). El sexto grado lo cursó en un colegio religioso salesiano. Cumplió quince años al salir de sexto.

No quiso seguir estudios. Estaba cada vez más apático; quiso seguir dibujo por correspondencia y así llenó un cuaderno con dibujos a tinta china muy buenos y los rompió todos y los tiró después de la operación porque dijo que él no los había hecho.

Se cansó de dibujar antes del año, y entró en la academia de dibujo [aquí el nombre de una academia religiosa] para seguir un curso de ilustraciones. Ilustró varios capítulos de *Mis montañas*, y se cansó porque quería hacer como él quería, y siempre llegaba tarde.

Después dejó eso, no quería comer, empezó a salivar. Lo llevamos a ver a un médico, quien le hizo varias radiografías de cabeza. Dijo que había algo de sinusitis y una intoxicación general a causa de su estreñimiento. «Primero vamos a despejar esa infección, y luego vamos a ocuparnos de ese intestino con masajes eléctricos».

Le mandó tomar unas sulfamidas, y el chico salivaba más, dejaba charcos de saliva semejantes a clara de huevo allí donde estaba, y se tapaba la cara. Lo llevé nuevamente a lo del médico, y mandó diez días más de sulfas, más otros comprimidos que no recuerdo como se llaman.

En estas condiciones, una tarde de mucho calor me dijo: «Mamá, me voy a morir, llama a un padre enseguida porque me voy a condenar». Llamé al sacerdote y al médico. El sacerdote estuvo largo rato con él y no pudo convencerlo que lo absolvía, y siguió con ese tema toda la noche: que se iba a condenar. Me decía: «Reza mamá y pedile al Sagrado Corazón que me perdone por el mérito infinito de sus divinas llagas».

Pedimos consulta; el primer doctor opinó que había una intoxicación por las sulfas y el otro dijo que a algo había que achacar. Lo vio después su médico anterior, le hizo análisis, radiografías, etcétera y dijo que a ese enfermo tenía que verlo un psiquiatra. Lo examinó el otro médico [un conocido especialista] y lo hizo internar en su sanatorio porque diagnosticó esquizofrenia juvenil, y había que hacerle tratamiento. Estuvo ese año; le hicieron cuarenta *shocks* insulínicos según me dijeron. El chico mejoró y lo retiramos;

estuvo dos meses en casa, de los cuales veinte días los pasó con su hermano en el club de remo [aquí el nombre de un conocido club] del Tigre, y allí salían todos los días a remar. De vuelta pintó dos acuarelas, recuerdo de ese paisaje.

Empezó a decaer, porque un médico amigo se le ocurrió sacarlo a caminar, decían que tenía que cansarse para poder dormir. Y para condicionar reflejos a fin de que se levantara temprano, le hacía escribir cien veces «debo levantarme temprano» oyendo al mismo tiempo un disco, y al otro día le hacía oír el mismo disco, pero el chico no se levantaba. Le tomó tanto fastidio que una noche le golpeó con el cabo del plumero en la mano que casi le fractura los dedos.

A raíz de este hecho lo volvimos a internar en el mismo sanatorio, pero siguió cada vez peor. Se negaba a comer, y un día, después de la insulina, no quiso beber el jugo azucarado ni comer. Parecía un muerto, color cera, con los ojos cerrados no contestaba nada. No me lo dejaron ver ese día que fui a visitarlo, entonces volví con mi marido, quien les metió un escándalo y entró a verlo. Lo retiramos enseguida y cuando llegamos a casa se arrodilló para darles gracias al Sagrado Corazón por haberle dejado venir a casa. Seguidamente lo hicimos examinar por un médico que lo encontró anémico y sumamente flaco, y nos recomendó internarlo en otro sanatorio. Allí estuvo tres años y le hicieron *electroshocks*, pero no mejoraba. Cuando llegó un especialista de un viaje a Europa fui a verlo. Me dijo que, al punto que había llegado, no había otro remedio que la lobotomía; que si no iba a ir desmoronándose hasta la demencia. Así se hizo y lo operó [aquí el nombre de un conocido cirujano]. Mejoró de inmediato; conversaba, se hizo más sociable, pero tenía manías por rachas. Primero tenía miedo que los alimentos tuvieran veneno, y se los preparaba él mezclando las cosas más absurdas: dulce de membrillo, nescafé, leche, chocolate, vascolet, etcétera. Estaba batiendo ese menjunje una hora y después se lo comía. Otras veces ponía la radio muy fuerte y aturdía a todos durante horas; también le daba por regalar la ropa que tenía puesta, a pobres imaginarios que esperaba todo el día a la puerta del departamento.

El Dr. X,... su nuevo psiquiatra, nunca fue partidario de internarlo. Quería que se le hiciera laborterapia en la casa, si es que toda la familia estaba de acuerdo en colaborar; que hiciera modelado a trabajo en rafia, además que trabajara un poco en la tierra. Pero nada de eso fue posible, porque Eugenio no tiene constancia y se cansa de todo.

Después dijo que su verdadera vocación era el sacerdote, y empezó a escribir (porque él no lo decía) papelititos que él era Jesucristo y los tiraba por debajo de las puertas de las casas por donde pasaba. Y se le hizo tan arraigada esta manía que es la única que le ha quedado. Dijo el psiquiatra que era una obsesión delirante. Le escribí al Papa, para comunicárselo y a la hermana de Bernardita Soubirous.

Antes de la operación dibujaba y pintaba. Después de la operación escribe, hace cuentos que él desea transformar en argumentos de cine. Le interesa enormemente el dibujo animado y quisiera hacer una película, pero no sabe cuál es la técnica; cree que puede

ganar mucho con eso, pero ha caído en la desilusión porque en todas partes le responden negativamente. Ha escrito a las productoras cinematográficas nacionales; después de Walt Disney. No le gusta la crítica, cree que lo que él hace siempre está bien. Siempre ha manifestado querer trabajar para ganar dinero y hasta ha salido con el paquete de cuadros para ofrecerlos en los bares.

Tiene conciencia de su enfermedad y desea curarse, dice que cómo puede ser posible que no lo puedan curar. Por eso le escribió al Presidente, para pedirle que él le haga curar y hasta pudiera mandarlo a Norteamérica, para que le aplicaran una inyección de mescalina que según un artículo que leyó curaba el 80% de esquizofrénicos.

¿Por qué tal apego del texto delirante a los datos provenientes del grupo de pertenencia? Hagamos una corta digresión sobre lo convencional.

Convencional, sabemos, es lo surgido de un convenio o pacto y, también, lo aparecido por costumbre. En la significación del vocablo, su aspecto regulativo es más importante que el constitutivo y, en lo convencional, el básico cumplimiento de la regla lo formaliza —recordemos, verbigracia, la etiqueta y sus reglas— robusteciéndolo, además, como punto de referencia. Lo convencional resulta, pues, garantía de la aceptación del texto en un medio social determinado, lo cual le otorga mayores poderes persuasivos. ¿Cómo sucede entonces que, siendo la inverosimilitud de una de las notas más destacadas del texto delirante, es éste a la vez convencional?

Lo verosímil es, no cabe duda, «el buen sentido, lo socialmente aceptado, la ley, la norma...» pero sus caracteres no paran aquí [9b]. No consiente en lo verdadero, y si bien remite a la representación de lo mentado tampoco es lo creíble en sí, sino que su función es referir inmediatamente a la realidad sin interesarse por la posible verdad de lo dicho. Julia Kristeva distingue la verosimilitud semántica —aquella a la cual me referí al citar sus palabras y que parte de lo convencional— de la sintáctica o factibilidad de derivación entre las distintas partes del texto. El punto es importante para mi estudio; pues como la verosimilitud sintáctica es deficitaria en el texto delirante, se refuerza la verosimilitud semántica y con ella la convención, por lo cual, aunque el delirio puede aparentar ser una creación, no pasa de ser redundancia. Por aquí corre la diferencia que separa textos como los de Breton y Arthaud de los frecuentes bosquejos y planos demostrativos hechos por algunos delirantes «científicos» o los cuentos de «ciencia ficción» de Eugenio.

Ahora bien, la verosimilitud de semántica está íntimamente ligada al contexto y por lo tanto a los niveles de pertenencia ideológica y creencial, cada uno

de los cuales admite criterios particulares de semejanza o dis-semejanza con la realidad. En el caso que tratamos, Eugenio, proveniente de una familia de religiosidad católica tradicional, concurrió a un colegio confesional donde la educación hacía hincapié en la oposición «recompensa-castigo» (cielo-infierno). Este nivel contextual, permite entender por qué la madre acudió durante una crisis de su hijo a llamar simultáneamente al sacerdote y al médico: el pedido de ayuda de Eugenio recibió pues, una doble respuesta. En la autobiografía aparecen numerosas referencias a ello y la inverosimilitud de su texto responde a la ambigüedad contextual. Los cuentos que, como hemos de ver más adelante, oscilan entre el polo «científico» y el «religioso» desarrollan esta paradoja. Tal «arreglo», posible y útil incluso en el plano simbólico, no sirve para estructurar la mismidad. Por este motivo Eugenio pasa a hablarnos del «otro» como si su propio texto lo fuera de «otro». La solución conciliadora que busca para no entrar en la desorientadora situación creada por la ambigüedad contextual lo lleva a tratar de superar al «otro»; la afirmación: «yo soy otro» supone la ignorancia de la contradicción. Estamos ante un estancamiento dialéctico lo cual genera una «morosidad retórica» donde «el significado retórico depende estrechamente de la situación de los individuos que manejan el mensaje...; de su saber, de sus sentimientos, de su moral, de sí mismos, del estudio histórico de la cultura en que viven».¹ En Eugenio tal «morosidad» cierra un mundo donde, como mostré, el campo simbólico es tangente al imaginario. Los dos ideales contextuales, la religión y la ciencia, típicos de la convención familiar, coexisten entonces como los opuestos entre los cuales yerra el texto delirante. Estamos ante una «solución» a lo Pirro de un conflicto intolerable, por un lado, e insoluble —sin mediar una metánoia— por otro. Por este motivo, cuando un polo se carga de significación la pierde el otro. Pese a ello, la significancia nunca se circunscribe —la verosimilitud es un modo de reducir el significado— y ambos polos permanecen estructurando un contexto indeterminado.* La significación está en consecuencia, en constante cambio, y al darse en un campo cerrado el texto versátil frustra y no informa. Lo escrito por Eugenio es, al fin de cuentas, un ejercicio técnico más o menos logrado donde se combinan significaciones incompatibles entre sí. Este intento supone un modo de escapar a un contex-

¹ Pese a la apariencia, no podemos hablar aquí de doble mensaje en el sentido de Bateson, porque el problema estudiado no está planteado en el nivel de comunicación sino que busco aclarar mayéuticamente la textura de un delirio. Sería sin embargo, el caso de preguntarse si el delirio no es un intento de solución —frustrado y desviado— de resolver una situación paradójica en la cual está atrapada la personalización.

to atrapante y amenazador recostándose en lo imaginario disfrazado de lógica formal. El texto aparece ahora como aquel de un imaginario al cual se recurre pero sin nada que autorice su valor. Ello, como ya señalé, hace que el campo simbólico quede infiltrado por él. Tal transgresión a la lógica está en función de la familia, la ideología y la urdimbre creencial, cuadros definitorios del contexto.

7. EL INTENTO DE PERSUASIÓN

Según vimos en el discurso de Eugenio aparecen «baches» donde emerge lo imaginario. Su aparición indica un cambio retórico cristalizado en una peculiar «demostración» que busca mostrar el acierto de las afirmaciones y cuya intención es lograr la coherencia incorporándolas al texto para dotarlas de una carta de ciudadanía simbólica. «Otro dato importante que prueba quien soy —escribe Eugenio— es que varios psiquiatras me han preguntado si sentí algo especial, si a veces siento como si me robaran o me cortaran (yo digo «confundieran») los pensamientos en mi cabeza. ¡Exactamente!, les he contestado. ¡Qué prueba mejor después de haber leído lo de los electrones para darse una idea de lo que puede suceder dentro de mí, que ni se sospecha!» Este «algo» mentado por Eugenio marca la emergencia de lo imaginario —la infiltración del texto— y la «prueba», la racionalización, con la cual incorpora «lo extraño» a su sistema simbólico. Estamos ahora ante una nueva complejización donde el texto delirante termina de configurarse. La previa «torsión» del texto —me refiero aquí al desvío y a sus consecuencias— se ha hecho ahora «dis-torsión».

En efecto, todo argumento es un razonamiento destinado a probar algo y, en el caso estudiado, que el «algo» mentado es consecuencia del daño electrónico. El propósito de legitimar la producción imaginaria acordándole un estatuto simbólico conduce al texto a sacar en claro, a descubrir y deducir un acontecimiento de otro, oponiendo razones valederas a la opinión en contrario. Todo ello traduce el propósito de persuadir, y para ello Eugenio acumula pruebas acerca de su afirmación central; más, al vehiculizar notas imaginarias junto con datos simbólicos distorsionados, la argumentación no logra armarse. Esto es particularmente claro en el caso de Eugenio, quien argumenta para demostrar que él es «otro» encaminamiento del desarrollo discursivo a demostrar la verosimilitud de lo afirmado.** Mas el cambio sólo se funda en palabras dirigidas a legitimar lo imaginario y se deja de lado la identidad contextual. Debido a este desencuentro, el procedimiento retórico elegido, falto de concordancia

con el contexto, cae en el vacío sin lograr convencer pues, como en toda argumentación donde el origen de la demostrable está en el agente creador y no en el creado, es indispensable la confirmación social. La nueva identidad conciente al «yo» y, en la enumeración en palabras, no va más allá de ser un esqueleto para razonar lo irrazonable. Es útil diría, para divagar pero no para vivir. Las frases del texto, aunque tomadas de la convención vigente —de la conversión científica o de la religión cuando lo hacen a la filiación divina—, son usadas fuera de este marco. Indiqué más arriba que uno de los caracteres del texto delirante es utilizar las palabras subjetivamente significativas en su aspecto connotativo. Pero hay más. Las frases convencionales comunican a quienes las emplean en un nivel de igual carácter, y si bien son útiles cuando hemos de comunicarnos en el área de lo establecido para la costumbre, lo son menos para referirse a sí mismo e inútiles cuando ciertas circunstancias muestran lo inhabitual e inesperado. En estos casos, para «traducir» nuestras propias vivencias hemos de unir entre sí palabras de modo convencional recurriendo, por ejemplo, a la metáfora. Tal tarea exige crear novedades y salirse de los carriles habituales, lo cual no es posible al texto delirante por estar atado a lo convencional. El «otro» que Eugenio afirma ser —en este caso, Jesús Nazaret— resulta, por lo tanto, no una novedad sino un producto esperable del matrizado convencional de su imaginario. El texto se ciñe a la norma contextual más importante —la religiosa, en este caso— y, en función de ella, desarrolla la argumentación.

He dicho que el argumento delirante intenta persuadir pero no lo logra. ¿Qué significa esto? «No hay que desconocerse —escribía Pascal refiriéndose a los hombres—; somos autómatas tanto como espíritu, y por ello el instrumento por el cual se llega a la persuasión no es sólo la demostración... La razón actúa con lentitud y con tantos puntos de vista, con tantos principios, que es necesario tener siempre presentes, que, cuando se adormece o pierde, nunca alcanza a tenerlos todos presentes. El sentimiento no actúa así: actúa en un instante y está siempre dispuesto a actuar».² Persuadir es una operación dirigida a un hombre en particular buscando su totalidad así como convencer se dirige a la generalidad y al intelecto. Quien persuade desea, pues, dar a conocer, entender sus afirmaciones y lograr que otros las compartan, para lo cual deja trasparen-

² Insisto en este punto. En Eugenio, la mismidad está conservada, no así la identidad. La firma de la «autobiografía» lo dice en las claras. Eugenio (falso), Jesús de José de Nazaret (verdadero). Se trata de una contradicción, no de una oposición, y, por lo tanto, reconoce una sustentación común —la mismidad conservada— si bien el intercambio dialéctico está suspendido.

tar su querer. No es ésta la vía de Eugenio cuando argumenta. Como su procedimiento se arma con los ya señalados baches imaginariamente rellenados, carece de real sustento y el texto se autocondena a errar en el vacío. Ello robustece más aún lo iniciado por el desvío [ver 3]. El intento se concreta entonces en el establecimiento de similitudes inducidas por el imaginario, como cuando Eugenio nos dice: «Como yo vivo en el presente de Dios, etcétera, etcétera». El texto se dispone retóricamente como *inventio*, en el intento de reencontrar lo ya existente y probar lo ya admitido como real, mediante el uso del *entimema*, silogismo imperfecto pasado en semejanzas —*ad asum auditorum*— que sólo consta de un antecedente y un consecuente sin desarrollo entre ambos.

Reaparece aquí el papel fundamental de la verosimilitud semántica [ver 6]. En el *entimema*, las premisas o son meramente posibles o son ejemplos donde nada garantiza su verdad; no pasan pues de ser verosímiles. Lo basado en él —la lógica argumentativo-persuasiva del texto delirante— se queda, pues, en lo probable, en un probable, empero, al que se es incapaz de reconocerle su condición en una prueba y una posibilidad, en un hecho. No implica esto la automática desaparición de la intervención del azar. Lo probable no es lo azaroso. El entimema juzga por las apariencias, que en el texto de Eugenio están encadenadas a la verosimilitud semántica y a la convencionalidad.

Comprendemos ahora por qué puede Eugenio asegurar que es el hijo de Dios partiendo de la banal semejanza entre emoción y profundidad, corriente en su medio educacional. «Además Dios me ha hablado por medio de la misma. La música en general me gusta toda; pero cuando una me emociona es porque Dios me habla...»

El texto se desarrolla suprimiendo silogismos, saltando proposiciones evidentes e incontrovertibles a los ojos del enunciante pero que van por fuera de los caminos de lo contextualmente admisible y consensualmente vigente. Todo se reduce a un juego de lenguaje donde el razonamiento, arrancando de un punto arbitrario pero inconscientemente determinado, se dirige a probar otro. Así es como procede Eugenio que parte de notas consideradas según su lógica entimémica en las que se da por cierto lo basado en la semejanza de las apariencias: por ejemplo, cuando dice que «un cuadro de Don Bosco que estaba en la pared no dio permiso y me pareció que movía levemente la mano hacia el comulgatorio». Pero mientras el silogismo entimémico normal deja de ser polisémico por definirse de acuerdo al contexto en el texto delirante ello queda librado a la convención y a la connotación.

Todos estos procedimientos concurren a un topos que, sin ser el argumento mismo, constituye su punto de convergencia. En Eugenio lo tópico «religioso» y «científico» provee las significaciones convencionales y alimenta el argumento destinado a probar sus aseveraciones. Y, entonces, el texto se retuerce sobre sí mismo: el interlocutor es tomado como juez y lo dicho acusa, o impele a defenderse y la argumentación se centra en las posibilidades combinatorias de la pareja «justicia-injusticia» (lucha de Dios contra Satanás). Por esta causa, el texto delirante remite siempre a un pasado inerte —en el futuro no puede haber lucha por que es un tiempo aún no concretado— pues sólo allí están los motivos necesarios para desarrollar silogismos entimémicos. Su modo de decir, dependiente de la ley, está dirigido a significar aquello que quien lo pronuncia desea ser para el otro. Este carácter no es nota privativa de la estructuración delirante: en su deseo, los hombres aspiran a que el otro les acuerde, si no la radical identidad buscada, al menos una parte de la misma, y para conseguirlo suscitan el imaginario ajeno con mayor o menor empeño y éxito. Este proceder habitual no rige para el texto delirante donde el «yo», más que sugerir una identidad, se empeña en ser reconocido en la que busca imponer mediante argumentación. Los «demás», valorados y tenidos en cuenta por su capacidad de reenvío, son frontones sobre los cuales ha de rebotar la significación para devolver aquello que se desea oír.

8. ORGANIZACIÓN RETÓRICA

¿Cómo se suceden en el texto de Eugenio los materiales del argumento cuyo propósito es persuadir? Una primera lectura de la *Autobiografía* muestra una narración difícil, confusa y farragosa; sin embargo, su relectura evidencia cierta sucesión donde inesperadas conexiones oscurecen las significaciones. En su afán de argumentar, Eugenio acompaña cada aseveración con sus pruebas correspondientes; por ejemplo: «Un día angustioso del *electroshock* había niebla para peor; las formas de las cosas, el relieve, los cuerpos se estiraban y los colores de algunas flores cambiaron. Esto sucedió al pasar a la sala...», lo cual contribuye a apartarse más aún del hilo central del texto al compás de asociaciones espontáneas. Se configuran así una digresión y una abundancia de datos, ya esa es el orden de la *inventio*, ya en el de la *dispositio* retóricamente incontenible dentro de los límites habituales. El «yo» intenta entonces sistematizar el material, pero el predominio imaginario impide lograr un éxito total. En las obras de Eugenio,

tal tarea frustra sigue una disposición clásica. La autobiografía comienza con un «proemio» y desarrolla luego el tema: el autor arranca en su narración desde su infancia, «rompe» cautelosamente y, poco a poco, entra en materia desarrollando su argumento. El orden seguido no es el cronológico, ni las secuencias temáticas van siempre unidas entre sí; por el contrario, el orden es contingente y depende de cómo el tema tratado se va presentando a la pluma. El texto originado y desarrollado al ritmo de las circunstancias, sigue la movilidad imaginaria. Mas también el campo imaginario de la práctica queda baldado porque, para expresarse racionalmente, ha de renunciar al modo en que lo hace a través de lo simbólico mediante la figuración y los tropos. Tal renuncia no es global, y en el texto aparecen entonces elipsis, dubitaciones y repeticiones, que evidencian una fallida censura de los afectos, incertidumbre y perseveración; aunque éste al servicio de la estructura delirante, el texto nunca somete totalmente a ella.

En efecto, el desarrollo de la argumentación no es gratuito: prefiere la vía anafórica, mientras el deslizamiento, la contigüedad y la elisión de significaciones remiten que, a lo sumo, sólo fueron insinuados; en sinécdoque [ver 3]. Con esto el lector queda más despistado aún pues el texto apoya su argumentación en datos previos a algo anteriormente enunciado a modo de la argumentación. Eugenio apunta, allende el desarrollo de una tesis, a re-descubrir algo «ya sabido», tático y oculto incluso para el «yo» enunciante. El desarrollo retórico del texto busca, en consecuencia, probar la existencia de «algo» —una identidad— «ya sabido» pero no re-conocido por el «yo» enunciante.

Por otra parte, el texto, que se sustenta en una afirmación básica que vertebra su organización, argumenta al fin de cuentas acerca de una mudanza de la identidad cuya veracidad busca demostrar. Y así, cuando por fuerza de los hechos ha de tener en cuenta la situación concreta —Eugenio tenía una familia con la cual convivía—, la involucra en ella —su hermana es Luzbella y su padre, la Bestia— para ratificarse.

Recordemos cómo el autor de una biografía de noticias de sí mismo, dice lo vivido otrora e interpreta su vida a la luz de sus inquietudes actuales. «Arrebatábanme los espectáculos teatrales, llenos de imágenes de mis miserias y de inventivos del fuego de mi pasión —escribía San Agustín—. Pero ¿qué será que el hombre quiere en ellos sentir el dolor cuando contempla cosas tristes y trágicas que en modo alguno quisiera padecer? Con todo, quiere el espectador sentir dolor con ello y aún este dolor es deleite... Mas yo, desventurado, amaba entonces el dolor y buscaba motivo de tenerlo, cuando en aquellas desgracias

ajenas, falsas y mímicas, me agradaba tanto más la acción del histrión y me tenía tanto más suspenso cuanto me hacía derramar más copiosas lágrimas. Pero ¿qué maravilla era que yo, infeliz ovejuela descarrilada de tu rebaño por no sufrir tu guarda, estuviera plagado de roña asquerosa?... Tal era mi vida. Pero ¿era esta vida, Dios mío» [Confesiones, III, 12, 2].¹ Agustín descubre la significación de lo narrado a la luz de su relación con Dios. Para él tal revelación no surge de una mera tarea individual sino que involucra al grupo, al cual dirige su obra, y también a la historia, en cuyo contexto toma significación. El sentido surge, pues, de la oposición entre su anterior modo de vida —el pagano— y el nuevo, marcando y destacando la diferencia por la correlación entre el «antes» narrando y el «ahora» desde donde lo narra. Entre estos elementos o grupos de elementos de hecho en las *Confesiones* hay otras oposiciones como, por ejemplo, la alternancia de capítulos en uno de los cuales se narra el pasado y en otro se lo juzga existe una disparidad, condición misma del sentido, en función de la cual se vinculan términos operativamente similares y disimiles. Tal disparidad, «denominador común de los dos términos sobre cuyo fondo surge la articulación de la significación», constituye el eje semántico.⁷ En lo autobiográfico este eje es el lugar alrededor del cual se ordenan las diversas identidades del narrador con su mismidad y remite, *eo ipso*, al igual social, ideológico y creencial. Agustín lo dice taxativamente. «Vergüenza me da, Señor, tener que asociar a la vida que vivo en este siglo aquella edad que no recuerdo haber vivido sobre la cual he creído a otros y yo conjeturo haber pasado por verlo así en otros niños, bien esta conjetura merezca toda fe» [Confesiones, I, 8,12].

El eje semántico hila en Agustín significaciones comunes entre dos edades diferentes, en el caso de Eugenio, por el contrario, la identidad surge de la oposición interna, pues el «yo» actúa de contexto de sí, ya que lo afirmado sólo es inteligible en el marco ofrecido por su propio discurso.

Por ello combina a éste como un argumento —ora afirmativo, ora imperativo— que persigue una demostración desarrollada en frases articuladas dirigidas a concretar una significación global. Normalmente tal propósito, es el fruto de enunciados ligados entre sí en cadenas semánticas lineales; una frase sigue a otra y en el texto aparecen ciertas líneas afirmativas aunque se interrumpen a veces por paréntesis o *excursus más o menos largos*. Si la intención es demostrativa y el propósito probar algo, la ordenación, ahora más rigurosa, incluye pocos paréntesis y en el desarrollo del texto una frase sigue a otra en firme encadenamiento —el caso paradigmático es la educación matemática o la

demostración de un teorema— para permitir una neta distinción de una o más líneas de significación coordinadas entre sí. Mas en el texto delirante las líneas de significación se yuxtaponen, suman y entremezclan sin alcanzar a constituir un argumento unitivo; sin embargo, cada línea significativa es coherente en sí misma y a que la mezcla aludida es un carácter del conjunto total.

Ahora bien, cuando en un texto existen yuxtaposiciones y cambios de temas, una «frase acopladora» permite el tránsito de uno a otro. Ello supone, por lo tanto, elasticidad y capacidad transformacional. Pero si tales acoples se multiplican —y también los paréntesis— el texto se hace laxo e ininteligible. En el texto delirante, donde tales recursos son escasos y poco activos, no hay vinculación semántica manifiesta de línea en línea de significación. Por este motivo, en el de Eugenio, pese a declararse la intención narrativa, se entremezclan en lo concreto deducciones más y más numerosas. Ello motiva la aparición de temas (la electricidad, la filiación divina, los amigos, la prueba, etcétera) que, enlazados linealmente al comienzo, se van desligando desordenadamente y se pierde poco a poco la línea significativa principal parasitada por otras. Y pese a que cada una es coherente en sí misma, entran a yuxtaponerse dificultando la transmisión semántica del mensaje: los debidos acoples son reemplazados con meras asociaciones connotativas. La «sistematización» es, pues, un problema de organización, inútil por lo demás como criterio para diferenciar «especies» dentro de un «género», a pesar de lo que haya creído el naturalismo o lo que sostiene aún la psiquiatría academista. Pero los acoples no sólo tienen importancia para la ordenación; intervienen también articulando entre sí las diversas significaciones y sustentando la coherencia textual. En el caso que me ocupa los ejes semánticos se yuxtaponen y entremezclan, tal aspecto se resiente. Vamos a la parte final de la autobiografía; «Además, no creyendo el médico lo que le cuento de mí en la *Historia de mi vida*, es imposible que me cure porque, en realidad, tomé esa medida para alejarme de “La Bestia” y de su casa. Confieso que fue cobarde de mi parte huir de la Luz en que me puso mi padre; pero más bien que cobardía lo llamaría debilidad. ¡No pude aguantar más tiempo al sentir mi Persona despreciada en mi humanidad!» en este fragmento aparecen tres ejes semánticos. El primer trozo de la narración, referente a la curación, hila los modos utilizados por Eugenio para adaptarse de aquello que lo molesta; en sí mismo es una afirmación perfectamente pausable, y si bien trasunta desconfianza, no hay inverosimilitud; incluso el sobrenombre de «la bestia» no supone, en el contexto cultural del paciente, nada en particular. El trozo siguiente donde

da a conocer las razones por las cuales se dirigía al médico tampoco es increíble y, dentro del contexto creencial católico, muchas personas han expresado y expresan ideas semejantes en función de la culpa. Pero, y esto es importante, luego de declararse culpable, Eugenio se retracta justificándose; esto es, el tema del tercer trozo, también centrado en significaciones —desconfianza, deseo de librarse de una culpa, justificación—, es en sí perfectamente coherente.

Un texto es una totalidad y su descomposición en trozos significativos nunca proporciona su sentido; pese a ello, sus componentes, señalando la orientación esperable de su desarrollo, lo preanuncian. En el caso del texto delirante no hay posibilidad de previsión, el sentido no tiene relación con lo afirmado en cada frase e irrumpe en la lectura como algo inesperado pues sólo se apoya en el aspecto connotativo de lo enunciado.

9. LO-YA-SABIDO

¿Qué es esto «ya sabido» a que remite la anáfora delirante? Para demostrarlo es menester descartar, en primer término, una explicación que surge espontáneamente de un marco conceptual psiquiátrico forjado en las premisas positivistas genéticas y dinámicas. En la expresión que uso el adverbio «ya» remite a un aunque no a un antes cronológico, de suerte que lo —ya-sabido significa un si-bien-sabido-por-la-persona e, incluso un puesto que-la-persona-lo-sabe. La expresión se refiere así a algo vivido, referencia que permanece tácita en lo aseverado en la actualidad. En Eugenio se evidencia que «lo-ya sabido» sobre lo que se apoya la argumentación depende de «algo» anterior capaz de influirlo y determinarlo pese a no ser tenido en cuenta en el presente. La intuición delirante señalada por la fenomenología, es una de las modalidades de lo ya-sabido, hace eclosión en Eugenio cuando habla de la «revelación» de su personalidad, episodio donde lo imaginario se evidencia a que lo ya sabido es, una «anterioridad» significativa que marca una diferencia radical.

En su estudio sobre el delirio, Klaus Conrad hace una observación no por banal menos importante. «Si preguntamos al paciente durante su vivencia delirante, lo que ocurre es que nos incluye en su delirio y se cierra ante nosotros igual que lo hace ante el resto del mundo. Pero una vez que el delirio ha pasado, lo que sucede es que toda la época de las vivencias delirantes se encoje para formar una breve episodio al que el enfermo considera como algo sin importancia. Los enfermos no gustan de que se les recuerde dicho episodio y, además, parece

ser que realmente olvidan gran parte de él. Sobre todo olvidan la motivación. Saben todavía que han hecho tal o cual cosa. Pero ya no pueden decir porqué la hicieron». ⁵ Las afirmaciones de Conrad suponen haber efectuado una lectura cronológica con el propósito de conocer lo dicho en el contexto de «una duración» o «lapso»; mas contra el intento de ubicarlos en una diacronía, Conrad deduce que el tiempo vivido «se ha encogido» de un modo desigual sin embargo, a no ser que se acepten dos duraciones de diversa calidad, esto es inexplicable pues el encogimiento sólo parece regir para «la motivación». Mas si leemos la observación transcrita en el contexto de la sincronía se comprueba que en el delirio no hay posibilidad de recordar «la motivación» porque nunca estuvo realmente presente, ya que, en la argumentación, estuvo anafóricamente reemplazada por esa «anterioridad» significativa que es lo-ya-sabido. Y como este reemplazo no guarda ni se manifiesta en relación casual con lo acontenido —el nexa existente es significativo, no casual—, Eugenio vive algo misterioso que «no sabe lo que es», imposible de referir a algo patente; recurre entonces a los «otros» para que se lo expliquen dentro de la orientación y significancia que su argumentación le pide. Por éstos, por carecer de información válida, tampoco pueden hacerlo y su demanda queda insatisfecha. La referencia a los otros integra la estructura del texto delirante en dependencia, pues a quien delira le es imposible prescindir de los demás a través de los cuales busca convencerse de sus propias afirmaciones.

Lo ya-sabido es, por lo tanto, no-sabido en la actualidad simbólica. De hecho, nunca existió como positividad y se refiere al relleno imaginario del «bache» mediante la sinécdoque delirante que ubica una parte en el lugar de un todo.

10. LA CERTIDUMBRE

Dije más arriba que el texto delirante también busca convencer a su mismo enunciante. La argumentación no se cierra, en efecto, en un mero querer persuadir a los demás; actúa también en el «frente interno» para producir la propia certidumbre acerca de lo dicho. Aquí es donde chocan las afirmaciones de Eugenio por no compadecerse con las normas de lo convencional de su circunstancia histórica y social. Pero el discurso delirante no tiene en cuenta tal desacuerdo porque la certidumbre está radicalmente sometida a lo imaginario. Ello no impide que en su enunciación sigan vigentes las leyes propias del «yo» que le otorgan

una aparente firmeza basada en la transeúnte seguridad brindada por sus propios componentes; dicho de otro modo: basada en el reflejo de que sí mismo le devuelve su propio desenvolvimiento. Toda certeza tiene por decidida, fija y verdadera la proposición en que se apoya: don Quijote que decía ser caballero andante tenía por cierto su decir y ratificaba sus afirmaciones con sus actos; igual hacía Eugenio con sus propias afirmaciones. Por su parte la convicción, modo de las certidumbre —recordemos que Jaspers, entre otros, se refiere también a una convicción delirante—, lleva implícita una referencia relacionada lo diferente, y otra, a la transformación o abandono de una opinión anterior. Por este motivo la convicción impele, cuando tiene la necesaria fuerza, a mudar lo anterior por lo nuevo: Eugenio dice ser Jesús de Nazaret, como Alonso Quijano, don Quijote. Mas esto no basta. Toda convicción supone, además, firmeza en lo afirmado —el texto delirante es, como mostré más arriba, el reino de la palabra elucubrada y del decir vacuo— e invulnerabilidad al correr del tiempo; sin embargo, ella, no arraiga excluyentemente y permite el tránsito de una convicción a otra mediante la demostración de falsedad o error. Pone una tesis, estética y representativa, sin asentarse definitivamente porque no es creencia. Por este motivo el texto delirante nunca es totalmente firme y en él se encuentra siempre un resquicio por donde cuele la duda. Influye aquí el estar dirigido a los «demás» anónimas instancias no testimoniales que lo ciñen aún más a una constante demostración para poder confirmarse en sus aseveraciones. Y como ello no puede dejar de suceder el narrante queda sujeto a no dejar pasar por alto ningún detalle pues nada hay insignificante, inútil o casual a los efectos de la argumentación. Empero tal modalidad es parcial y sólo se relaciona con el «tema» delirante, «zona» de guardia donde el texto prescinde de toda otra nota no pertinente a su interés. Como resultado el texto se encierra cada vez más en sí mismo y esta clausura asume el aspecto de un rígido convencimiento.

«Los demás» han de oír, no importa que respondan, pues su misión es «hacer de público» facilitando una sustitución espectacular donde reflejarse para captar la imagen de que sí mismo se quiere. Al salir del sanatorio Eugenio se dice a sí mismo: «Si yo no soy Jesucristo, Dios está loco...Yo tenía que sentir ese dolor para darme cuenta que estaba crucificado (espiritualmente). Mi conciencia no reprocha. Dios, además de permitir que me diera cuenta de que era Cristo por la clase de dolor, lo permitió al mismo tiempo porque me dio una intuición». Con lo anotado más arriba no se necesita abundar en comentarios la certidumbre es meramente aparental; pese a su énfasis, es insegura y necesita la demostración

para afirmarse pues sin público desaparece [ver 4]. Sólo hay texto delirante en relación a los otros, y las afirmaciones encerradas en él pertenecen al orden de la demostración y la cuasi-convicción, no al de la creencia.

Fernando Pagés Larraya (1923-2007)

ALEJANDRA NIÑO AMIEVA

Fernando Pagés Larraya nació en Mendoza (R. Argentina), el 20 de febrero de 1923. Cursó estudios en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, donde obtuvo el título de médico en 1950 y se especializó en psiquiatría. En 1957 se doctoró en esa Facultad con su tesis *Sociedades experimentales de animales* (bajo la dirección del Profesor Doctor y Académico de Medicina, Luis Esteves Balado) con calificación sobresaliente. Continuó sus estudios de postgrado en Inglaterra, Francia, Alemania, Italia y Estados Unidos. Fue profesor de Psicología Comparada y de Psiquiatría Sanitaria en la Universidad de Buenos Aires, cargo que desempeñó hasta 1966, cuando se inició en la investigación de Psiquiatría Transcultural en el Gran Chaco Gualamba (República Argentina). A partir de 1973 extendió los relevamientos sobre las patologías mentales a otras áreas en el marco del Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, cuya dirección ejerció como investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet, R. Argentina).

Recibió numerosos reconocimientos y distinciones, entre otras: el Premio Nacional a la Producción Científica (1965-6), otorgado por la Subsecretaría de Cultura de la Nación y el Premio Lucio V. López de la Academia Nacional de Medicina al mejor trabajo sobre Psiquiatría correspondiente al bienio 1966-1967. Fue seleccionado entre los 26 psiquiatras más representativos de curso contemporáneo de psiquiatría (University of Alabama en Birmingham, School of Medicine. Department of Psychiatry, 1985) y designado miembro de Honor de la Asociación Médica Argentina (2000). Formó parte del comité académico de *Epimeleia. Revista de Estudios sobre la Tradición* (1992) e integró la RedActa (órgano asesor en materia de evaluación científica de la actividad editorial impulsada por la Fundación Acta Fondo para la Salud Mental) a partir de 1994.

Entre sus trabajos además de los numerosos artículos publicados en revistas científicas especializadas, pueden mencionarse: *Estudio de la simpatía a través de animales en sociedades experimentales* (Hachette, 1957); *La catatonía como fenómeno de comportamiento*, Eudeba, 1964); *La esquizofrenia en tierras de Aymaras y Quechuas* (Drusa, 1967); *El juego de los animales* (Drusa, 1969); *Einführung in das Denken von Ludwig Binswanger* (Bochum-Verlag, 1969); *Introducción a la Epidemiología Psiquiátrica* (Ensayo, 1975); *Estudios de Epidemiología Psiquiátrica* (2 tomos, Drusa, 1976); *Lo Irracional en la Cultura* (4 tomos, FECYC, 1982). Como coautor, entre sus publicaciones se encuentran: *Tehuelches: Antropología psiquiátrica de la Extinción*. (con J. Filippo y C. Sacchi, Gráficas Gral Belgrano, 1988); *El sueño de Endymion. Crítica de la Razón Onírica* (con D. Frenkel, Ediciones Gráficas, 1993); *Discurso del Tiempo de la Peste. Indicadores de Epidemiología Psiquiátrica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (Con C. Sacchi, P. Zavalla, L. Lupi, R. Canay, C. Friedrich y M. T. Franzone, Ediciones Gráficas, 1993); *Tratado de la Fascinación* (con J. Consigli, E. M. Astrada, Prosopis, 1998); *Discurso de la Inocencia. Retórica del Discurso Psicótico de Delincuentes Alienados* (en coautoría con D. Labonia y E. Barrial Delmonte, Prosopis, 2001) y *Liturgia Lunar de la Locura* (en coautoría con A. Massa, Comunicarte, 2002).

Falleció en Buenos Aires, el 13 de noviembre de 2007.

Los significados del uso de la ayahuasca entre los aborígenes chama (Ese'ejja) del Oriente de Bolivia: Una investigación transcultural

FERNANDO PAGÉS LARRAYA

I. INTRODUCCIÓN

La palabra *ayahuasca* significa en lengua *kicua* «liana de la muerte, de los sueños o de los espíritus». Se agrupan dentro de la ayahuasca un conjunto de plantas del *genus Banisteriopsis* mediante las cuales se preparan sustancias alucinógenas del grupo llamado *phantastica* por Lewin. Estas sustancias, por lo general bebibles, reciben nombres diversos de acuerdo con las lenguas de las innumerables culturas que las utilizan, en un área muy amplia que abarca las cuencas de los ríos Orinoco y Amazonas. Así, por ejemplo, los chamas del oriente de Bolivia, la designan con la palabra *xonó*.

Hemos elegido para su estudio el grupo aborígen chama (*Ese'ejja* o *Huarayo*), perteneciente a la familia lingüística *takanan*, en el que hemos realizado el *follow-up* de su uso durante un período de casi veinte años, que va desde 1956 a 1974, lapso durante el cual se han producido importantes cambios en la cultura tribal. En nuestra investigación, procuramos fundamentalmente determinar el significado de un fenómeno cultural que aparece así como un significante de la cultura. Esta actitud metodológica permite la inteligencia estructural y hermenéutica de ese fenómeno, posibilitando su análisis comparativo. La determinación de una semántica del comportamiento cultural es para nosotros la tarea básica de la investigación transcultural y este estudio constituye tan sólo un ensayo metodológico tendiente a lograr ese objetivo de valor para la etiología.

II. LOS ABORÍGENES CHAMA

Los aborígenes de la familia lingüística *takana* (*takana*, *chimane* y *chama*) están dispersos en un área continua situada desde los 66° hasta los 70° de longitud occidental y entre los meridianos australes 10° y 14°. Esta extensa zona está surcada por los ríos Tahuamanu, Madre de Dios y Beni, con sus múltiples afluentes, ocupando así regiones de la amazonia peruano-boliviana.



Grupos aborígenes chama.

Los aborígenes del grupo lingüístico *takanan* están distribuidos en una multitud de tribus y subtribus acerca de las cuales el conocimiento etnográfico y lingüístico es aún limitado. A partir de los estudios de Créqui-Montfort y Rivet, se ha profundizado el conocimiento de las lenguas *takanas*, sobre cuya singularidad y autoctonía no persisten dudas.

Dentro de los diversos grupos étnicos que integran la familia lingüística *takana*, los chama, que cuentan actualmente con menos de un millar de supervivientes, ocupan un lugar especial desde el punto de vista etnográfico. Karin Hissink [11] en una comparación de las tres tribus principales que componen la familia lingüística *takana* (*chama*, *chimane* y *takana*), muestra que los chama y chimane son típicos representantes de cultivadores periódicamente nómades, con una evidente tradición de cazadores y recolectores, mientras que los *takana* de Ixiama, Tumpasa y San José son campesinos sedentarios, con una cultura espiritual correspondientemente organizada bajo la simultánea conservación de elementos esen-

ciales del viejo patrimonio de cazadores y recolectores. Los *takana* están colocados en un estrato (o posición) cultural más elevada que los *chimane* y los *chama*, habiendo desempeñado un papel importante en el enriquecimiento de su patrimonio etnográfico, la vecindad con las poblaciones aborígenes andinas.

En nuestra investigación pudimos controlar los cambios culturales de los *chama* (*Ese'Ejja*) correspondientes a ocho comunidades agrupadas en el territorio que hemos señalado. Bala, Peñahuarayo, Ixiama, Corpuz, Satariapu, Salinas, Villanueva y Portachuelo.

La ubicación y estructura demográfica de estos grupos poblacionales sufrió durante el largo período de nuestro estudio, repetidos cambios, como consecuencia del nomadismo natural de estos indígenas y del acaecer histórico de su cultura. A partir de 1960, en que los predicadores de diversas denominaciones evangélicas consolidaron su labor misional [34, 43] entre ellos, el grupo aborígen principal se concentró en Portachuelo, sobre el río Beni, que es la comunidad chama donde se efectuaron nuestras últimas experiencias.

III. EL XONO DE LOS CHAMA

En la preparación de *xono* de los aborígenes chama intervienen tres especímenes de plantas, que fueron recolectadas en el *hábitat* de este grupo étnico. Son ellas: la ayahuasca, el ziño y la zamarquita o zamarquita, designadas de acuerdo a la nomenclatura vulgar que utiliza el grupo criollo (*camba*) que convive con los chamas. Estos especímenes fueron clasificados por el profesor Richard Evans Schultes, del *Botanical Museum* de la Harvard University, de la siguiente forma: la ayahuasca y el ziño, *Banisteriopsis Caapi*; y la zamarquita, una *Psychotris*, posiblemente *P. viridis*.

La composición química de estas tres especies con las que se prepara el *xono*, la bebida alucinógena de los aborígenes chama, fue estudiada en el Departamento de Química Orgánica de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Nacional de Buenos Aires, que dirige el profesor Jorge Comin.

Se separaron las fracciones alcaloidicas de las tres especies, obteniéndose los siguientes rendimientos en bases totales:

Ayahuasca hojas	1,36 %
Ayahuasca tallos	1,74 %
Ziño hojas	1,01 %
Ziño tallos	1,26 %
Zamaruquita hojas	0,67 %

Se estudió luego la composición de dichas fracciones mediante cromatografía en capa delgada sobre gel de sílice, y por medio de cromatografía gas-líquida (columna de SE-30,3 %).

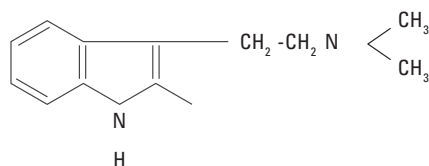
Se determinó así que la ayahuasca y el ziño, *malpighiáceas*, asignadas al género *Banisteriopsis*, contenían harmina (I), harmalina (II) y tetrahydroharmina (III), confirmando la clasificación botánica.

La proporción relativa de alcaloides es bastante similar en ambas muestras:

Ayahuasca hojas	66% harmina + harmalina	
	33% tetrahydroharmina	
Ayahuasca tallos	77,5% harmina (Separado por cristalización)	
	43% harmina + harmalina	de aguas madres
	9,3% tetrahydroharmina	
Ziño hojas	60% harmina + harmalina	
	40% tetrahydroarmina	
Ziño tallos	82,3% harmina (separada por cristalización)	
	11% harmina + harmalina	de aguas madres
	7,4% tetrahydroharmina	

En la zamaruquita, clasificada como perteneciente al género *Psychotria viridis*, se encontró como único componente de la fracción alcaloídica NN-dimetil-triptamina

(IV):



IV. LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL USO DE BANISTERIOPSIS

La descripción de las experiencias psicológicas provocadas por el uso de alucinógenos ha dado lugar a una literatura singular. Esta singularidad surge principalmente de dos hechos: la capacidad individual variable de aprehender las experiencias espirituales que suscitan los alucinógenos; y en segundo lugar, las distintas modalidades de su comunicación, de las que trasciende un irreductible subjetivismo. Ferrater Mora puso de relieve que en los albores de nuestra cultura, cuando Mario Victorino intentó traducir Plotino al latín, se encontró con insuperables dificultades y podía, por lo tanto, concluirse «que el latín no estaba hecho para expresar sutilezas filosófico-teológicas». Ello no obstante, varios siglos más tarde autores como Santo Tomás de Aquino o San Buenaventura disponían, según dice nuestro autor, de toda clase de teologismos. En la gran literatura de los alucinógenos ocurre algo similar, con la diferencia que aún no hemos llegado a esa etapa de los teologismos que permitirían relatar lo inenarrable. Los llamados efectos psicológicos de los alucinógenos se expresan por lo general mediante metáforas y otros juegos del lenguaje, para manifestar experiencias inexpresables; son enigmas para la intuición. Como el mito y sus rituales, constituyen caminos dentro de su propio misterio.

Por otra parte, los análisis psicofísicos y psicofisiológicos acerca del uso de los alucinógenos, son en sí una falacia para quien busca comprender el sentido cultural de su empleo, ya que nos remiten a fenómenos distintos que aquel que se busca analizar, algo así como si quisiéramos comprender el color amarillo estudiando la longitud de las ondas luminosas que ese color refleja.

Para describir los efectos de la ayahuasca tomaremos como sistema de referencia el modelo mescalínico de Henri Michaux. Este autor considera a la mescalina como el paradigma de los alucinógenos y afirma que en la gama de experiencias que con ella se viven están contenidas las que puedan emerger del uso de cualquier otro. Henri Michaux considera, sin embargo, que la mescalina, su droga arquetípica, actúa para desenmascarar, para revelar los secretos, para desmitificar. La intención de este genial poeta, que llevó su voluntad de lograr una objetividad trascendental hasta los límites de lo trágico [24], era fundamentalmente gnoseológica, tan es así, que la obra en que trató el modelo referencial de los alucinógenos fue llamada por él: *Connaissance par les Gouffres*. [25]

Karin Hissink [12] ha estudiado los efectos psicológicos de la embriaguez de ayahuasca entre los aborígenes chama, destacando entre sus efectos: la aparición de actitudes paranormales (clarividencia, conocimiento del futuro, des-

cubrimiento de los espíritus de las enfermedades, etc.) y su poder alucinógeno. Esta autora destaca que las alucinaciones más comunes se refieren a animales de tamaños sobrenaturales: jaguares, víboras, etc.

De acuerdo a nuestras experiencias consideramos que es perfectamente aplicable a la embriaguez de ayahuasca el esquema de Michaux, y que sus manifestaciones se hallan condicionadas a las infinitas variables de la existencia aborígen.

Hemos resumido en el cuadro titulado «Análisis comparativo de los efectos psicológicos de la ayahuasca con el modelo mescalínico de Henri Michaux», un conjunto de experiencias clásicas con el uso de estos alucinógenos, que permite un conocimiento profundo de los mismos.

Análisis comparativo de los efectos psicológico de la ayahuasca con el modelo mescalínico de Henri Michaux

Modelo mescalínico de Henri Michaux [25]

I. Malestar y náuseas

«Después de una corta fase de náuseas y malestar, usted empieza a tener que vérselas con la luz.»

II. Alteraciones sensoriales

«Al estímulo exterior, el aparato visual responde con brillanteces, con resplandores, con colores exagerados. . . Y vienen las visiones, de cristales, de piedras preciosas, de diamantes o más bien su chorro, su chorro enceguedor.»

III. El universo ondulante

«En la embriaguez mescalínica hay un fenómeno que parece estar en la base de gran número de caracteres, tanto los más comunes como los más estrafalarios, incesantemente, bajo una u otra forma, manifiesta su presencia: son las ondas. ¿Es absurdo juzgar que las ondas cerebrales se vuelven perceptibles en ciertos estados de hiperexcitación nerviosa?»

IV. El espacio quebrado, fragmentado o puntiforme»

También, la coexistencia del espacio de puntos innumerables (y todos muy separados) con el espacio casi normal (el de su alrededor que usted mira de vez en cuando), pero como ahogado y en subimpresión . . .»

V. Las muecas y las risas

«Centenas y decenas de caras hacen muecas . . . Se ven esas bocas ocupadas en una triste masticación . . . En lo más intenso del fenómeno, el movimiento de torsión de la boca excede de lejos todo lo que el rostro del hombre más desarticulado puede producir . . .»

«Semejante al ataque de risa de ciertos alienados, expresa particularmente la prodigiosa absurdidad de todo, a la vez metafísicamente y muy físicamente experimentada en una conjunción extraordinaria.»

«¿Por qué la boca? Quizá también a causa de la propia boca. Los espasmos y las tendencias al espasmo de la mandíbula son observados por muchos durante la prueba mescalínica.»

Observaciones clásicas con ayahuasca (Preparados diversos)

Theodor Koch Grünberg (1903-1905):

«Después de beber la cuarta calabaza de *kaapi* (nombre *tukáneo* de la ayahuasca), me explica el *Inspektör*, está obligado a vomitar violentamente, es entonces que aparecen las más bellas visiones luminosas.»

P. Reinburg (1913): [32]

«Los aborígenes Záparo, llaman *iyona* a la ayahuasca... delante de mis ojos brillan círculos luminosos y yo veo volar en un cielo deslumbrante mariposas iguales a las especies recogidas esa mañana.»

Theodor Kock Grünberg (1909): [17]

«En verdad, al cabo de algún tiempo, especialmente cuando salía a la obscuridad, veía ante mis ojos un centelleo muy particular de colores brillantísimos, y cuando escribía, pasaba sobre el papel algo así como movedizas llamas rojas.»

P.R. Reinburg (1913): [33]

«me parece que yo veo a través de agujero hecho en un cartón...»

Allen Ginsberg (1960): [2]

«Me sentí frente a la muerte, mi cráneo en mi barba sobre el jergón, sobre el porche, moviéndose de un lado a otro y deteniéndose finalmente como una reproducción del último movimiento físico que hiciera antes de quedar in-

móvil. . .» «La choza íntegra parecía rayada de presencias espectrales todas ellas sufriendo transfiguraciones al contacto de una cosa única, misteriosa...» «La cabeza moviéndose de un lado al otro sobre la manta y deteniéndose en la última posición de inmovilidad y resignación sin esperanza de Dios sabe qué destino, para mi ser, sentí el alma completamente perdida y extraviada...

VI. *Las ondas de la locura, la oscilación de los deseos, las alternancias.*

«Si el ritmo es precipitado, el infinito será persecución, angustia, fragmentación enloquecimiento...»

«Ondas tan intolerables que han llevado a los alienados que eran víctimas a arrojar por la ventana para terminar con esa serpiente maldita y sin espesor que les impedía pensar y los empujaba a pensar que los soltara y los ataba sin fin, sin fin...»

VII. *La metagnomosis*

«Hiperacuidad... en fin y sobre todo en la imaginación, donde pasan imágenes visuales con una intensidad desconocida por encima de la realidad que se debilita y adelgaza: y *last but not least*» en las facultades paranormales, revelando al sujeto el don de videncia y adivinación»

VIII. *La infinitización*

«Sentimiento del infinito de la presencia del infinito, un infinito en marcha, con una marcha igual que no se detendrá más... inesperada infinitización...» «Infinito infinitándolo todo.» «...pero maravillosamente acordado, más que ningún otro sentimiento, a bondad, tolerancia... amor y universal compasión...»

P. Enrique Vacas Galindo (1895) [38]

«La bebida —llamada materna por los Jívaros de Macas— dirigida a crear en la imaginación mil fantásticas ilusiones no tarda en producir efectos: todos los sentimientos se animan, todas las facultades se despiertan, principian horrorosas convulsiones, los pelos erizados, los ojos ensangrentados, las narices hinchadas, los labios temblorosos, rechinantes los dientes, ronca broncamente la garganta, los puños cerrados, se agita el soñador.

Allen Ginsberg (1960): [2]

«Yo estaba asustado y simplemente estaba tirado con oleadas tras oleadas que pasaban sobre mí, de temor a la muerte, terror, hasta que apenas lo podía soportar...»

Ramón Pardal (1937): [32]

«Numerosas tribus diseminadas en el extenso territorio comprendido entre los ríos Negro y Orinoco, el Amazonas y la cordillera de los Andes utilizaron desde épocas inmemorables, una bebida obtenida por decocción o maceración de una liana, *la ayahuasca*, *caapí* o *yajé* conocida actualmente con el nombre técnico de *Banistería caapí* (Spruee). Su ingestión produce un estado psicológico especial, con alucinaciones e ilusiones ópticas, excitación intelectual y estados metagnómicos, que llegan a producir efectos telepáticos (uno de sus componentes ha sido llamado telepatina) y estados oníricos.»

Manuel Villavicencio (1853): [40]

«Yo, por mí, sé decir que cuando he tomado el ayahuasca he sentido rodeos de cabeza, luego un viaje aéreo en el que recuerdo percibir grandes ciudades, elevadas torres...»

Thomas Whiffen (1915): [42]

«Hay bebidas tóxicas en los *menimehe* y las tribus del norte del Yapura; los hombres beben el *caapí* que es fuertemente erótico... *Caapí is known as aya-huasca the «Drink of Huasca» the greatest king of the Inca*».

Allen Ginsberg (1960): [2]

«...también, como si todo el mundo en la sesión estuviera en contacto radiotelepático con el mismo problema el Gran Ser en nuestro interior...»
...me sentí, me sigo sintiendo como alma perdida rodeada por ángeles custodios...»

IX. *Phantastica*

«La orquesta de la inmensa vida interior magnificada es ahora un prodigio... Por ágil que se haya vuelto el pensamiento para aprehender en varios frentes, se vuelve a menudo, demasiado a menudo, a las visiones que entre todos los inasibles una pasan a través de usted, parece, sin embargo lo menos inasible.

«Es el médico brujo (*shinanu*) el que habitualmente bebe la divina ayahuasca y como las pitonisas del pasado, en su trance delirante, conversa con los malos y los buenos espíritus, revela los misterios fu-

turos, lee el destino de la tribu y recibe los mandamientos de Manyiu, el espíritu de, la vida.»

V. LOS SIGNIFICADOS DEL USO DEL XONO ENTRE LOS ABORÍGENES CHAMA

Los efectos psicológicos de la embriaguez con ayahuasca no aclaran los significados de su uso cultural. El análisis fenomenológico de la cultura de los chama nos permitirá describir tres modos significativos de su uso, de acuerdo a las formas y contenidos culturales, que se estructurarán de manera limitadamente sucesiva, en la existencia de los chama. Si analizamos la intencionalidad del acto cultural, entendiendo como tal lo que ese acto contiene como objeto fundamental (intentionalis Erlebnis), podremos describir tres formas en el uso del *xono* entre los chama:

1. La intención sacralizante.
2. La intención anonadante.
3. La intención apocalíptica.

Veremos mediante su descripción, cómo un mismo significante cultural puede llenarse de contenidos distintos, adquiriendo con la modificación de la cultura, significados limitadamente antitéticos.

1. La intención sacralizante.

Los aborígenes chama recibieron el legado cultural de la ayahuasca, propio de los aborígenes de las cuencas de los ríos Orinoco y Amazonas, en una época relativamente fácil de establecer. El profesor Alfred Métraux [23] determinó en su obra *The Native Tribes of Eastern Bolivia and Western Matto Grosso*, en 1942, que los pueblos del grupo lingüístico takana (takana, chimeme y chama) carecían de bebidas embriagantes y de alucinógenos. Esta apreciación abarcaba por cierto, no sólo los grupos cazadores y recolectores de ese conglomerado étnico (chama y chimane), sino también a los agricultores etnográficos (takanas) que vivían la etapa final de su expansión migratoria. Esta importante observación etnográfica hace de los takanas un grupo étnico singular de valor casi inigualable, para la realización de una investigación acerca del uso de embriagantes y alucinógenos etnográficos, ya que diez años después de la observación documentada por Alfred Métraux, cuando se llevó a cabo la *Frobenius Expedition* (1952-1954), Karin Hissink pudo en cambio observar la difusión de la ayahuasca entre los takanas,

y realizó una excelente descripción del culto chama de la ayahuasca. Cuando comenzamos en 1956 nuestra investigación etnográfica en este grupo, el culto de la ayahuasca se hallaba extensamente desarrollado entre los aborígenes y se pudo constatar su presencia en todas las comunidades analizadas.

De acuerdo a las observaciones realizadas por Karin Hissink [12] y las nuestras, se podían distinguir en el período aludido dos formas del culto de la ayahuasca: una de ellas era de tipo comunal; y la otra chamánica.

En la primera de estas formas, el culto de la ayahuasca era presidido por el jefe tribal y participaba en él la totalidad de la comunidad. La ingestión de la ayahuasca era en esta forma cultural, el acto fundamental de una orgía ritual, con participación en ella, como hemos dicho, de toda la comunidad. Este culto estaba sujeto a una coreografía ceremonial muy compleja, con actuaciones diversas de los, integrantes de esa comunidad. En este uso cultural de la ayahuasca se cumplían rigurosas prácticas ritualizadas, que abarcaban: la época de su realización, generalmente la fase en creciente de la luna, y desde el atardecer al amanecer; el corte y consagración de las lianas; la preparación e ingestión del *xono*; las manifestaciones del goce originado por su ingestión; la expresión de los dones otorgados por el «Señor de la ayahuasca» (profetismo, adivinación, conjuro, etc.); y la «salida de la ayahuasca», un momento ritual sumamente complejo, que permitía la transición de la comunidad transubstanciada por el culto, a su cotidianidad.

En el culto comunal de la ayahuasca participaban, de acuerdo a nuestras observaciones, los perros; acerca de cuya importancia entre los chama ha llamado la atención Karin Hissink [13], destacando que son identificados con los hombres en diversas de sus manifestaciones.

En los cultos chamánicos de la ayahuasca participaban tan sólo grupos aborígenes especiales (cazadores, guerreros, enfermos, etc.). Estos cultos estaban presididos por los chamanes y presentaban rasgos diferentes de acuerdo a su finalidad, ya sea incursiones de guerra o de caza, vuelos y luchas chamánicas para la restitución del alma de los enfermos, conjuros, etcétera. Este tipo de culto ha sido descrito minuciosamente por Karin Hissink [12], quien ha reproducido cantos propiciatorios y de conjuro al «Señor de la ayahuasca», a quien los chama investían de los poderes comunes al «Señor de los Animales»¹, del estrato etnográfico de los pueblos cazadores.

¹ Con Ref.: Jensen A. *E Mythos and Kult bei Naturbolker*. Religionswissenschaftliche Betrachtungen, Wiesbaden

Mediante el análisis del *corpus* mítico recopilado en la primera etapa de nuestra investigación de la cultura chama, pudimos aislar, con referencia al culto de la ayahuasca, los siguientes elementos formales:

- a. El poder de la ayahuasca es revelado por un peruano² a dos héroes culturales chama, llamados *kosieġa* y *mesi*.
- b. Esta revelación se realiza en el lago mítico *ba:xa:l*, fuente de la vida, y de los ríos tutelares: Madidi, Madre de Dios, etc.
- c. Los héroes culturales *kosieġa* y *mesi*, luego de su existencia mítica se transforman —en muchos relatos— en el sol y la luna. Esta variante tiene sus expresiones rituales en el culto de la ayahuasca, ya que señalan míticamente la época de su realización y algunas de las manifestaciones ceremoniales del uso del *ġono*: «... el sol se apareció al bebedor de ayahuasca en forma gigantesca y ardió como un gran fuego».³
- d. La ayahuasca es una manifestación de *edoġkiamā*, el numen máximo de los chama. *Edoġkiamā* aparece en múltiples relatos míticos chama como una deidad similar al llamado, por algunos mitógrafos, «Señor de los Animales». La misión del peruano consistió tan sólo en ser portador (o revelar) un bien propio de los chama, como un acto de expiación, por haberse apropiado su grupo étnico de los bienes propios de estos aborígenes.⁴
- e. El aborígen chama que participa en el llamado culto de la ayahuasca cambia su naturaleza y participa de la de los espíritus de la naturaleza (*edoġkiamā*, *ġonocawa*, *sowonona*, etc.) y en la de los muertos-vivientes (*ekuikia*).
- f. La transubstanciación de la naturaleza del aborígen chama en el culto de la ayahuasca, le otorga a éste los poderes de los seres míticos primordiales.
- g. Deben cumplirse por ello, rigurosamente las prescripciones rituales, ya que de lo contrario, el sujeto enloquece y muere.⁵

Franz Stiner Verlag GMBH, 1951 Cap. IV. *Der Herr der Tiere*. pag. 185 a 186. En la edición francesa de esta obra, realizada por M. Metzger y J. Goffanet —Paris, Payot, 1954— se traduce esta expresión como *Seigneur des Animaux* en la que *Seigneur* significa dueño y en su acepción teológica Dios, lo que expresa el sentido con que la usa Jensen. Esta traducción castellana «Señor de los animales» no es muy precisa, debiendo aceptarsela en el sentido empleada por Jansen.

² Criollo de la república del Perú.

³ Hissink, Karin, Opus. Cit. pág. 524 nota 12 «...nach denen die Sonne dem Ayahuasca-Trinker in riesenhafter Form erschienen sein und wie ein grosses Feuer gabraant haben soll».

⁴ Un pensamiento similar se observa en el «cargo cult» de los aborígenes oceánicos.

⁵ Esta formalización de los mitos de la ayahuasca se ha realizado a través de los relatos obtenidos en 1956 de los siguientes informantes: Melchor Viejo y Jacinto Sosa de Bala; Demetrio Altamirano y Camba Ignacio del grupo chama de Jxiamas; y en especial del anciano Baha Cortés, del grupo familiar de chamas de Peñahuarayo.

Los etnógrafos que han analizado la cultura de los chama han advertido la ambigüedad de sus símbolos míticos: *edoġkiamā*, por ejemplo, es uno y múltiple al mismo tiempo, es a la vez hombre, animal y planta en nuestro caso, la ayahuasca misma es a la vez macho y hembra, joven o viejo, etc.

Esta observación podría extenderse al símbolo mítico en sí, ya que está en la esencia misma de ese símbolo su capacidad de revelar la presencia misteriosa de lo que no tiene nombre, en aquello que es nombrado. Por ejemplo, en el dioscurismo de *kosieġa* y *mesi*, se revela simbólicamente el TREMENDUM y el FASCINAN de la experiencia numinosa [28, 29]. Así, en diversos relatos, uno de ellos aparece como negro, infundiendo terror sagrado, y el otro es blanco, y enseña los bienes que otorga el cambio ritual de la naturaleza de los chama, en el culto por ellos iniciado.

Este complejo juego de ambigüedades nos lleva a la necesidad de analizar la cultura en una dimensión diferente, no como un objeto separado del hombre, sino como parte de su estructura existencial. Metodológicamente consideramos que nuestra investigación debe situarse en el análisis fenomenológico de la existencia del hombre primitivo, en nuestro caso el hombre chama. Entonces su cultura no aparece separada de él, sino que forma una estructura existencial, revelada por el análisis del *Dasein*⁶ como «ser en el mundo» (o «ser en la cultura»); vale decir, como una categoría de la existencia (existenciario) de ese hombre primitivo. Superada así la falacia de una dualidad entre el hombre y su cultura, podemos interrogarnos acerca del significado de un fenómeno cultural, como lo es en nuestro caso el del culto chama de la ayahuasca en un determinado momento de su historia cultural.

⁶ José Gaos utiliza la expresión «ser-ahí» para traducir la palabra alemana *Dasein*. El propio traductor admite las limitaciones significativas de ese equivalente castellano. Con ref. Heidegger M. *Sein und Zeit. Jahrbuch für Philosophie und Phenomenologie Forschung*, III, Halls, 1827, traducción de J. Caos. México, Fondo de Cultura Económica, 1962: *El ser y el tiempo*, primera sección, Cap. I, 11, págs. 63 a 65. Eduardo García Belsunce expresa en una nota al pie de página de su traducción castellana de la obra de Beda Alleman, Holderlin y Heidegger que el término *Dasein* aparecerá siempre en el texto de esa obra sin traducir «porque el español no tiene equivalente, y también porque ya se lo acepta en la terminología filosófica de nuestra lengua. *Dasein* significa en general existencia. En Heidegger este término designa al ser del hombre. El ser del hombre es un modo del ser (*Sein*); el ahí (*da*) no es una mera localización espacial, sino que significa la apertura de la totalidad del ente. El ahí es también la residencia del ser, el sitio donde el ser se hace presente (Presencia)». Con rei.: Alleman B. *Holderlin y Heidegger*, Buenos Aires, Fabril, 1965, p. 85.

Surge así como contenido significativo del culto de la ayahuasca, la búsqueda de un cambio ontológico consistente en la adquisición de la naturaleza de los seres sagrados: la intención sacralizante.

2. La intención anonadante

El culto de la ayahuasca, que se extendió como hemos dicho a la casi totalidad de los chama, se acompañó de un extraño fenómeno de exaltación cultural que modificó la vida cotidiana de este grupo étnico.

En el momento de mayor expansión del culto, acaeció lo que hemos de llamar la guerra de los chama. La historia etnográfica de los chama sólo se conoce a través del relato de los informantes, ya que de este acontecimiento han trascendido tan sólo los rumores de la selva, que recogían los ecos de una gran convulsión grupal de estos aborígenes.

El informante Julio Usquiano, guía de la *Frobenius-Expedition*, hablante de múltiples dialectos *takanan*, ha conocido profundamente este acontecimiento ya que en esa época recorría permanentemente el laberinto chama de la selva. Según este informante, la guerra chama llegó a su apogeo en los comienzos de la década de 1960 y consistió en enloquecidas luchas de grupos pequeños de chama sin un claro sentido.

De acuerdo a las observaciones etnográficas realizadas por nosotros en esa época y los relatos de los informantes, las causas aparentes de este fenómeno fueron las siguientes: la regresión cultural y la exaltación provocada en los cultos comunales. Esto determinó un curioso retorno al *ethos* de los cazadores etnográficos, reapareciendo tradicionales competencias ciánicas por los predios de caza, desvirtuados ahora por la penetración criolla y europea en el área aborígen. A esta lucha sin sentido, se agregaron las venganzas tribales, que surgían de las revelaciones de magia negra que acaecían en los cultos chámánicos.

Hemos destacado la falta de una causalidad racional en la guerra de los chama.

Esto es explicable, ya que ella coincide con la exaltación cultural y aparece como una manifestación, tal vez la más dramática y evidente, de la *orgía* étnica.

El incluir dentro de la fiesta etnográfica la guerra de los chama es coincidente con el significado del culto de la ayahuasca que hemos analizado, y la hace comprensible dentro del acaecer existencial de la comunidad etnográfica. La guerra de los chamas va disgregando el grupo aborígen y se advierte ya, en la etapa que va de 1963 a 1967 de nuestra investigación, la segregación de las

comunidades y también el acercamiento de bandas chama a los obradores de los *siringueros* y recolectores de almendras, y a las barracas de almacenaje de productos, con abandono de la vida selvática y aparente asimilación a otros grupos étnicos. Esto coincidió con la desaparición entre ellos del culto de la ayahuasca, de manera tal que era prácticamente inobservable en las postrimerías de 1967.

En la etapa de la historia chama que hemos señalado aparece otra forma ríe la embriaguez con la ayahuasca: ésta se bebe en la soledad, sin el cumplimiento de rituales, tan sólo en función de la determinación individual. Subsiste su uso chamánico, y contrariamente a esa desacralización del uso comunal, se torna en este caso mucho más oculto y se acompaña de un esoterismo iniciático. Se practica tan sólo en sitios alejados de la comunidad y participan en él grupos privilegiados. Se acentúan y complican infinitamente, en esta forma esotérica del culto, las prescripciones rituales.

Dentro del corpus mítico de los chama en el material obtenido en esta época, se destacan los siguientes elementos formales:

- a. Se registra una tendencia espontánea al relato de mitos escatológicos.
- b. Estos mitos escatológicos son de una extraña complejidad y contienen una inusitada variedad de símbolos, de manera tal que parecería que los supérs- tites de la guerra chama hubiesen constituido una verdadera «cultura de la muerte».
- c. Se advierte, mediante el análisis mitográfico, que estos aborígenes admiten la existencia de dos almas: una de ellas, ligada al cuerpo, se denomina *ekui- kia*, permanece unida a él, y luego de la muerte aparece en el monte como cadáver-viviente, de connotaciones siniestras. Por otra parte, designan con el nombre de *ekosaḡawa* a otra alma que reproduce la imagen del sujeto, y que puede separarse del cuerpo en el trance chamánico, en los sueños y luego en la muerte, estando su residencia definitiva en las márgenes de un lago infinito llamado *kweiemenu*.
- d. Estos mitos no superan, sino que des ocultan la extrañeza ante la muerte vivida como última soledad, aun más dolorosa, al parecer, que el exilio de la vida aborígen.

En esta nueva etapa de la existencia cultural el uso de la ayahuasca se realiza, como hemos dicho, en forma tal que ahonda el aislamiento étnico del sujeto que se embriaga con ella; éste no adquiere mediante su uso una condición

ontológica diferente que lo hace partícipe del ser de las criaturas míticas, sino que ahonda su inautenticidad existencial a través del éxtasis o salida de su cotidianidad. La experiencia extática que comunica el sujeto de este tipo de embriaguez autística con el *xono*, consista en la vivencia de situaciones similares a las que aparecen en los mitos escatológicos de los chama. Uno de nuestros informantes manifestaba, por ejemplo:

...cuando tomo la tutuma de ayahuasca me voy al lago; allí, me estoy de visita, te hablan poco esos que ahí están: los muertos. Pero yo me estoy con ellos, allí, mira, tenés todo lo querés, una pista como esa de Tomichucua, aviones a chorro, ropa linda, cosas que no has visto todavía, porque los gringos no las han traído todavía de allí podes ver... Uno se queda ahí viendo, hablando, cuando te vas podes ver a los animales, a los perros que son como gente, a esos animales grandes de muchos colores. Hay esos viborones con alas, que saltan del agua... Cuando volvés también... No tenés que volver de día, ni vos traes nada de ahí porque eso es de los muertos antiguos y esos se aburren y los tiran al final del mundo al aire.⁷

En esta etapa de exilio de los chama la embriaguez con ayahuasca encierra una intencionalidad muy distinta a la analizada anteriormente. En este nuevo actuar, cultural, el sujeto realiza una experiencia extática muy similar a la que se expresa en los mitos de la muerte. En los largos sueños de la ayahuasca, el alma visita el universo mítico de los muertos en los que habitan los chama antiguos y en el que se encuentran, de acuerdo a un *mythologem*⁸ altamente difundido entre las culturas etnográficas, los bienes de la cultura occidental, que en el hastío de la intemporalidad son arrojados a abismos innombrables.

En este contrapunto entre el exilio y la muerte, está el sentido de esta segunda forma significativa del uso de la ayahuasca: la «intención» anonadante.

3. La intención apocalíptica.

El *kerugma* cristiano aparece como fenómeno cultural evidente entre los chama a partir de 1960. Ya anteriormente se solían ver en sus aldeas, sujetos extraños, peregrinos que anunciaban un nuevo culto, seres semejantes a los profetas populares que en la antigüedad clásica revelaban los cambios en el universo [39].

⁷ Informe: Andrés Turano, anciano de Satariapu.

⁸ *Methologem*: término de suma difusión en la literatura etnográfica alemana. Su traducción castellana como *mitologema*, es un barbarismo que lo hace inútil desde el punto de vista significativo. Este término lo utilizamos en nuestro texto de acuerdo al significado que le otorgara el profesor Adolf E. Jensen. Con ref. Jensen A. E. *Das Religiöse Weltbild einer frühen Kultur*. Stocarola, August Schöeder Verlag, 1948.

A los que conocían los reductos chama no les era extraño percibir en ellos, esos hombres singulares que se decían venir de las fuentes de los ríos, de las regiones de los muertos, anunciando un nuevo *lagos* de salvación.

Es importante advertir que en plena disgregación del grupo chama, en la fase más intensa de la inautenticidad de la existencia aborígen, se hallaban ya las semillas de ese importante proceso de revitalización cultural. Estos pueblos acostumbrados a la muerte de sus dioses recosían toda evidencia de salvación como aleo excitante y esperado. La «nueva palabra chama» elaborada en los moldes de los evangelios se constituía en un símbolo epifánico de un nuevo Dios que advenía.

En la última parte de la década del sesenta, ya los chama se habían organizado en comunidades cristianas, modificando la mayoría de sus prácticas tribales arcaicas, en cuanto al ritual mítico y chamánico. Se había abandonado el uso de la ayahuasca en su forma cultural y aún en las prácticas chamánicas, en las que era sustituida por el evangelio, utilizado [1] a veces como un verdadero objeto de la parafernalia chamánica, en los ritos propiciatorios y de conjuro. Era común ver a los antiguos chamanes sostener en sus manos versiones en inglés del *Nuevo Testamento*, con las que golpeaban a los enfermos, o encender páginas del mismo para que los sujetos aspiraran el humo.⁹

En la última etapa de nuestro estudio vivimos una importante experiencia etnográfica, que nos permitió analizar un nuevo significado en el uso del xono en este grupo étnico, dentro del nuevo campo significativo de la cultura chama, originado a través del enunciado proceso de evangelización.

En 1972, el pastor evangélico norteamericano Jack Shoemaker, que había organizado la floreciente comunidad cristiana de Portachuelo, en cuya periferia se concentraba la mayoría de los supérstites chama y que residía temporariamente en *The Summer Institute of Linguistic*, situado frente al lago de Tomichucua en un paraje cercano a la ciudad boliviana de Riberalta, nos brindó su casa en aquella misión, para que residiéramos en ella mientras realizábamos nuestras investigaciones.

Durante nuestra permanencia en Portachuelo, con el propósito de analizar los nuevos significados del uso de *Banisteriopsis*, luego de la aparición de la conciencia *kerugmática* trajimos hasta nuestra residencia, desde las poblaciones

⁹ Observaciones realizadas en la comunidad chama de Villanueva.

aborígenes marginales, antiguos informantes chama, expulsados de la comunidad por su persistencia en «antiguas» prácticas tribales.

El ingreso de los «antiguos» en la casa del pastor determinó una extraña inquietud entre los habitantes de la comunidad cristiana, derivando en una verdadera epidemia de locura sagrada a la que fueron arrastrados y como por un torbellino todos los habitantes de la comunidad. Los que tienen una experiencia de la existencia aborígen saben de la frecuencia con que acaecen entre ellos esas tumultuosas crisis culturales. En esta ocasión, uno de nuestros informantes, un anciano llamado Šisāco, interpretó nuestra presencia en el ámbito sacralizado de la casa del pastor, como el advenimiento de una nueva época, en la que se restauraría el antiguo culto de la ayahuasca, y se preparó a celebrar los antiguos ritos. Eso desató, al parecer, la epidemia de locura cultural. Un aborígen a cargo de la casa del pastor y su familia me sorprendió una mañana clamando en lengua chama por que los liberara de la participación en el culto de la ayahuasca. Al mismo tiempo que una multitud de mujeres huía al monte con sus niños, en las casas aborígenes se oían terribles lamentos y se registraban en ellos multitud de manierismos, de actitudes estrambóticas, tales como trepar en los árboles y gritar desusadamente sobre ellos, o arrojarse con ropas al río Beni. El episodio más llamativo consistió en la presencia de un grupo de ancianos y ancianas, convulsionarios, que repitieron sus crisis durante varias horas.

El antiguo chamán Šisāco celebró el culto de la ayahuasca en la zona marginal de Portachuelo cumpliendo los antiguos ritos. Después de la consumación del misterio aborígen vivido de manera tan insólita, se produjo la retracción de la comunidad; en un silencio absoluto permaneció en sus escondrijos, hasta que en pocos días, paulatinamente, recobró su estilo de vida cotidiano.¹⁰

El análisis formal de este episodio de la existencia etnográfica de los chamanos deparó los siguientes elementos:

- a. Los símbolos de la locura sagrada epidémica de Portachuelo se refirieron a un inmediato e inexorable «fin del mundo», precipitado por el retorno de la bestia de la ayahuasca, una especie de enorme serpiente alada, cuya presencia alucinatoria en la embriaguez de ayahuasca señaló Karin Hissink.¹²

¹⁰ Este análisis se realizó con la colaboración del informante chama Šisāco y de Calixto López, ambos de Portachuelo.

- b. La ayahuasca se había convertido, en la nueva conciencia *kerugmática* de los chama, en símbolo del mal.
- c. Lo más singular de esta experiencia fue que los sujetos de la teomanía epidémica clamaban por la ayahuasca, investida para ellos de atractivo sagrado. Muchos de ellos participaron en la búsqueda de la liana en el monte y de la preparación de la bebida cumpliendo con los ritos arcaicos. Tanto aquellos que la usaron, como los que participaron en la locura sagrada epidémica sin hacerlo, recrearon símbolos escatológicos existentes en la cultura arcaica. Vieron, por ejemplo, que surgía del río Beni el numen chama, dueño de las aguas, lanzando extraños rugidos, y luego una inmensidad solemne de agua en la que flotaban, en medio de un conmovedor silencio, los cadáveres de los últimos chama, entre los que se encontraban los de ellos mismos. Otros vieron los ancestros pintados y emplumados que devoraban «con sus ropas de tipo europeo puestas» a los aborígenes «nuevos» del evangelio, restaurando la antropofagia ritual de los «antiguos».

A través de la ayahuasca, transformada en símbolo del mal, se retornaba al caos arcaico. Era éste el símbolo que nos revelaba el «fin del mundo» por el retorno enfurecido de los númenes tribales [9].

Dentro de este *Stimmung* fantástico de fin del mundo, la intención apocalíptica era el contenido significativo de este tercer signo de la ayahuasca.

VI. LA INVESTIGACIÓN TRANSCULTURAL

El análisis del significado del uso de *xono* entre los chama nos arroja una importante experiencia, ya que un mismo acto cultural sufrió transformaciones de sentido en un plazo tan breve que pudo ser controlado dentro de una misma observación etnográfica.

La palabra inglesa *drift* [1] —siendo arrastrado por la corriente— fue introducida en las ciencias de la cultura por Edwar Sapir para designar una selección inconsciente de variaciones lingüísticas de un particular estilo, que responde a motivaciones profundas de los individuos que integran esa cultura. Este término adquirió, sin embargo, un significado especial en antropología, a raíz del estudio realizado por Eggan sobre los cambios culturales en la población indígena del norte de Filipinas; éstas aparentemente surgieron de los contactos culturales, pero que en verdad respondieron a ocultas motivaciones culturales,

que utilizaron como significantes a esos accesorios agregados a su patrimonio natural; advirtiendo por ello este autor que la aceptación o resistencia al cambio parece explicable en muchos casos, en términos de ese *drift*, de las ocultas corrientes de la cultura. Este torrente existencial puede llevar en sus remolinos una abundante hojarasca, cuya presencia y movimiento se justifica en esa fuerza que la arrastra. Ciertos actos culturales, como los que analizamos en nuestra investigación, aparecen así como significantes de procesos profundos de las culturas en las que se manifiestan, aunque sean tomados, como sucede con la ayahuasca entre los chama, de culturas exóticas. Por todo ello si en el análisis fenomenológico del acto cultural de referencia no se indaga su significado, la descripción del fenómeno se agota en su pura exterioridad.

Si analizamos el uso de la ayahuasca entre los chamas, rodeado siempre de una honda resonancia afectiva, podremos descubrir en él lo menos tres significados que, sin ser contradictorios, nos señalan la contingencia de los significantes culturales.

La embriaguez de ayahuasca aparece en nuestro caso como un signo cuyo sentido debe buscarse mediante el análisis de la totalidad del fenómeno cultural. Aparece así conteniendo tres intenciones trascendentales de la cultura de este grupo étnico: la intención sacralizante, la anonadante y la apocalíptica.

Michel Foucault recuerda en su introducción a la edición francesa de *Le Rêve et L'Existence* [9], de Ludwig Binswanger que en los albores de nuestro siglo, aparecieron las *Logische Untersuchungen* (1899) de Husserl y la *Traumdeutung* (1900) de Freud: «*double effort de l'homme pour ressaisir ses significations et se rissaisir lui-même dans sa signification*».

La obra de Freud derivó en una coherente hermenéutica antropológica de suma importancia en la investigación etnográfica. Las *Logische Untersuchungen*, contemporáneas de la hermenéutica de la *Traumdeutung*, plantearon un problema antropológico fundamental: tal es la distinción existente entre el índice y la significación (*Ausdruck und Bedeutung*).

La proyección del pensamiento de Husserl en la antropología, aún no desarrollada en toda su dimensión, aparece en la famosa carta que dirigió a Lucien Lévy-Bruhl [31-32], deslumbrado por la lectura de la primera edición francesa de *Mythologie Primitif* (1935), en la que expresa la revelación que ha constituido para él esa introducción al universo mítico del hombre salvaje y enuncia implícitamente un programa metodológico que aparece desarrollado posteriormente en su obra *Krisis* [14, 18, 19], fundamental epígono de la filosofía hus-

serliana. En la carta a Lévy-Bruhl se intuyen, como hemos dicho, aspectos de la investigación fenomenológica que aparecen explícitamente en *Krisis* y que consisten, para nuestro caso, en un acercamiento al *Lebenswelt* [31] —«el mundo de la vida»— del hombre primitivo, mediante la *epoché* o la puesta entre paréntesis, de nuestra propia cultura para llegar así en el universo inalienable del hombre salvaje, al acto mismo de la significación, fuente de revelaciones insospechables para el humanismo husserliano.

Evidentemente es aún irrealizable el proyecto de Husserl, sobre todo en lo que se refiere a esa exigencia metodológica de la *noche* de nuestra propia cultura, para realizar la experiencia trascendental del acercamiento al *Lebenswelt* del hombre primitivo. Toda *epoché* es una abstención. Spiegelberg [35] recuerda que este término griego fue empleado por los antiguos escépticos para indicar la suspensión de las creencias y reactualizado por Husserl «para indicar la reducción fenomenológica. La *epoché* que sugiere el programa husserliano, propuesto a Lévy-Bruhl, es un esfuerzo metafísico de enorme proyección en el futuro de la antropología, pero exige esa completa abstención fenomenológica.

En ese camino poco transitado hemos hecho el esfuerzo científico de llegar a la intención de un acto cultural, con el objeto de fundamentar, a través de este ensayo metodológico, un tipo de investigación transcultural. Comprendemos, por cierto, el abismo que existe entre este tipo de análisis antropológico y la investigación del acto mismo de significar en el hombre primitivo que propone Husserl.

De esta manera, los signos de ayahuasca que devela la investigación transcultural aparecen como significadores eficaces para el análisis de los tres parámetros de la hermenéutica [6] de un trascendente fenómeno de la culturas: el antológico (la realidad simbólica y el acontecimiento ejemplar); y la existencial (la participación del hombre en la ontofanía o en la soteriofanía).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Alvahez J. Mitología, tradiciones y creencias de los salvajes Hnarayos. *Actas y Trabajos Científicos del XXVII Congreso Internacional de Americanistas*. (Lima), Librería e Imprenta Gil. 1942. (Tomo II.)
- [2] Burruchs W. y GINSHERG A. *The Yage Letters*. California, Ed. City Light Book, 1963.

- [3] Cooper J. M. «Stimulants and Narcotics». En *Handbook of South American Indians* (J.H. Steward, Edit.). Washington, Smithsonian Inst. Bureau Amer. Ethnol. Bull., 1949, 5, 552.
- [4] Crequi-Montfort G. de y RIVET P. La famille linguistique Takane. *J. Soc. Americanistes Paris*. 1921, 13, 91; 1922, 13, 281; 1923, 14, 41.
- [5] Crevaux J. *Voyages dans l'Amerique du Sud*. París, Hachette, 1883.
- [6] Choatto S. «Símbolo mítico y creatividad.» En *Estudios de Filosofía y Religiones del Oriente* (Centro de Estudios de Filosofía Oriental, Fac. de Filo., y Letras de Bs. As.) 1971, 1, 31.
- [7] Eggan F. «Some Aspects of Culture Change in the Northern Philippines.» En *Readings in Anthropology* (E. A. Hoebel, Edit.) New York, Mac Graw Hill, 1955.
- [8] Firestone H. L. Chama phonology. *Inter. J. Amer. Linguistics*. 1953, 21, 52.
- [9] Foucault M. «Introduction et notes.» En *Le Reve et L'Existence* (L. Binswanger). París, Deselée de Brouwer, 1954.
- [10] Frazer J. G. *The Dying God*. New York Mac Millan Co., 1953.
- [11] Hissink K. Froebenius Expedition 1952-1954 nach Bolivien. *Zeitschrift für Ethnologie*, 1954, 79, 206.
- [12] Hissink K. Notizen zur Ausbreitung des Ayahuasca-Kultes bei Chama und Tacana Cruppen. *Ethologica*, Neue Folge. 1960, 2, 523.
- [13] Hissink K. Beobachtungen und Aussagen über den Hund bei Chimanen, Chama und Tacana Indianer. *Paideuma*. 1962, 8, 39.
- [14] Husserl E. *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die Transzendente Phänomenologie*. Haag, Martinus Nijhoff, 1954.
- [15] International Phonetic Association. *The Principles of the International Phonetic Association*. London, University College, Department of Phonetics, 1949.
- [16] Karsten B. Beiträge zur Sittengeschichte der Südamerikanischen Indianer. Drei Abhandlungen. *Acta Acad. Aboensis, Humaniora* 1920, 1, 39.
- [17] Koch-Grünberg T. *Zwei Jahre unter den Indianern; Reisen in Nordwest Brasilien 1903-1905*. Berlin, Ernest Wasmuth Verlag, 1909.
- [18] Langrebe L. World as a phenomenological problem *Philosophy Phenomen. Research*. 1940, 38.
- [19] Landgrebe L. *Phänomenologie und Metaphysik*. Hamburg, Schroder, 1949.
- [20] Lewin L. *Phantastica. Die Betäubenden und Erregenden Genussmittel*. Berlin, Georg Stilke 1927.

- [21] Mason J. A. «The languages of South American Indians». En *Handbook of South American Indians* (J. H. Stewart) Washington, Smithsonian Inst. Bureau Amer. Ethnol. Bull., 1950.
- [22] Merleau-Ponty M. Le philosophe et la sociologie. *Cahiers Internat. Social*. 1951, 10, 50.
- [23] Metraux A. The native tribes of Eastern Bolivia and Western Matto Grosso. *Smithsonian Inst. Bureau Amer. Ethnol. Bull.* Washington, Government Printing Office, 1942.
- [24] Michaux H. *L'Infini Turbulent*. París, Mercure de France. 1957.
- [25] Michaux H. *Connaissance par les Gouffres*. París, Callimard, 1967.
- [26] Moore J. M. *Theories of Religious Experience*. New York, Round Table Press Inc., 1938.
- [27] Orton J. *The Andes and the Amazon, or Across the Continent of South America*. New York, Harper and Bros. 1871.
- [28] Otto R. *Das Heilige Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalem*. Gotha, Leopold Klotz, 1925.
- [29] Otto R. *Das Gefühl des Überweltlichen (Sensu Numinis)*. München, C. H. Beck, 1923.
- [30] Pagés Larraya F. Los arquetipos culturales de la psicoterapia. *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.* 1967, 13, 3.
- [31] Pagés Larraya F. *Antropología y Hermenéutica*. Buenos Aires, Ensayo, 1973.
- [32] Pardo R. *Medicina Aborigen Americana*. Buenos Aires, José Anesi, 1937.
- [33] Reinburg P. Contribution à l'étude des boissons toxiques des indiens du Nord Ouest de l'Amazonie. L'ayahuasca. Le yajé. Le huantó. Etude comparative toxicophysiological d'une expérience personnelle. *J. Soc. Americanistes Paris*. 1921, 13, 25; 1921, 13, 197.
- [34] Shoemaker J. y Shoemaker N. K. de «Ese' ejja». En *Gramáticas Estructurales de Lenguas Bolivianas* (P. N. Prioste, Edit). Tomo iii. Rivalta, Beni, Bolivia, Instituto Lingüístico de Verano, 1985.
- [35] Spiegelberg; H. *The Phenomenological Movement (Vol. II). The Hague, Martinus Nijhoff*, 1960.
- [36] Spruce R. Notes of a Botanist on the Amazon and the Andes. London, Mac Millan, 1908 (Tomo II).
- [37] Tyler CH. B.. The River Napo. *Geograph J.* 1894,3, 480.
- [38] Vacas Galindo E. Mankijukima. Religión Usos y Costumbres de los Salvajes del Oriente del Ecuador. Ambato, Ecuador, Ed, J Merino, 1895.

- [39] Van Der Leeuw G. *Phänomenologie der Religion*. Tübingen, J.C. B Mohr (Paul Siebeck), 1956.
- [40] Villavicencio M. *Geografía de la República del Ecuador*. New York, R. Craighead, 1858.
- [41] Wassen S. H. Einige wichtige, hauptsächlich ethnologische Daten zum Gebrauch.

BOLIVIA

José María Alvarado (1915-2002)

MARIO GABRIEL HOLLWEG

INTRODUCCIÓN

Identificamos cuatro personalidades señeras que fueron verdaderos representantes de su época, y que con las escasas posibilidades que se ofrecieron crearon las condiciones de promover una psiquiatría humanista y científica deduciéndola entre la diversidad de conocimientos médicos generales. Ellos buscaron ubicar al enfermo mental en el plano consciente de su realidad social en la dimensión de su existencia humana y de la necesidad de su asistencia médica. Ellos fueron:

- Fray Justo Sarmiento (concepción religiosa), transición entre la colonia y la república.
- Dr. Nicolás Ortiz Antelo (1857-1936) (concepción científica-natural),
- Dr. Jaime Mendoza (1874-1939) (Concepción filosófica) y el
- Dr. José María Alvarado (1915-2002) (Concepción sociológica).

Ellos son los representantes de su época y de su condición humana ubicados en el contexto del desarrollo histórico de las ideas en relación al enfermo mental en Bolivia, visto desde perspectivas diferentes de los conceptos del hombre y de las posibilidades terapéuticas.

JOSÉ MARÍA ALVARADO

José María Alvarado se graduó en Medicina, el 29 de octubre de 1943, en la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca. Su formación psiquiátrica la realizó como médico interno y subdirector del Instituto Psiquiátrico Nacional «Gregorio Pacheco» de 1944-1949, y como médico residente del Hospital Psiquiátrico Saint Elizabeth's de Washington, D.C. y Exbecario de la Wayne University de Detroit, Michigan, 1949-1950.

Por los estudios realizados en una Universidad y su dedicación exclusiva, José María Alvarado fue considerado como uno de los primeros psiquiatras titulado en centros de estudios especializados en el país y en el exterior, cuando Bolivia no tenía propiamente una escuela formativa de la especialidad con programas de post-graduación universitaria. El esfuerzo era desplegado autoformativo y autodidácticamente en el internado en el Hospital Psiquiátrico «Gregorio Pacheco» de la ciudad de Sucre. ¿Pero que fue lo que agarró profundamente al Dr. Alvarado para ligarse al enfermo mental y ser este el objeto de su vida profesional en 50 años de dedicación a la psiquiatría? Los años que le tocó vivir fuera del terruño le hicieron descubrir otras razones que lo ligaron íntimamente en los sistemas de vida del paciente en su organización social, de sus pueblos de origen... Tuvo tiempo en el exilio espiritual para motivar muchas reflexiones.

Cuando retornó a Bolivia emprendió una labor de institucionalizar la especialidad tanto gremial como en la enseñanza e investigación en las universidades. Alvarado era de un espíritu activo y accesible, muy trabajador y sistemizador del conocimiento, juzgándose con eso su espíritu emprendedor, y creativo. Desde esa perspectiva se comprende su capacidad productiva e indagativa. El Prof. Eduardo Maldonado describe en el prefacio de una de sus obras una de las facetas del carácter de Alvarado, dice así: «...con Alvarado, no se puede alternar al juego de las tibiezas. Solo queda ser su amigo de verdad o su adversario frontal. Pues así como encarna la psiquiatría, encarna también la polémica. Jamás pasó inadvertido en ninguna parte. Nunca calló su mensaje, ni jamás se adaptó dócil y mansamente ante nada ni ante nadie, cuando era injusto. Pero siempre fue humilde, sencillo y honesto dentro del mundo de la especialidad que aquí como en Europa y América he tenido el honor de conocer». (José María Alvarado. *Cultura y Educación sexuales*, 1994. Pp. 9).

Fue cofundador de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría. Cuando ocupó la presidencia de la misma se comunicaba con los miembros mediante un informativo, que contenía datos y novedades promoviendo la actividad de la institución.

Cofundador, el 9 de agosto de 1945, de la Liga Boliviana de Higiene Mental.

En el área gremial fue cofundador, en marzo de 1955, de la Confederación Médica Sindical de Bolivia (COMSIB) y el último en desempeñar la función de secretario general.

Fundador del Cenáculo de Psicología y Psiquiatría, de la Cátedra de Psiquiatría de la U.M.S.A. Lo instituyó como un centro de estudio, discusión, reflexión y cuestionamiento de la psiquiatría, con la participación no solamente de los estudiantes, sino también de profesionales.

Se ocupó de la enseñanza de Psiquiatría en la UMSA., de 1950 a 1990, siendo reconocida su prolífica labor docente declarándolo «Profesor emérito de la Universidad Mayor de San Andrés» de La Paz.

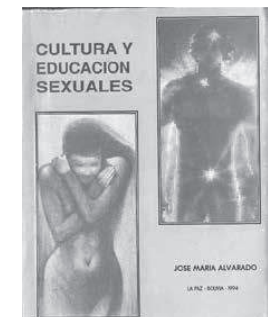
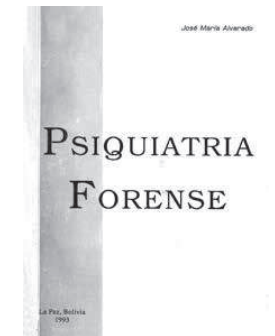
Fundó «La Gaceta Boliviana de Neuropsiquiatría» que publicó como director desde julio de 1965 hasta marzo de 1966, siendo el único órgano que hasta entonces se hubiere editado sobre la especialidad en Bolivia.

Organizó jornadas y congresos en el país y en el extranjero. Fundó, en 1967, la primera cátedra de Psicología médica en América Latina, que le fue reconocida por la OPS/OMS. El Dr. José María Alvarado fue una figura noble que le dio con su faena cuerpo e identidad a la psiquiatría boliviana. Su labor y sapiencia en beneficio de la psiquiatría, adquirió prestigio internacional. Fue miembro del directorio de la A.P.A.L. (Asociación Psiquiátrica de América Latina) en la gestión de 1968-1970

Fue perseguido por sus ideas políticas en 1971, asilándose en Chile, donde fue invitado a dictar la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Chile 1972-1973.

Su vida dedicada a la psiquiatría se patentiza en numerosas y fructíferas actividades, en la docencia universitaria, en la investigación, en su producción intelectual. El Dr. José María Alvarado ha escrito los siguientes libros: *Belisario Díaz Romero. Un filósofo olvidado* (1968); *Jaime Mendoza. El Macizo Andino* (1977); *Curso de Psicología Médica* (1989); *Psiquiatría forense* (1993); *Cultura y educación sexuales* (1994).

Su vocación por la docencia se manifiesta ostensiblemente en su interés de promover la enseñanza y la investigación. Con su espíritu generoso aportó en la



formación de los estudiantes orientándolos científicamente hacia la especialidad y abriéndoles su biblioteca personal para la pesquisa en temas psiquiátricos.

En dos aspectos fundamentales se interesó el Prof. Alvarado, dentro de los temas de la psiquiatría en los últimos años: la educación, la cultura y los tabúes sexuales y la pericia psiquiátrica. Esta última la investigó con profundidad desde sus raíces históricas en Bolivia participando en la fundación de la Sociedad Boliviana de Ciencias Penales.

La psiquiatría boliviana se enriqueció con su aporte en el campo de la psiquiatría forense que se perfilaba como una nueva sub-especialidad en el país. A partir de 1945 incursiona en el ejercicio de la pericia psiquiátrica forense.

LA OBRA DE ALVARADO DESDE SU CONCEPCIÓN SOCIOLÓGICA Y CIENTÍFICA

Además de participar a eventos nacionales e internacionales de psiquiatría e higiene mental como relator, publicó sus trabajos científicos en revistas psiquiátricas de Argentina, Perú, y otros países.

Hemos seleccionados dos trabajos de Alvarado para esta antología que conjuga el espíritu creativo del autor, el primero se trata de la concepción sociológica en su aplicación ideal en la salud mental, y el segundo esta referido a su espíritu investigativo científico con el estudio de casos en que se integran aspectos socioculturales de la psicopatología..

El primer trabajo fue expuesto por el Dr. José María Alvarado el 3 de agosto de 1990 y publicado en la *Memoria de la V Jornadas Nacionales de Psiquiatría* (1-3 de agosto de 1990, pp. 49-55) realizadas en Sucre.

El segundo trabajo, que mereció nuestra atención, fue su artículo publicado en la *Gaceta Boliviana de Neuro-psiquiatría* en el volumen 1 y núm. 2, editada en la ciudad de La Paz, de octubre a diciembre de 1965, pp. 115-125.

Salud mental en Bolivia

JOSÉ MARÍA ALVARADO

I. SALUD MENTAL. AUSENCIA DE CONCEPTUALIZACIÓN

Con el poderoso y decisivo influjo de la OMS/OPS que ha dejado actualizar, lamentablemente, un anacrónico concepto de salud, «como el pleno bienestar físico mental y social», asistimos aún a la vigencia de la noción de Salud Mental, completamente discutible y discutida por lo que nos proponemos enfocarla con el detalle que merece su enorme trascendencia».

Salud Mental, constituye una abstracción y más claramente una vacuidad, es decir una patente oquedad. Es tan abstracta, como la noción de salud, es decir un estado ideal que no se puede patentizar debidamente. Tal abstracción, a su vez, plantea tres problemas que empareja y que urge así mismo señalarlos en rectificación ineludible.

El primero de estos tres se refiere a su unilateralización manifiesta, ya que lo mental, es el resultado o quizá mejor decir, la «síntesis del equilibrio» dinámico, inestable, que se ha adjudicado a la salud. Constituido a su turno por tres confluencias inexcusables en el dinamismo de la salud y/o en el desmedro de la enfermedad. La primera de éstas es el factor estructural, es decir lo anatómico y lo fisiológico de nuestra organización individual. Antes que personas o individuos somos, óvulo fecundado, embrión y feto sucesivamente. La segunda confluencia es el factor psicológico es decir la gravitación del ambiente familiar y del medio constituido por los padres. Y en tercer lugar, la confluencia o dimensión social del individuo factor y resultado de la sociabilidad humana.

La segunda unilateralización de la noción de Salud Mental es su expreso o tácito dualismo, incompatible con el enfoque científico que requieren la ciencia del hombre. El dualismo primitivo (mente-cuerpo, alma o cuerpo y psiquis o soma del criterio psicossomático del dogmatismo psicoanalítico), resucitado por

el dualismo cartesiano (*res extensa* y *res cogitans*), no tiene asidero alguno en el análisis que hacemos, reñido con el monismo psicológico y anatómo-fisiológico que sostiene el rigor epistemológico de cualquier enfoque solvente del asunto. «Salud Mental», sugiere innegablemente de otro lado su contrapunto —que creemos fuera de lugar— de «Salud Orgánica» o «Salud Física» también carente de rigor científico.

El tercer problema de la abstracción de Salud Mental, es su desconocimiento del mayor determinante de esta que es la realidad social. Es decir un reduccionismo que se hace, psicologista o psicologizante, con desmedro inadmisibles de la dimensión social que constituye la vida humana.

Por otra parte, en la jerárquica prelación de Higiene Mental en lugar de Salud Mental, debemos aludir todavía a las raíces griegas de la enseñanza facultativa que arrancan del mito de Esculapio. Hijo este de Apolo y de la ninfa Coronis, cuatro hijos dos mujeres, Hygenia y Panacea. De Hygenia proviene lo que con higiene, llamamos salud. Y Panacea era la deidad de curarlo todo. Por eso hemos repetido muchas veces que debe establecerse la diferencia entre dos vocablos que frecuentemente se confunden: higiene y profilaxis. Higiene es el robustecimiento de la salud, es decir una «PROTECCIÓN DE LO EMINENTE» y profilaxis, la defensa CONTRA LO EMINENTE. Un cordón sanitario, ante una epidemia de una u otra enfermedad, es una medida profiláctica. Medidas higiénicas, en cambio serán el robustecimiento de la salud es decir la promoción de lo eminente, con los factores básicos de su conservación alimento adecuado, aposento salubre y civilizado e indumento de protección contra los rigores climáticos.

II. REVALORIZACIÓN DE HIGIENE MENTAL EN LUGAR DE SALUD MENTAL

Aunque parezca mayor anacronismo del arcaísmo conceptual que hemos apuntado, debemos referirnos al origen del problema de salud o higiene mental. Aludimos con esto a la obra y a la enajenación de Clifford Beers, cuya trayectoria lamentablemente desconoce una inmensa mayoría de psiquiatras y psicoanalistas, como tácita y expresa construcción de lo que debe llamarse HIGIENE MENTAL en lugar de salud mental.

Pues su obra lamentablemente no traducida en su totalidad al español, *A mind that found it-self* («La mente que se encontró a sí-misma»), debía ser, como hemos sostenido muchas veces hace más de tres décadas, el breviario de inicio

de todos los trabajadores que se ocupan del problema que analizamos —psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.— ya que es la expresión más fiel de un enfermo mental que inclusive como un tácito mentis y contradicción a las viejas semiologías psiquiátricas que rotundamente afirmaban la amnesia total del insano, sus recuerdos constituyen una lección y un acicate del mayor valor pedagógico por la mejor formación de aquellos recursos humanos. Solo podríamos mencionar de aquella múltiple serie de sugerencias que brotan de su lectura, la experiencia de Beers, con uno de los funcionarios del hospital que con su habitual y brusca conducta en el trato del insano, llegó a propinarle una bofetada, porque este se mantenía en silencio —en su mutacismo psicótico— a una de las reiteradas requisitorias e interrogaciones que le hacía. Es de traducirse todavía la frase de aquella ofensa que infundió en el ánimo del paciente. «Ni el vitriolo que hubiese chamuscado mis carnes, me hubiese hecho tanto daño como el que me hizo aquella víbora humana, con el veneno que infundió en mi alma».

Aunque la esencia sugerida, por el libro de Beers se refería al mejor trato que debe darse a los enfermos mentales, por los desaciertos que se siguen cometiendo en su cuidado, aún en nuestros días, cerca del siglo en que fue escrito posteriormente, a lo que ahora, con las limitaciones que hemos señalados se denomina como salud mental.

III. LO HECHO EN EL PAÍS, HASTA 1960

Con las sugerencias del libro mencionado de Beers y al retorno de J. Alberto Martínez de su permanencia de estudios de postgrado en Buenos Aires fundamos con él en Sucre, el 19 de agosto de 1945, la Liga Boliviana de Higiene Mental que logró su personería jurídica y una serie de actividades en esta ciudad hasta 1949 año en que nos ausentamos a EE.UU.

Ya en La Paz en la década del 60 se reconstituyó aquella Liga cuando se llevaron a cabo varias actuaciones, esencialmente educativas, en la Escuela de Servicio Social y en la Escuela Nacional de Enfermería.

Tal dinamismo innegablemente objetivo culminó en agosto de 1962 con la llegada del Director General de la Federación Mundial de Salud Mental Dr. François Cloutiers —un ilustre psiquiatra canadiense— durante el Ministerio de Salud Pública del Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla. Con el fausto acontecimiento de tal visita y la inmensa comprensión del Ministro Jáuregui se sus-

cribió un documento titulado «Convenio para la Promoción y Salud Mental en Bolivia».

Lamentablemente, la promisorio posibilidad que se inició con aquel convenio no pudo durar mucho tiempo por la inveterada inestabilidad política y social en el país, aunque continúe el mismo organismo político-partidista en la conducción del poder público como ocurrió aquella ocasión.

No obstante aquella inestabilidad al dejar el Ex-ministro Jáuregui el Ministerio de Salud, la Liga Boliviana continuó desarrollando sus actividades con las múltiples limitaciones que tropezaba dentro del campo educativo para núcleos de formación de recursos humanos bajo la dirección de la Liga que en 1964 asumió el Dr. Ricardo Rakela a inicios de 1964. Poco después otro de los infaltables golpes de estado castrense, desconociendo todo lo positivo que pudo lograrse en este orden, inauguró una serie de intervenciones regresivas con desconocimiento de valores y experiencias logrados anteriormente.

A la fecha conviene una reconsideración y quizá reconsideraciones más reflexivas sobre la Liga de Higiene Mental. ¿Conviene exhumarla y darle nuevos rumbos y mayor vitalidad? ¿Podría jugar el mejor papel de nexo entre el Ministerio de Salud Pública y las acciones que involucran una amplísima actividad multidisciplinaria de Higiene Mental?

En esas consideraciones reflexivas no pude dejar de tomar en cuenta un fenómeno muy actual que constituyen las ONG's, organismos financiados casi en su totalidad por núcleos extranjeros y algunos centros de cooperación internacional cuyas actividades completamente unilaterales y no subordinadas por lo menos en forma de necesario control estatal que se requiere por parte del Ministerio de Salud señalan la necesidad de un análisis imperioso para no duplicar esfuerzos en acciones que requieren la mayor coordinación posible y sobre todo la mayor urgencia del control de los recursos que reciben con clara identificación de su monto, procedencia, así como con auditorias sobre esos subsidios y que son o no empleados en su totalidad en el país.

IV. LO HECHO DESDE 1971 HASTA 1984

Lo concreto que se ha hecho en el país desde la re-creación de la Jefatura o Departamento de Salud Mental en julio de 1981 en el Ministerio de Salud Pública es desde luego el viaje poco productivo de un especialista peruano que fue enviado para elaborar un Plan de Salud Mental, como epílogo de un viaje relámpago que

hizo por algunos distritos del país. La ligereza de este informe titulado «Informe sobre la situación de la Salud Mental en la República de Bolivia» nos recuerda la enorme superficialidad que lanzó en 1950 un turista psiquiatra norteamericano Loscalzo que después de un recorrido aéreo por dos o tres ciudades en el país, publicó un informe sosteniendo que: «Existen islas donde no hay esquizofrenia», señalando como principal isla el territorio boliviano. Tan peregrina ocurrencia nos movió a rectificar aquellas aseveraciones con un remitido a la publicación que difundió tal hecho.

En la misma forma, el «informe» del especialista peruano sin conexión alguna con nuestras organizaciones, elaboró un documento unilateral sin mayor asomo sobre la realidad socio-económica del país, una desventaja estructural que no se puede ignorar en ninguna búsqueda de tal carácter: todo se redujo a número de camas psiquiátricas, centro de asistencia y enfermedades dominantes sin real cuantificación.

En atenuante de algunas afirmaciones del mencionado experto peruano, debemos decir que ni ahora se puede tener estadísticas sanitarias solventes —sin que tal sea imputable a la ineficacia o capacidad de tal ministerio o sus equipos técnicos— por la sencilla razón que hemos insistido muchas veces la falla primaria, en ese orden constituyen más de 70% de historias clínicas de los hospitales (incluido el mal llamado «Hospital de Clínicas» de la Paz), registradas con lamentables omisiones en peso-talla. Un 30% máximo de aquellos documentos tiene la solvencia de sus contactos Jefes de Servicio que no contienen las omisiones o insolvencias de documentación clínica.

Un detalle digno de acentuar de la Jefatura o Departamento de Salud Mental, es su dirección discrecional que no ha mostrado la sagacidad de actuar permanente y cotidianamente de cerca con concejo y autocrítica de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría.

Como la mayor parte de acciones frecuentes en otros países, aún en nuestros días, los reducidos planes de la Jefatura o Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio constituyen una especie de «psiquiatrización» o «psicologización», si se nos permite los términos de las acciones que nos compete que como decimos en el próximo párrafo desbordan los límites de la actividad psiquiátrica clínica por cuanto devienen problema social y económico por excelencia. Nada nos parece más desafortunado en la unilateralidad de aquellas tareas en la distribución multigráfica de una especie de compendio de psiquiatría o

de semiología psiquiátrica que consta en el «Manual de Atención Primaria en Salud Mental para Médicos», con un contenido de 86 páginas.

La misma ineficiencia práctica sin adaptación a las realidades epidemiológicas y socio-económicas del país, encontramos en la adopción de esquemas extranjeros para la delimitación o clasificación de trastornos diversos en lo que no se ha tomado en cuenta

Con el detalle que requiere el problema, las condiciones de alimento, indumento y aposento de los diversos grupos demográficos.

V. LO QUE DEBE HACERSE

A nuestro modesto criterio lo que debe hacerse de partida, es establecer cifras indiscutibles y porcentajes de problemas que emergentemente ocasionan los más graves deterioros de la salud. Pues hasta el momento somos un país sin estadísticas solventes y por eso estamos en punto cero. En consecuencia y revisando una temática de naturaleza social y económica debe organizarse una amplia comisión multidisciplinaria que cuantifique, con fidelidad matemática y estadística, los mayores desmedros que sufre el habitante boliviano como factores de una u otra gravitación en su salud.

Nos limitamos a justificar el primero de tres factores verdaderamente estructurales como son las limitaciones de nutrición, vivienda y vestuario, es así que casi universalmente médicos, sociólogos y especialistas han señalado la gravedad de la desnutrición verdaderamente masiva en el país. Al requerir tal cuantificación, repetimos matemáticamente, no señalamos una novedad ni pretendemos descubrir la pólvora.

Pues aún así los organismos políticos-partidistas han aludido que este señalamiento se debe a un criterio antigubernamental o que se trata solamente de una «campana política» confundiendo lo político con la insolvencia de la politiquería. Al cabo de tal encuesta nacional dirigida por el Ministerio de Salud con el apropiado aporte de la Universidad y los organismos profesionales respectivos sabríamos con certeza el quantum de la desnutrición total que sufre la población boliviana, como causa prima del deterioro de la «salud mental».

Igual debe hacerse con los problemas de vivienda y vestuario sobre todo con las escalas vigentes de sueldos y salarios, especialmente en los sectores populares que apenas tienen para subsistir, un desayuno de sultana y de almuerzo «caldo» o sopa de agua salada.

No podemos dejar de señalar el criterio beligerante y plenamente coincidente: con lo que afirmamos que han emitido los organismos de la iglesia mediante sus voceros respectivos, señalando certera y loablemente la epidemia y el genocidio de la pobreza: subalimentación, salarios de indigencia, viviendas insalubres y ausencia de indumento.

Es necesario adelantarnos en el punto a la crítica que puede hacérsenos al respecto, señalando las limitaciones que anotamos como asuntos políticos en los que nada tiene que hacer el criterio «científico» de la unilateralidad psiquiátrica y facultativa en general. Iguales comisiones multidisciplinarias debe hacerse para cuantificar, sin lugar a vaguedades ni subjetividades, el problema del alcoholismo de tal superlativa importancia en la salud.

VI. SELECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

No podemos dejar de concluir este sintético relato sin referencia alguna al clima de corrupción generalizada como cosa o flagelo archisabido como es la corrupción funcionaria, como desaliento intolerable para la salud en general de la población boliviana y sobre todo para los más desamparados. Este hecho aunque tenga naturaleza político-partidista debe ser señalado por la agresiva injusticia social que comporta como las doce tablas de añejo Derecho Romano, hasta el momento siguen impunes procesos que desmoralizan a la Nación como delitos oficiales que en el pasado reciente han escandalizado como la venta de pasaportes chinos, el juicio de responsabilidades a ex-gobernantes, etc., saporíferamente dilatados.

Consecuentemente con aquellos hechos debe acentuarse las necesidades de una rigurosa selección de recursos humanos para las campañas contra la drogadicción y el narcotráfico, pues se ha sindicado de manejos indecorosos a psiquiatras y psicólogos en actos de inmoralidad profesional y funcionaria sin que se hayan seguido los procesos de esclarecimientos respectivos, conocemos el caso de psicólogos que por remate gozan de apoyo y encubrimientos de actos verdaderamente delictivos, que debe esclarecerse enérgicamente, pese al apoyo que parecen contar de autoridades nacionales o internacionales.

Contribución al estudio de la enuresis. Referencias de su tratamiento nativo

JOSÉ MARÍA ALVARADO

INTRODUCCIÓN

La enuresis —micción involuntaria, diurna y nocturna— es un trastorno prevalente en diversas etapas de la infancia y la puericia y a veces de la adolescencia. Su etiología ha sido considerada oscura durante mucho tiempo, como Guyón [1], sostenía en su época y que sin embargo insinuaba la influencia de causas «nerviosas» al subrayar el uso vigente de la belladona en su tratamiento, preconizado entonces por Trousseau.

Por ese desconocimiento de su motivación recibió, como muchos síndromes clínicos, la denominación de esencial, que entre otros le daba Hutinel [2] el pasado siglo. Para ese autor, por ejemplo, la patogenia enurésica podía vincularse, en hipótesis explicativa a hiperexcitabilidad de las fibras vesicales asociadas a la abolición del reflejo esfinteriano, a la anestesia esfinteriana, a la atonía del esfínter preconizado por Guyón y a las manifestaciones de hipotiroidismo, según Hertoghe». Le Fur y Siredey, asimismo a inicios de este siglo también insistían en la «incontinencia nocturna o esencial», citando la posible acción de factores orgánicos: «modificación patológica de la orina (uratos, oxalatos, ácido úrico, etc.), hipertrofia amigdalina y vegetaciones adenoides, lesiones renales, hiperexcitabilidad vesical, etc., etc.» [3].

Hace poco más de 20 años que Vijnovsky [4], en un valioso trabajo sobre el sueño infantil, todavía se refería, entre otros, a la injustificación de ese término —esencial— como expresión disfrazada de las limitaciones del conocimiento médico de antaño y ogaño.

De las dos formas comunes de enuresis, la diurna y la nocturna, ésta última es con mucho la más frecuente. Así Tramer [5], citando una investigación ruma-

na de Weigl, señala que éste autor entre 215 niños enurésicos encontró una distribución de 83,5% de enuresis nocturna y de 3% de enuresis diurna. El mismo profesor suizo, se refiere a la necesidad que «desde un punto de vista biológico», es pertinente diferenciar la enuresis normal, es decir la incontinencia universal y fisiológica de los primeros años de vida, igual que la encopresis fisiológica o primaria, según Tramer, para diferenciar de la encopresis secundaria o patológica, con la que puede coexistir en un mismo niño, como anota este mismo autor y ratifican 2 de nuestras 7 observaciones. Además «conviene diferenciar —cual lo hacen Gareiso y Escardó en un párrafo oportuno para el punto —con claridad la «enuresis», falta de control esfinteriano sin causa orgánica eficiente, de la «incontinencia», falta de control por razones orgánicas demostrables». [6]

La enuresis «parece ser más prevalente en varones que en niñas», según Henderson y Gillespie [7], De la Fuente Muñoz, quién sostiene además, como Michaux [9], que es rara después de los 15 o 16 años. En las 7 observaciones que motivan esta comunicación, 6 son varones y 1 nena. La edad de todos ellos oscila de 3 a 16 años.

La Fuente Muñoz, que con razones que compartimos, añade que «se han señalado su relación con la espina bífida oculta, pero no en forma convincente», igual que Henderson y Gillespie, ya citados, concluyendo que «lo habitual es la ausencia de anomalías urinarias locales». Respecto a la espina bífida todavía que se consideraba un factor de este trastorno, Gareiso y Escardó (ob. Cit.) son más concluyentes al subrayar que «es el resultado de una inferencia ilegítima y una falsa vía en el diagnóstico de la enuresis». No obstante de todo lo que se acaba de referir, todavía existe la insistencia de opiniones que sustentan la influencia de la espina bífida en el trastorno que nos ocupa. Lamentablemente, que sepamos por lo menos, tales puntos de vista carecen de una casuística convincente y una base documental sobre el éxito de la intervención quirúrgica de la espina bífida.

El trastorno es rarísimo en los adultos, como acentúa Ey [10], refiriéndose seguramente a la situación normal y corriente de la vida civil. Pues W. C. Menninger en «Psychiatry in a troubled world» [11], refiere que la experiencia militar (en la Segunda Guerra Mundial) reveló una sorprendente alta incidencia de enurésicos. Entre 230.770 enfermos admitidos a todos los hospitales militares americanos, en 1943, según sus referencias un 4% eran enurésicos, y en ese mismo año, a pesar del riguroso control médico anterior a su movilización se encontró todavía un 1,1% de los mismos enfermos. Creemos para el caso, que

es obvio subrayar las condiciones altamente traumáticas y, diríamos, patogénicas de un reclutamiento para una confrontación armada tan chocante —la más cruenta y gigantesca de la historia universal hasta la fecha— como ha sido la última hecatombe, en explicación coherente de aquélla incidencia en los adultos, mucho más si no se conoce —a lo que tampoco alude Menninger en su referido trabajo— una investigación del trastorno que nos ocupa, en época de paz y en colectividades alejadas de los traumatismos bélicos.

Aunque se han señalado muchos factores rigurosamente orgánicos en el origen del trastorno enurésico. Trousseau es de los primeros en haberse referido a sus motivaciones psíquicas. Cita en efecto, el caso de una joven de 19 años que orinaba en la cama desde los 8, por un temor violento, según referencia de sus padres. Fuera de esta enferma, el famoso investigador francés, y subrayando aquellos factores en una de sus clínicas del Hotel Dieu, señala un grupo de niños que mojan la cama por pereza y en esta categoría, incluye a los que califica «cobardes por naturaleza», que tienen miedo a las tinieblas y no atreviéndose a salir de la cama o a llamar a las personas que pudieran favorecerles, prefieren ensuciar la cama a violentarse. [12]

Henderson y Gillespie y Michaux, ya citados, Noyes [13], Spoerri [14], Hellpach [15], Weiss-English [16] y otros, señalan especialmente las experiencias traumáticas y problemas emocionales de la infancia, en relación, como subraya Hellpach, o los absorbentes cuidados y solicitudes paternas que se prodiga a niños menores, con lamentable desmedro de los que hasta el advenimiento del último vástago de la familia, monopolizaban las preferencias y preocupaciones de sus padres. Este hecho que generalmente y como ejemplo de unilateralidad catatímica niegan los padres sistemáticamente, hemos podido comprobar al examen y control del dibujo de la familia, como referimos en algunas de nuestras observaciones clínicas posteriores.

La insistencia en aquellas observaciones de tales tipos de traumatismo emocional, ha conducido a la desafortunada denominación de «complejos», sucesivamente designado

En Psiquiatría Infantil, por W. Stern como Complejo de Essau-Jacob o de complejo del mayor y del menor, de Tramer, en la mención que hace éste último, en su obra ya citada.

Sin unilateralizar los llamados factores psicógenos, es necesario recalcar la causalidad plural de la enuresis y en todo caso, como subraya Nelson [17], no puede ni debe hacerse el diagnóstico por disturbio emocional, excluyendo las

causas somáticas, ya que ambas condiciones no se excluyen. Además este autor, entre los traumatismos emocionales, como causa suficiente, eficiente o coadyuvante de enuresis, señala con sobradísima razón, las relaciones insalubres y beligerantes de los padres que a veces —como en uno de nuestros casos— por su materialidad desmesurada e incivilizada, constituyen motivo de tortura infantil. Por eso, no será superfluo insistir en la orientación diagnóstica omnilateral, como señala correctamente el trabajo de Weber [18], sobre este trastorno, quien menciona además, muchos factores deletéreos de la educación, como el temor a los castigos corporales violentos, el miedo a los fantasmas o a la oscuridad, por cuyos hechos se suscita el terror al ruido de mayor a menor intensidad que necesariamente debe provocar la micción normal. No obstante de ello, disentimos de Weber cuando incluye el onanismo en relación al trastorno enurético por referirse seguramente a la masturbación —fenómeno completamente distinto y que, como error generalizado, en algunas autoridades psiquiátricas, se los considera como términos sinónimos— cuya realidad tuvimos oportunidad de examinar en su doble aspecto histórico y de ejecución y motivaciones totalmente diferentes en un trabajo publicado hace años atrás [19] y cuya referencia pormenorizada desborda el objetivo concreto de esta comunicación.

Hace mucho tiempo, como enfatizó Pascual del Roncal [20], se ha atribuido la enuresis a equivalentes comiciales, cuyo diagnóstico electro-clínico actualmente —como ha ocurrido en una de nuestras 7 observaciones— nos facilita la exclusión oportuna de esta posibilidad nosológica.

Finalmente, no debemos dejar de mencionar el criterio psicoanalítico sobre la enuresis que con feble rigor científico sólo hace un señalamiento etiológico —cual se desprende por ejemplo, de las consideraciones de Pearson [21] y Fenichel— carente de explicación fisiológicamente patogénica. En demostración de su dogmatismo y desmesurados presupuestos a nuestro juicio, preferimos transcribir algunos párrafos que el último de estos dos autores, exponen al respecto en «The Psychoanalytic Theory of Neurosis» [22]: «La enuresis infantil es una descarga sexual. La excreción urinaria desempeña originariamente el papel de una actividad auto erótica que proporciona al niño una satisfacción erótico-uretral (y cutánea). Los pacientes en análisis reviven a veces el recuerdo de estas sensaciones auto eróticas, en los casos de eyaculación precoz, por ejemplo, donde se puede ver una equiparación inconsciente de semen y orina... En el momento culminante de la formación del complejo de Edipo, la enuresis, es ante todo y sobretodo un instrumento de descarga de los impulsos edípicos.

Es interesante observar que la enuresis es muy a menudo, expresión de fantasías sexuales propias del sexo opuesto. Las niñas en quienes el erotismo uretral es bien notorio se hallan casi siempre dominadas por una intensa envidia del pene. Su síntoma expresa el deseo de orinar como un varón. En los varones la incontinencia tiene habitualmente el significado de un rasgo femenino. Estos niños esperan obtener formas femeninas de placer «orinando pasivamente», etc.

Por la variedad de causas invocadas en el origen de la enuresis, actualmente ya es incuestionable su carácter de síndrome. Ello ha conducido seguramente al uso difundido de la imipramina que, de paso, señalan Silberstein y Blackman [23], que no hemos tenido necesidad de prescribir, por la respuesta favorable a nuestra orientación diagnóstica, constantemente diferente en la casuística que contiene esta comunicación. Por ese mismo motivo, no hemos tenido necesidad ni oportunidad de recurrir al Método de Krasnogorsky preconiza en el «cerebro infantil» [24].

ALGUNAS REFERENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO NATIVO

En diversas zonas del país, con ligeras modificaciones, se lleva a cabo un tratamiento que implica seguramente, por los resultados favorables que se informa, un poderoso factor sugestivo, en la ejecución de tales modalidades terapéuticas. Una de las más frecuentes, es la que refiere en términos breves y concisos, Rigoberto Paredes, en «Mitos supersticiones y supervivencias populares en Bolivia», —una de las obras más completas sobre nuestro folklore— es el siguiente párrafo: «Al niño que acostumbra orinarse en cama, en las noches, debe hacerse mear en brazas o sobre un pedazo de adobe caliente y que el vapor que se desprende, llegue a sus partes genitales y queda curado» [25]. En el sur del país, se acostumbra sentar a los niños enuréticos sobre ladrillos o adobes también calientes. A veces el calentamiento es tan extremos y a tal grado, que llega a producir quemaduras que añaden al niño enfermo un trastorno mayor que el que se pretendía curar, por las cicatrices externas y retractiles que deja como secuela, en las regiones glúteas y perineal, tan original y torpe procedimiento terapéutico. En los núcleos aymaras del Altiplano, se suele tratar el mismo trastorno, con aplicaciones de tales ladrillos o adobes calientes, envuelto en paños húmedos sobre el hipocondrio.

NUESTRA PEQUEÑA CASUISTICA

A continuación, presentamos en forma abreviada, los protocolos de las pocas observaciones, que hemos podido acumular en la consulta privada. Tan pequeña cantidad, no pretende insinuar siquiera, la poca incidencia del síndrome en nuestro medio, que por el contrario es elevado, según las múltiples y coincidentes informaciones que tenemos. Desgraciadamente no conocemos ningún trabajo sistemático sobre el tema en el país. Tal ausencia, entre otras razones, nos ha inducido a señalar algunos factores de causalidad entre nosotros, hecho que en último análisis justifica esta contribución. Su reducida cantidad, repetimos, puede explicarse en razón de que la mayor parte de los enfermos de este síndrome son derivados seguramente a la atención pediátrica. Los pocos que hemos documentado, a su vez, son probablemente también, los pocos que no han encontrado modificación favorable en la consulta de medicina infantil.

Obs. 1. F.J.S. 9 años; escolar. Motivo de la consulta: conducta caracterizada por absoluto descuido y abandono de sus tareas escolares. Agresivo y hasta brutal con su hermano menor, a quien le pega cada día sin que puedan evitar tales agresiones ni los torpes castigos que le da su madre según información de esta. Además: enuresis y encopresis diurnas.

Son cinco hermanos: 1° el paciente. 2° J.L. 5 años; escolar; sano. 3° M.L. de cerca de 3 años sano y 4° y 5°: dos gemelos; lactantes; sanos.

Desarrollo psicomotor hasta el inicio del estado actual, normal. Logró control esfinteriano, hasta hace dos años más o menos, es decir hasta los 7. Status escolar: sin detalle de mención hasta el 2° curso de la escuela. Lleva el 4° curso de primaria. Los dos últimos años, como se indica al comienzo del motivo de la consulta.

Pasado patológico: ninguno de mención fuera de gripes pasajeras y benignas. El examen de dibujo familiar, revela la colocación del hermano menor, motivo de sus diferencias, distante del centro de la familia, ubicándose él cerca de su madre. Esta, posteriormente y a la pregunta sugerida por el dibujo, sobre cual de los padres es el que sobreprotege al hermano menor, contesta confirmando tal posibilidad de su parte. Es decir que ella es quien demuestra sus preferencias por su hijo menor.

Diagnóstico: Enuresis y encopresis diurnas, e conducta de rivalidad fraternal.

El tratamiento posterior (psicoterapia de tipo indirecto, con la madre) modifica el cuadro anterior, en justificación del juicio emitido anteriormente.

Obs. 2. A.U.V 7 años; escolar. Motivo de la consulta. Lo trae su madre alarmada de que el niño sufre de enuresis y encopresis diurnas. No presente ninguna otra referencia del estado actual. Son 4 hermanos: 1° el enfermo. 2° J. de 6 años; sano. 3° J.J. de 5 años, sano y 4° J.L. de 2 años, igualmente sano.

Desarrollo Psicomotor: Normal hasta el comienzo del estado actual. Hace 3 años sufrió trepanación craneana que se le practicó, según referencia de la madre, por TEC infectado. En la familia existe una insalubre y beligerante relación paterno-materna. El padre es excesivamente bebedor y celoso, según la madre del niño, y por estas condiciones que ya no puede tolerar, ha decidido iniciar el divorcio al que no accede en forma alguna el padre. Por eso existen constantes diferencias y malos tratos de palabras entre los padres, en presencia de los niños. La madre con rotundidad que pocas veces se constata, afirma la preferencia de ella y de su esposo «por los menores, especialmente por el más pequeñito, por ser el más chico».

El tratamiento que consideramos de elección en este caso (psicoterapia) se realiza con los dos padres, por separado, en vista de la situación litigiosa que ha que han iniciado posteriormente.

La modificación total del cuadro clínico justifica el mismo diagnóstico que el del caso anterior. Enuresis y encopresis diurnas, por rivalidad fraternal.

El padre del niño, como una valiosa confirmación catamnésica, concurre por otros motivos a la consulta 5 años después de la referida psicoterapia, ratificando la eficacia que ella tuvo.

Obs. 3. F.S.A. 16 años estudiante de 4° curso de secundaria. Motivo de consulta: Enuresis nocturna desde hace cerca de 5 años. Ha consultado diferentes profesionales que le han prescrito drogas (especialmente sedantes y neurolépticos) que no le han beneficiado en forma alguna. Son 4 hermanos: 1° O., 21 años, estudiante universitario; soltero; sano. 3° el paciente. 4° M., 13 años; estudiante de secundaria; sana.

El interrogatorio, no revela ningún conflicto emocional por diferencias fraternales. Descartamos las posibilidades psicológicas con la radiografía respectiva se excluye asimismo la espina bífida oculta. El examen más cuidadoso demuestra un cuadro carencial caracterizado por manifiesta delgadez del paciente; hipotonía general; implantación defectuosa de piezas dentales, con inicios de caries en varias de ellas y mucosas gingival es prominentes, escorbúticas y rojo violáceas. Por tales hechos y sopesándose los factores orgánicos, se instituye una medicación de shock vitamínico, especialmente de complejo B, con

750 mg. de piridoxina y 500 mg. clorh. Tiamina. A los 30 días una visita de la madre informa con manifiesta complacencia la mejoría sustancial del paciente, con solamente dos noches de micción en la cama. Continuando la medicación por 60 días refiere que ha mojado dos veces en los restantes 30 días. Un control reciente, informa suspensión total de la enuresis.

Obs. 4. N.Z.G. de 3 años de edad: Motivo de consulta: según la madre no habla y permanece en actitud estática casi todo el tiempo. Atribuyen sus familiares ese mutismo a «un golpe que ha recibido hace poco tiempo». Añade a lo dicho, como motivo de mayor preocupación de la familia, una enuresis nocturna, que como todo el referido cortejo sintomático se ha presentado hace unos 4 meses.

Son 4 hermanos: 1° C. de 7 años, sano, escolar. 2° Z., 5 años; sana. 3° la enferma y 4° una nena de 4 meses.

En las primeras informaciones de la madre se evidencia que la enferma ha sido desplazada del monopolio afectivo que concitó de sus padres y hermanos. Actualmente la «nena por ser la más pequeñita es el centro de atención de la familia —añade la madre de la enferma— y a la pobre ya nadie le hace caso». Hasta antes del nacimiento de la hermana menor, evidentemente, la enferma era excesivamente mimada de sus padres y hermanos, especialmente de los dos varones.

La psicoterapia del caso (indirecta, sobre los padres) ha logrado una modificación sustancial en un lapso de 30 días más o menos, sin ninguna otra indicación terapéutica, con supresión total del síndrome enurético.

Obs. 5. A.R.F. 12 años. Motivo de la consulta: enuresis desde hace unos 6 a 7 años. El niño es hijo natural de padre viudo, con tres hijas adultas de su primer matrimonio. La madre del paciente, de 34 años, se ha separado del padre por su edad avanzada (setenta y siete años). Esta separación ha tenido lugar hace unos 6 o 7 años, lapso desde el cual la madre del niño, convive con otro amante, con quien ha tenido además otro hijo actualmente de 4 años. El padre del paciente informa que desde su separación, la madre ha llevado una vida licenciosa, con constantes y violentos castigos materiales al enfermo que justamente desde sus 6 a 7 años, trataba de controlar las relaciones sentimentales de aquella llegando al extremo de hacerse castigar por tal conducta, con el amante en innumerables ocasiones y en forma verdaderamente brutal.

Aconsejaba de mantenerse alejada, el tiempo necesario de prueba y de exclusión de este factor en la causalidad del estado actual, la madre permanece

60 días lejos de la empresa ubicada en el interior del país donde trabajan el padre del niño y su amante. Esta respuesta concluyente, a la diferente situación ambiental del niño, como tácito enfoque terapéutico, ratifica el diagnóstico de enuresis por condicionamiento afectivo traumático, de resistencia al amante de su madre.

En el caso, sospecha de espina bífida oculta sugerida por otros profesionales, ante la longevidad del síndrome, fue descartada con la radiografía negativa.

Obs. 6. L.G.K. 4 años y medio de edad. Según sus padres, sufre de enuresis nocturna, desde hace 2 años más o menos.

Son dos hermanos: 1° el paciente y 2° una nena de 2 años y 4 meses. Por el interrogatorio se excluyen algunos factores psíquicos por co-vivencia equilibrada y altamente solidaria entre los padres por ejemplo. Sin embargo, la madre en otras referencias anota «que no obstante la edad de la nena (hermana menor del paciente) pelea mucho con ella y ha observado que desde el nacimiento de ésta (siendo el único hijo de la pareja hasta entonces) el niño se ha tornado porfiado, excesivamente desobediente y muy travieso.

Por la claridad de los antecedentes, una psicoterapia indirecta sobre los padres del paciente ha dado lugar a una parcial pero visible modificación del síndrome. Esta observación, sin embargo, no ha podido ser lo necesariamente continuada por la inconcurrencia posterior del niño a la consulta.

Obs. 7. L.B.S. 12 años de edad. Motivo de la consulta: hace un año, con motivo de unas carreras de automóviles que tuvieron lugar en la ciudad, sufrió un susto que alarmó a toda la familia, presentando una reacción febril acentuada la misma noche del suceso. A los 8 o 10 días y sin ninguna otra manifestación posterior al susto se le presentaron crisis convulsivas que los padres describen como accesos comiciales: convulsiones tónico-clónicas; mordedura de la lengua, contracciones, etc. Paralelamente al inicio de las referidas crisis el paciente presenta enuresis nocturna continuada hasta la fecha de la consulta. Es decir, 6 meses más o menos de evolución del estado actual.

Son 3 hermanos: 1° el paciente. 2ª una nena de 8 años y 3ª una nena de 6. No se encuentra problemas psicológicos de rivalidad fraternal ni de co-vivencia anormal entre los padres. En vista de la persistencia actual un EEG solicitado establece disritmia y carácter francamente irregular del examen con diagnóstico de «Trazado anormal. Epilepsia».

RESUMEN

Esta comunicación comienza con una actualización del síndrome enurésico. Después se expone algunas medidas terapéuticas nativas. Estas consisten en tres modalidades: Según la primera, el niño enurésico debe orinar sobre brazas de fuego, ladrillos o adobes calientes, cuyo vapor llegado a los órganos genitales, se considera curativo. En la segunda se hace sentar a los niños enfermos sobre los mismos ladrillos o adobes calientes, cuya alta temperatura produce a veces extensas quemaduras y cicatrices retractiles en las regiones glúteas y perineal. Según la tercera modalidad, se aplican los mismos ladrillos calientes, envueltos en paños, a la región del hipocondrio.

El autor presenta luego, luego, 7 observaciones clínicas que corresponden: 2 a casos mixtos de enuresis y encopresis diurnas y 5 a enuresis nocturnas. Por la respuesta favorable al tratamiento de cada caso, no se ha recurrido a otras medidas terapéuticas como el uso de imipramina y el método de Krasnogorsky. Por aquello mismo y los antecedentes claros de cada observación, se establece que entre los casos presentados: 1 (enuresis nocturna) es procedente de mal comicial; 1 de síndrome carencial y 5 de problemas emocionales en el medio familiar. De estos, 4 corresponden a rivalidad fraternal y 1 a diferencias paternas y presencia de un padrastro agresivo.

REFERENCIAS

- [1] Guyon, J.C.F. (1903) *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. París. J.B. Baillière et fils.
- [2] Hutinel, V. (1909). *Les maladies des enfants*. París. Asselin et Houzeau. Vol. III.
- [3] Le Fur R. y Siredey, A. (1909). *Maladies des organes genito-urinaires*. París. J. B. Baillière et fils.
- [4] Vijnovsky, B. (1944) *El sueño normal y patológico en el niño*. Buenos Aires, El Ateneo.
- [5] Tramer, M. (1946). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Madrid, Morata.
- [6] Gareiso, A. y Escardó, F. (1956). *Neuropediatría*. Buenos Aires, El Ateneo.
- [7] Henderson y Guillespie (1950). *A textbook of Psychiatry*. London. Oxford University Press.
- [8] De la Fuente Muñoz, R. (1959). *Psicología médica*. México, Fondo de Cultura Económica.
- [9] Michaux, L. (1957). *Psiquiatría infantil*. Barcelona. Luis Miracle, Editor.
- [10] Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH. (1980). *Manuel de Psychiatrie*. París. Masson.

- [11] Menninger, W.C. (1948). *Psychiatry in a troubled world*. New York. Macmillan.
- [12] Trousseau, A (1878). *Clínica Médica del Hotel Dieu*. Madrid. Imp. Alvarez.
- [13] Noyes, A.P. (1949). *Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia-London. W.B. Saunders.
- [14] Sporerri, T. (1965). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona. Ediciones Toray.
- [15] Hellpach, W. (1952). *Psicología Clínica*. Madrid Morata.
- [16] Weiss And English. (1943). *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia. W. B. Saunders.
- [17] Nelson, W. E. (1959). *Textbook of Pediatrics*. Philadelphia-London. W. B.Saunders.
- [18] Weber, A. (1959). *M Reichard Psiquiatría General y Especial*. Madrid. Ed. Gredos.
- [19] Alvarado, J. M. (1940). *Antinomia de masturbación y onanismo*. Cultura. Bs.As. 3.35.
- [20] Del Roncal, F. P. (1940). *Manual de Neuro-psiquiatría Infantil*. México. Fondo de Cultura Económica.
- [21] Pearson, G.H. J. (1953). *Trastornos emocionales de los niños*. Buenos Aires. Ed. B.
- [22] Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic theory of neurosis*. New York. W. w. Norton.
- [23] Silverstein, R.M. Blackman, S. (1965). *Differential diagnosis and Treatment of enuresis*. Am. J. Psychiat., 121: 1204-1206.
- [24] Krasnogorsky, N.I, (1953) *El cerebro infantil*. Buenos Aires. Editorial Psique.
- [25] Paredes, R. M. (1963). *Mitos, supersticiones y supervivencias populares de Bolivia*. La Paz, Ediciones Isla.

BRASIL

Raimundo Nina-Rodrigues (1862-1906)

ANA MARIA GALDINI RAIMUNDO ODA
PAULO DALGALARRONDO

RAIMUNDO NINA-RODRIGUES E AS LOUCURAS EPIDÊMICAS NO BRASIL

O médico maranhense Raimundo Nina-Rodrigues (1862-1906) tem seu nome associado à constituição de três campos do saber, no Brasil: a Antropologia, a Medicina Legal e a Psiquiatria¹. Estudou nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, tendo se graduado nesta última em 1887, apresentando a tese *Das amiotrofias de origem periférica*. Foi professor da Faculdade de Medicina da Bahia, desde 1889 até sua precoce morte, sendo titular de Medicina Legal a partir de 1895. Entre outras atividades, fez parte da redação da *Gazeta Medica da Bahia*, uma das mais importantes publicações médicas do país, e foi co-fundador da Sociedade de Medicina Legal da Bahia, com Juliano Moreira; foi também membro de sociedades científicas internacionais, tais como a *Medico Legal Society* de Nova Iorque e a *Société Médico-Psychologique* de Paris.

Embora considerado um mestre por seus contemporâneos, somente cerca de 30 anos após a



Raimundo Nina-Rodrigues (1862-1906). Retrato na antiga Faculdade de Medicina da Bahia.

¹ Nesta apresentação, tomamos principalmente como base a tese de doutorado da primeira autora, *Alienação mental e raça: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina-Rodrigues* (Universidade Estadual de Campinas, 2003), orientada pelo professor Paulo Dalgallarrondo. A investigação foi custeada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, de 1999 a 2003. Desde o ano de 2000, temos republicado artigos de Nina-Rodrigues, de Juliano Moreira e de outros importantes autores brasileiros, com textos introdutórios, nas seções Clássicos da Psicopatologia e História da Psiquiatria da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, cuja coleção completa está disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org>

sua morte ele seria «redescoberto», suas obras republicadas e seu nome associado a uma Escola de pensamento. Então, Arthur Ramos e Afrânio Peixoto — seguidos por outros médicos com interesse em Psiquiatria, Medicina Legal e



Antiga Faculdade de Medicina da Bahia (século XIX).

Antropologia — se declararam seus discípulos e continuadores de sua obra. Como observou a antropóloga Mariza Corrêa², estudiosa de Nina-Rodrigues, estes autodenominados discípulos buscaram reforçar a sua figura como espécie de «mito de origem» de uma Escola Baiana de Medicina. Entretanto, a análise detalhada das obras destes últimos autores mostra mais pontos de rupturas que de continuidades com o referido mestre fundador. Sem embargo, esta constatação não empana o mérito e a originalidade dos trabalhos destes dois intelectuais brasileiros, Ramos e Peixoto, e tampouco diminui a relevância dos trabalhos de Nina-Rodrigues.

Partindo de premissas racialistas, crendo que haveria reações psicopatológicas diferentes conforme a raça dos indivíduos (brancos, negros, indígenas e seus mestiços), ele se propôs a estudar essas diferenças, de acordo com os parâmetros científicos do chamado evolucionismo social (de Herbert Spencer), da teoria da degenerescência (na vertente sintetizada por Valentin Magnan) e das denominadas correntes francesa e italiana da Criminologia (com apropriações críticas de Alexandre Lacassagne e de Cesare Lombroso, entre outros). Em síntese, ele trabalhava com as seguintes noções: as características adquiridas eram transmitidas aos descendentes; o cruzamento de raças muito diferentes implicava sempre em degeneração física e mental dos descendentes, e essa degeneração poderia se acentuar por influências externas, ambientais; entre os degenerados, os instintos e comportamentos agressivos primitivos poderiam ressurgir, de acordo com certas condições sociais; e os mestiços eram produtos híbridos e instáveis, tanto fisicamente quanto em suas manifestações intelectuais e culturais, e mais predispostos a certos tipos de enfermidade mental. Com estas premissas, buscou estudar empiricamente as supostas relações entre raça e psicopatologia, raça e crime, e degenerescência e crime; e teorizar sobre a Psicologia das Massas.

Partindo de premissas racialistas, crendo que haveria reações psicopatológicas diferentes conforme a raça dos indivíduos (brancos, negros, indígenas e seus mestiços), ele se propôs a estudar essas diferenças, de acordo com os parâmetros científicos do chamado evolucionismo social (de Herbert Spencer), da teoria da degenerescência (na vertente sintetizada por Valentin Magnan) e das denominadas correntes francesa e italiana da Criminologia (com apropriações críticas de Alexandre Lacassagne e de Cesare Lombroso, entre outros). Em síntese, ele trabalhava com as seguintes noções: as características adquiridas eram transmitidas aos descendentes; o cruzamento de raças muito diferentes implicava sempre em degeneração física e mental dos descendentes, e essa degeneração poderia se acentuar por influências externas, ambientais; entre os degenerados, os instintos e comportamentos agressivos primitivos poderiam ressurgir, de acordo com certas condições sociais; e os mestiços eram produtos híbridos e instáveis, tanto fisicamente quanto em suas manifestações intelectuais e culturais, e mais predispostos a certos tipos de enfermidade mental. Com estas premissas, buscou estudar empiricamente as supostas relações entre raça e psicopatologia, raça e crime, e degenerescência e crime; e teorizar sobre a Psicologia das Massas.

² Corrêa, Mariza. *As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: EDUSE, 1998.

No conjunto da obra múltipla de Nina-Rodrigues³, destacam-se os seguintes objetos: doenças endêmicas (como a lepra e o beribéri), a Saúde Pública, a etnografia dos negros baianos, as «loucuras epidêmicas», os estudos antropológicos (feitos em seu Laboratório de Medicina Legal) e ainda detalhados estudos psicopatológicos, com ênfase na psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros. O fio condutor destas variadas investigações foi a busca de definição das especificidades nacionais; tal preocupação, explícita em seus textos, corresponde a um movimento intelectual brasileiro mais amplo, nas últimas décadas do século dezenove e inícios do vinte, relativo à constituição do Brasil como nação moderna (recordando, a República foi proclamada em 1889).

Os dois ensaios de Nina-Rodrigues publicados nesta Antologia: 'A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil' (1890) e 'A loucura epidêmica de Canudos: Antonio Conselheiro e os jagunços' (1897) situam-se no campo de estudos da Psicologia das Massas ou das Multidões, em que o autor dialoga com interlocutores do Brasil e da Europa, estabelecendo um debate com fundadores deste campo, tais como Scipio Sighele e Gustave Le Bon. Sua principal crítica a estes autores era não terem dado, em sua opinião, o devido valor à influência que a loucura teria no funcionamento das multidões. Por isso, procura demonstrar esta influência em seus estudos de casos nacionais, baseando-se inicialmente nos trabalhos de Charcot sobre a natureza histérica das manifestações coletivas de loucura (em 'A abasia coreiforme') e depois naqueles sobre a loucura a dois e o contágio mental de Lasègue e Falret (em 'A loucura epidêmica de Canudos').

O genuíno espírito investigativo de Raimundo Nina-Rodrigues o levava a dialogar constantemente com seus colegas brasileiros e europeus, em publicações nacionais e em periódicos europeus (como os *Archives d'Anthropologie Criminelle* e os *Annales Médico-Psychologiques*). Neste sentido, podemos dizer que ele procurou fazer uma Psiquiatria ao mesmo tempo universal e brasileira, que tivesse em conta certo caráter nacional ou (literal e metaforicamente) as muitas cores do Brasil.



Detalhe de estátua em sua homenagem, no prédio da antiga Faculdade de Medicina da Bahia.

³ Existem edições recentes de alguns de seus livros, como: *Os africanos no Brasil* (8ª ed. Brasília: Ed. UNB, 2004); *As coletividades anormais* (Brasília: Senado Federal, 2004); *O animismo fetichista dos negros baianos* (Ed. fac-símile dos artigos publicados na *Revista Brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2006).

A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil¹

RAIMUNDO NINA-RODRIGUES

I. HISTÓRIA

Se dúvidas ainda podem subsistir hoje sobre a natureza das afecções coreomaniacas e convulsionárias que assolaram a Europa para a Idade Média, compreendendo como que em um só e mesmo convulsionar gigantesco países inteiros e vastas regiões, não há atualmente a menor discrepância entre os autores em considerar de todo ponto aplicável às manifestações nervosas epidêmicas dos tempos modernos a interpretação proposta pelo professor Charcot e entrevista nos quadros e documentos, frutos que daquelas épocas chegaram até os nossos dias.

É a histeria que, operando em um meio favoravelmente predisposto, se irradia e espraia com o auxílio eficaz da imitação em torno de um foco acidental em que muitas circunstâncias inteiramente fortuitas congregaram e reuniram alguns casos isolados de uma qualquer das manifestações mais insólitas da grande nevrose. Para este destino estão admiravelmente aparelhadas as manifestações monossintomáticas.

Estes fatos e deduções que a escola da Salpêtrière tornou de conhecimento vulgar, tão verdadeiros, das pequenas epidemias circunscritas, quais as observadas por Davy em 1880 nos Estados Unidos e por Bougal em 1882 em Ardeche, como das epidemias coreiformes de proporções maiores, a do Brasil por exem-

¹ Originalmente, esta foi uma comunicação apresentada ao III Congresso Médico Brasileiro (Salvador, Bahia, outubro de 1890); em seguida, foi publicada na revista *Brasil Médico* (novembro de 1890). Aqui transcrevemos o texto que integra a coletânea *As coletividades anormais*, edição póstuma de vários escritos de Nina-Rodrigues, organizada e prefaciada por Artur Ramos (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939, p. 23-49). O ensaio foi republicado também na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (vol. 6, n. 4, p. 145-156, 2003). Na presente edição, a ortografia foi atualizada. Revisão da transcrição e notas de Ana Maria G. R. Oda. (Nota da revisora).

plo que, posto em esboço de linhas mal seguras, bem podia rememorar pela sua extensão as coreomanias dos tempos idos.

A história da epidemia coreiforme do Brasil, que do lugar por onde se iniciou nesta cidade, recebeu na Bahia o nome de «moléstia de Itapagipe», acha-se ainda hoje reduzida ao capítulo que dela escreveu a comissão médica, nomeada em 1883 pela Câmara Municipal para estudá-la aqui.

Entretanto muito mais dilatados foram os limites da sua área geográfica real, pois compreendeu diversas províncias do Norte do ex-Império, atingindo o máximo de intensidade na Bahia e no Maranhão. A manifestação epidêmica deste último estado precedeu mesmo a da Bahia, que só teve lugar em 1882, quando desde 1877 reinava já a moléstia com forma epidêmica na cidade de São Luís.

Dos fatos que se passaram então no Maranhão não ficou documento algum científico. Mas vive ainda grande número daqueles que os testemunharam e embora muito atenuados e quase de todo reduzidos da sua grandeza primitiva, prolongam-se ainda até hoje, de modo a permitir que se reconstrua e complete a sua história. Não era eu ainda médico, quando os presenciei; mas o espetáculo estranho que oferecia por aquela época a pequena cidade de São Luís, com as ruas diariamente percorridas por grande número de mulheres principalmente, amparadas por duas pessoas e em um andar rítmico interrompido a cada passo de saltos repetidos, genuflexões e movimentos desordenados, me deixou uma impressão profunda e duradoura que, ainda por cima mais se devia revigorar e fortalecer com a observação, poucos anos depois, das mesmas cenas aqui na Bahia.

Deixando de parte por enquanto as restrições que exigem e os comentários que farei às interpretações científicas dadas aos fatos nesse documento, cedo espaço a uma carta do distinto prático e respeitável colega do Maranhão, Sr. Dr. Afonso Saulnier de Pierrelevée, a quem um largo tirocínio clínico, de mais de 30 anos, confere sobeja competência em matéria de patologia maranhense. Nessa carta, o Dr. Afonso Saulnier distingue perfeitamente a coréia epidêmica da coréia *minor*, coréia de Sydenham:

Prezado colega e amigo Dr. Nina-Rodrigues.

Pede-me o colega alguns esclarecimentos sobre a endo-epidemia coréica que apareceu nesta cidade em 1878 e também pergunta-me se antes daquela época observei casos esporádicos dessa moléstia. Vou fazer o possível para satisfazer o seu pedido.

Desde 1856, época em que principiei a clinicar nesta cidade até hoje, tenho sempre

observado vários casos de coréia, moléstia que, aliás, não é freqüente aqui.

A respeito, porém, da endo-epidemia de 1878, devo dizer-lhe que há mais de vinte anos tenho observado nesta cidade uma moléstia que por vezes toma as proporções de uma verdadeira epidemia, apresentando acidentes coréicos. Esta singular moléstia costuma desenvolver-se no princípio do inverno, época em que também recrudescer o beribéri entre nós. É bom notar a coincidência.

É freqüente nessa época encontrarem-se transitando pelas ruas desta cidade muitos doentes que prendem a atenção pela singularidade do andar. Uns arrastam os pés e progridem como se estivessem sofrendo de paralisia incompleta dos membros inferiores; outros tiram as pernas não podendo coordenar o movimento dos músculos, como acontece aos que sofrem de ataxia muscular progressiva; outros, enfim, apresentam uma marcha incerta, irregular, saltitante, como se fossem verdadeiros coréicos; todos, porém, a cada passo fazem grandes genuflexões por lhes faltar a força precisa para sustentar o peso do corpo. Os movimentos coreiformes só se manifestam nos membros superiores, raras vezes estendem-se pelo tronco, nunca os encontrei nos músculos do pescoço e da face. Esses movimentos dos membros inferiores cessam quando os doentes estão deitados ou dormindo.

Quase todos esses doentes são mulheres. Nunca observei essa doença em velhos. A raça de cor é sem dúvida muito mais atacada que a branca.

A anemia é constante em todos eles.

A moléstia aparece muitas vezes de repente, outras vezes é precedida de incômodos dispépticos bem salientes. Nunca observei febre. A respiração, normal nos primeiros dias, torna-se pouco a pouco dispnéica e na região precordial observam-se palpitações fortes do coração e sopros anêmicos bem pronunciados.

Nota-se a dormência pelo corpo e formigamentos nas extremidades inferiores, onde freqüentemente observa-se a princípio um ligeiro edema que propaga-se à medida que a moléstia vai aumentando. A compressão dos músculos e das apófises espinhosas das vértebras determina dores mais ou menos profundas. A força muscular diminui consideravelmente.

Este estado pode durar muitos dias até que o beribéri se manifeste com o cortejo dos seus sintomas. Destes doentes, os que se retiram logo no começo da moléstia curam-se sempre; dos que permanecem no foco do mal, raros são os que se curam, quase todos falecem com beribéri confirmado de forma mista. Com o desenvolvimento do edema cessam os tremores. O povo, pela experiência adquirida, denomina esse mal de beribéri de «tremeliques».

É, pois, minha opinião que a endo-epidemia, sobre a qual o colega me consulta, não passa de uma forma do mal que flagela este estado há tanto tempo, e para dar um nome apropriado a essa singular forma, a chamaria de coréia beribérica.

Escrevo estas ligeiras considerações ao correr da pena e peço-lhe portanto que faça as

correções precisas na forma, caso esses reparos possam ser-lhe de alguma utilidade. Vosso, etc. Dr. Afonso Saulnier de Pierrelévée. São Luís do Maranhão, 1890.

Esta descrição, ligeira e superficial, mas suficientemente clara, inspirou-se com certeza na observação dos fatos. Somente o ilustrado clínico confundiu em uma entidade mórbida duas moléstias distintas, o beribéri e a coréia epidêmica, que de ordinário se oferecem à sua observação intimamente associadas.

Os práticos que estão habituados a observar as duas moléstias isoladas, facilmente farão a parte que na descrição cabe a cada uma delas.

Posto que tivesse referido ao ano de 1878 na carta a que com bondosa aquiescência prontamente respondeu o Sr. Dr. Saulnier de Pierrelévée, verifiquei posteriormente em jornais noticiosos e políticos de São Luís, daquela época, que já em 1877 a moléstia era francamente epidêmica, já confundida e provavelmente associada ao beribéri.

A história da manifestação epidêmica na Bahia, observada 4 ou 5 anos depois, repousa em documentos circunstanciados que desde então estão dados à publicidade. Se neles a contribuição para o estudo clínico é pouco considerável, a parte puramente histórica ficou desde logo concluída.

No número de outubro de 1882, da *Gazeta Médica da Bahia*, lê-se no noticiário, sob o título de Moléstias Reinantes:

Uma moléstia singular tem sido observada há alguns meses no subúrbio de Itapagipe, mais raramente na cidade. Os sintomas principais, ou pelo menos os mais aparentes são movimentos coreiformes à primeira vista, mas que parecem antes depender de súbita fraqueza de certos grupos de músculos de um ou de ambos os membros inferiores, ou do tronco.

As pessoas afetadas depois de caminharem naturalmente em aparência por algum tempo, dobram de repente uma ou ambas as pernas, ou o tronco para um dos lados por alguns minutos, como se fossem coxos, paralíticos ou cambaleassem, continuando depois a marcha regular. Entretanto não caem e podem subir e descer ladeiras e escadas sem grande dificuldade.

Algumas sofrem há meses com mais ou menos intensidade; mas além destas perturbações freqüentes dos movimentos durante a marcha, não acusam alteração notável nas demais funções.

Contam-se já, segundo ouvimos, para mais de quarenta casos desta singular moléstia, originada em um dos mais saudáveis subúrbios e manifestando-se em pessoas de um e outro sexo e pouco adiantadas em idade.

Em março do ano seguinte (1883), foi publicado no número 10 da *Gazeta Médica da Bahia*, sob o título de Coreomania*, o relatório de uma comissão médica nomeada pela Câmara Municipal para estudar a moléstia de Itapagipe, já então generalizada por toda a cidade.

Esta comissão, composta de distintos clínicos desta cidade, depois de minucioso exame, concluiu que «a moléstia reinante em Itapagipe era a coréia epidêmica sob suas mais benignas formas.»

O caráter epidêmico, atribuído principalmente ao contágio por imitação, teve por motivos as circunstâncias enumeradas no seguinte tópico do relatório:

As primeiras manifestações conservaram-se durante algum tempo limitadas, circunscritas; logo, porém, que a afluência de moradores e visitantes àquele bairro foi crescendo com a aproximação do tempo de festa, logo que a moléstia foi chamando a atenção sobre si, os casos foram se multiplicando e o mal estendeu-se como atualmente o conhecemos. O trânsito de pessoas atacadas pelas ruas daquele arrabalde e mais tarde pelas ruas da cidade, o ajuntamento delas, quer na fábrica de fiação onde trabalhavam muitos dos enfermos, quer nas ruas contíguas à capela do Rosário onde residia o maior número, além disso, a circunstância de se acharem em Itapagipe pessoas convalescentes de diversas moléstias e conseqüentemente em estado de maior impressionabilidade, e demais convergindo para aquela localidade em uma série de festas, a maioria da população da cidade, que em tais dias sempre se entrega a toda a sorte de fadigas de corpo e impressões de espírito, tudo isso concorreu para a disseminação da moléstia e para dar-lhe o caráter epidêmico.

A comissão dispõe, por ordem de freqüência, as formas clínicas observadas na seriação seguinte: maleatória, saltatória, vibratória, rotatória, procursiva, e nega qualquer influência etiológica à intoxicação ou infecções possíveis.

Nos conselhos dados à população preconiza o isolamento, proscurendo a visita e freqüência das pessoas atacadas, assim como proíbe a estas os longos passeios que bem podiam levar a moléstia aos lugares por onde passassem. Sobriedade nos exercícios corpóreos para evitar a fadiga muscular, e distrações moderadas que dissipassem o estado apreensivo tão favorável à eclosão da moléstia, eram os outros conselhos a que mandava associar uma alimentação tônica e regulada.

1 * Como menciona Artur Ramos, o parecer da comissão médica foi publicado na *Gazeta Médica da Bahia*, série II, vol. 7, n. 10, abril de 1883. Está ainda republicado como anexo em *As coletividades anormais* (1939, p. 219-231). (Nota da revisora).

Manifestações epidêmicas, muito menos importantes, se deram também em outros estados do Norte, na cidade de Belém do Pará, por exemplo, segundo me informam alguns colegas. Ali como no Maranhão andou a coréia epidêmica associada ao beribéri.

Em todos esses pontos, por via da regra a abasia coreiforme circunscreveu-se às capitais e subúrbios e, segundo creio, só como casos esporádicos foi observada em algumas pequenas cidades do interior das províncias.

Atualmente o caráter epidêmico geral desapareceu de todo. Casos esporádicos, pequenas epidemias circunscritas, familiares, às vezes são ainda observadas uma vez por outra. A carta do Dr. Afonso Saulnier refere-se a manifestações anuais da moléstia no Maranhão com um cunho de endemicidade. Na Bahia, em certas festas populares, principalmente religiosas, não é raro ver-se a presença de um coréico provocar a moléstia em um certo número de pessoas. Uma vez por outra, coréicos vão ainda em romaria à ermida de Santo Antônio da Barra Mansa buscar na sugestão da fé religiosa a cura dos seus sofrimentos. Em todos estes casos são as manifestações de extrema benignidade e de todo transitórias.

Lento foi o decrescimento da epidemia para chegar ao estado normal. Na Bahia, o máximo de intensidade correspondeu a fins de 1882 e aos dois anos seguintes, 1883 e 1884.

Esta epidemia, apesar da sua extensão, parece ter-se circunscrito ao Norte do país. Não me consta que no Sul se tenha observado a moléstia ou coisa que lhe fosse equivalente. Do Rio de Janeiro, a afirmação pode ser categórica, pois o conhecimento do passado epidemiológico daquela cidade sobe dos nossos dias a mais de século. Por aí se pode também inferir que a epidemia que historio não teve predecessora nos nossos anais patológicos.

Se foram epidemias isoladas e inteiramente independentes as dos diversos estados, ou se subordinam umas às outras, coisa é essa que atualmente se torna impossível responder com bons fundamentos.

II. NATUREZA

Foi seguramente o Dr. Souza Leite quem pela primeira vez em 1888 capitulou de astasia-abasia casos da moléstia epidêmica da Bahia.

Desconhecendo, entretanto, o relatório da comissão médica, publicado desde 1883, este autor avançou com manifesta injustiça que os médicos desta ha-

viam desconhecido a natureza histórica da afecção, tomando-a pela coréia de Sydenham.

A leitura do relatório é suficiente para desfazer o engano. Não podia ser mais positiva a filiação da moléstia de Itapagipe ao grande grupo das coréias epidêmicas, coréia *major*.

Impossível seria, porém, exigir dos médicos da Bahia que já em 1883 classificassem de astasia-abasia a manifestação histórica observada nesta cidade, quando, como diz o professor Charcot, só nesse ano publicou ele, em colaboração com Richer, na *Medicina Contemporânea*, dirigida pelo professor Semmola, o primeiro ensaio de uma descrição regular daquela afecção, ainda sob o título «*Sur une forme spéciale d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche*», e só alguns anos depois, em 1888, foram empregados pelo Dr. Blocq no seu esplêndido trabalho os termos astasia e abasia que lhe sugerira Girard, do Instituto.

Tomando a denominação de abasia coreiforme, já hoje clássica, para designar a moléstia epidêmica, só tive em mira consagrar a preponderância que na epidemia assumiu esta forma sobre todas as outras manifestações históricas.

Todos os que tiveram ocasião de observá-la, reconheceram certamente à primeira vista, na seguinte descrição magistral do professor Charcot², a nossa coréia epidêmica:

Em uma doente, astásica e abásica ao mesmo tempo, que observei em 1886 — e este fato tem se reproduzido em muitos outros indivíduos da mesma espécie que encontrei depois — a posição ereta era a cada instante perturbada por flexões bruscas da bacia sobre as coxas e das coxas sobre as pernas, muito semelhantes às que se produzem quando, estando uma pessoa em pé e firme, recebe sem esperar uma pancada brusca nas curvas; este fenômeno recorda também os *effondrements* (*giving way of the legs*), tão freqüentes no período pré-atáxico do tabes.

No andar tais desordens atingem o máximo. De fato, a cada passo que a doente dá, diz a observação, ela se abaixa e se ergue alternativamente por movimentos bruscos e rápidos e, à medida que progride, esses movimentos (*secousses*) se mostram mais e mais violentos, de mais a mais precipitados. Momentos há em que, à vista da intensidade deles, parece que a doente vai cair por terra; vê-se-á então dar alguns passos para trás, a modo de pessoa que tendo esbarrado de encontro a um obstáculo busca recobrar o equilíbrio. Os movimentos (*secousses*) de que se trata, rítmicos como a marcha normal

2 * O trecho de Charcot está em português, no original. (Nota da revisora).

cuja caricatura, por assim dizer, eles são, não consistem somente em movimentos de abaixamento e elevação do tronco.

Procurando analisá-los, verifica-se desde logo o que se segue: no momento em que a doente se abaixa, as coxas dobram sobre as pernas e o tronco sobre a bacia; a cabeça experimenta em relação ao tronco um movimento de flexão e de rotação e os antebraços dobram-se por seu turno sobre os braços. Parece claro que são esses movimentos de flexão, exagerados e bruscos, dos membros inferiores, que substituindo-se aos da marcha normal, ameaçam a cada passo o equilíbrio, ocasionam os movimentos do tronco, da cabeça, dos membros superiores e também esses movimentos de recuo, que até certo ponto podem ser considerados atos de compensação.

A doente em questão, como todas as representantes do grupo, podia sem a menor dificuldade saltar de pés juntos, sobre um pé só, andar de quatro patas, etc.

Nesta forma, os movimentos anormais dos membros inferiores quando o indivíduo está de pé, ou quando anda, lembram perfeitamente, em razão da amplitude, as grandes gesticulações de certas coréias; mas imediatamente se distinguiriam logo que a doente deixasse de se conservar em pé, ou de andar.

Em caso algum, se manifestam eles, estando a doente sentada ou deitada. Na realidade, em tais casos estão eles exclusivamente ligados ao mecanismo da posição em pé e da marcha, de conformidade com a definição da astasia e abasia.

Para caracterizar os casos deste grupo, eu proporei que se adote a denominação de abasia coreiforme (tipo de flexão).

Como era fácil prever, as manifestações históricas nesta epidemia não se limitavam à abasia coreiforme pura. A comissão médica refere casos de verdadeira coréia rítmica e tive ocasião de observar diversos casos da forma maleatória. Porém, sobretudo com grande frequência viam-se associados à abasia coreiforme fenômenos estranhos e de todo ponto análogos aos espasmos saltatórios. O Dr. Souza Leite os menciona; mas em época anterior à sua observação e principalmente no Maranhão, foram muito freqüentes.

Doentes que amparados por duas pessoas progrediam lentamente no seu andar rítmico, estacavam de repente e punham-se a saltar sucessivamente no mesmo lugar, até que no fim de algum tempo aquele estado cedia e prosseguiam a marcha por momentos interrompida.

Assim devia ser. A astasia e a abasia são apenas manifestações de uma nevrose complexa e, embora freqüentemente monossintomáticas, podia se prever que a nitidez e a pureza dos primeiros casos muito se viriam a apagar com os estudos subseqüentes. As novas formas descritas e as tentativas de novas classificações principiam a confirmar essa previsão racional.

Como era natural, a epidemia tornou entre nós esses fatos de observação diária, sendo muito freqüente, na Bahia como no Maranhão, encontrar ao lado de sintomas ordinários da pequena histeria, ataques convulsivos ou outros acidentados, episódios mais ou menos francos da abasia coreiforme.

Deve-se considerar a abasia coreiforme uma coréia histórica? Sustentei essa opinião nas discussões que o estudo da afecção provocou no terceiro Congresso Médico Brasileiro a que foi apresentado esse trabalho.³

É exato que o caráter por excelência da astasia-abasia — desaparecimento completo de todo o movimento no estado de repouso — parece excluir a abasia coreiforme do número de coréias, porquanto contraria ele um dos três elementos exigidos até aqui para a constituição do grupo nosográfico das afecções coreiformes, a saber: *movimentos de grande raio, movimentos involuntários embora conscientes, e persistência dos movimentos ainda em estado de repouso.*

Mas, se se atender por um lado a que, afora esse fato único, a abasia coreiforme é uma verdadeira coréia rítmica, como o indica o qualificativo empregado pelo professor Charcot para designar a espécie, e se se atender por outro lado a que o caráter da persistência dos movimentos coreiformes, não só tem oferecido modificações como faltado mesmo em muitas outras afecções tidas por verdadeiras coréias; não me parece que seja lícito separar a abasia coreiforme do grupo das coréias rítmicas históricas.

Efetivamente, o Dr. Lannois já havia feito notar que um certo número de casos de coréia rítmica, observados por Charcot e outros, exigia a admissão de um grupo à parte, pois que esta variedade «se manifesta por *acessos*, espontâneos ou provocados, no intervalo dos quais a tranqüilidade pode ser absoluta, ao passo que no primeiro caso (verdadeiras coréias rítmicas), a coréia rítmica é regularmente *contínua*, cortada somente por exacerbações passageiras».

Além disso, Lannois coloca no grupo das coréias rítmicas propriamente ditas, ao lado da coréia rítmica histórica, ou grande coréia, os espasmos reflexos saltatórios em que os saltos involuntários só se manifestam quando os pés tocam o chão e não existem em qualquer outra circunstância.

Mais que tudo, porém, o Dr. Lannois transcreve uma observação de Paget, da coréia rítmica saltatória, em que os movimentos desapareciam desde que a

3 * A transcrição desse extenso debate consta como anexo em *As coletividades anormais* (1939, p. 232-332). (Nota da revisora).

doente se sentava, embora fosse então presa de um sentimento de angústia que a obrigava a levantar-se logo.

Creio, portanto, que conviria subdividir o grupo da grande coréia rítmica por acessos e coréia descontínua, ou abasia coreiforme.

Teríamos, assim, a concepção geral do grupo ou das coréias de Lannois, modificado por este modo:

Coréias, rítmicas e arrítmicas

A. *Coréias arrítmicas:*

- I. Coréia de Sydenham, coréia mole, coréia da gravidez, coréia dos velhos, coréia hereditária.
- II. Hemicoréia e hemiatetose sintomáticas, atetose dupla.

B. *Coréias rítmicas:*

- I. Coréias epidêmicas; dança de São Guido, tarentismo, tigrético, *jumpers*, *revivals*, etc.
- II. Coréias rítmicas propriamente ditas:
 - a) Coréia rítmica histórica, ou grande coréia compreendendo: a coréia rítmica contínua, a coréia rítmica por acessos e a coréia rítmica descontínua, ou abasia coreiforme.
 - b) Espasmos reflexos saltatórios.

III. Causas

Não é fácil enumerar com plena certeza todas as causas que atuaram com eficácia no sentido de conferir um caráter epidêmico a estas manifestações históricas.

O papel salientíssimo que teve nela o contágio por imitação foi suficientemente apreciado quer pela comissão médica da Bahia, quer pelo Dr. Souza Leite.

Parece-me, porém, que ficou de aplicação muito restrita e local a apreciação das causas que prepararam o terreno, sem o qual de nenhum efeito teria sido a imitação, o que naturalmente foi devido a que o Dr. Souza Leite observara casos isolados e a comissão médica só se podia referir àquela parte da epidemia cujo estudo lhe havia sido cometido.

Pressente-se, entretanto, que para estabelecer um laço comum entre essas epidemias esparsas pelas diversas províncias, é necessário remontar a causas mais gerais e admitir que pairava no ambiente brasileiro alguma coisa de anormal que, atuando sobre a população do país de modo a enfraquecer o organis-

mo e exaltar as faculdades psíquicas, a predispôs a ponto de casos isolados de abasia coreiforme poderem tomar de um momento para outro as proporções de uma epidemia tão extensa, embora muito benigna.

Em outro trabalho e a propósito de outra moléstia, eu avancei que na minha opinião essa epidemia devia buscar a sua origem em influências mesológicas de ordem física e nos fenômenos sociais complexos que se prendem à fase histórica por que passa o nosso país.

A revolução política a que hoje assistimos teve necessariamente o seu período de preparo e elaboração. Ela, que se assinalou pela aceitação tácita e sem protesto, com que foram recebidas todas as grandes reformas bruscamente realizadas, demonstra forçosamente que a nação não tinha vida calma e regular. E, quer se interpretem os fatos no sentido de uma condenação e surda revolta de longa data preparada contra os erros e defeitos das instituições anteriores, quer no sentido de um indiferentismo e descrença necessariamente mórbidos, porque partiam de um povo ainda no berço, do ponto de vista médico em que me coloco têm eles um valor sensivelmente igual. Ainda mais, ninguém poderá apartar da explicação de todos os acontecimentos da época, a perniciosa influência do escravismo que, depois de ter concorrido para corromper os costumes e entibiar os ânimos, devia trazer com a vitória do abolicionismo as suas desastrosas conseqüências econômicas.

O terreno não estava menos bem preparado pelo lado religioso. Sabem os que estudam a nossa sociedade com observação imparcial que a população brasileira não prima pela pureza e segurança das crenças religiosas. O fato tem a sua explicação racional e científica no mestiçamento, ainda em via de se completar, de um povo que conta como fatores componentes raças em graus diversos de civilização por que se achavam ao tempo de fusão em períodos muito desiguais da evolução sociológica. Daí resultou que no Brasil o monoteísmo europeu teve de entrar em conflito com o fetichismo africano e a astrolatria do aborígene. Por isso diz com razão o Dr. Silvio Romero que ainda na psicologia estamos longe de uniformidade. Para mostrar como entre nós a irreligião acotovelava-se a cada passo com o fanatismo fetichista, não precisa mais do que recordar as práticas supersticiosas que mesmo nesta cidade lavram com intensidade nas classes inferiores e a influência mais ou menos direta nos costumes do nosso povo de usanças africanas, ainda mal dissimuladas na diferença do meio.

Nas classes superiores, estamos habituados a ouvir profligar diariamente as conseqüências desastrosas dos métodos de educação seguidos no país.

Se agora, destas influências que são de caráter e aplicação geral a todo o Brasil, se aproximar o fato de se ter circunscrito a epidemia ao Norte, involuntariamente se terá invocado todos os fatores da decadência notória em que se acha esta porção da República.

Em primeiro lugar o clima abrasador que, com a mesma liberalidade, prodigaliza às populações do Norte a indolência e a anemia.

Em segundo lugar, a repercussão muito mais forte das revoluções político-sociais, por isso mesmo que estavam menos aparelhadas para recebê-las e ofereciam menor resistência. E entre elas figuram o pauperismo, a falta de iniciativa, a emigração, o desalento, a descrença, a decadência enfim.

Em terceiro lugar, as condições sanitárias pouco lisonjeiras das duas cidades em que a epidemia atingiu maiores proporções. A comissão médica não esqueceu a afluência de convalescentes para Itapagipe como causa da extensão da epidemia na Bahia.

Não foi de balde que, no Maranhão como na Bahia, se confundiu a coréia com o beribéri. Como o Dr. Afonso Saulnier, ainda o ano passado o Conselheiro Rodrigues Seixas afirmava na Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, que o *treme-treme* da Bahia, que não é mais do que coréia epidêmica, era uma forma apenas do beribéri, o beriberóide. Esta opinião teve realmente curso aqui na Bahia.

O erro de apreciação que, partindo da grosseira semelhança entre a marcha em *steppage* do beribéri e as desordens motoras rítmicas da coréia epidêmica, confundiu e unificou os dois estados mórbidos, tornou-se no Maranhão uma crença geral para o povo, como mais tarde a coincidência das duas moléstias em um mesmo indivíduo devia induzir aos próprios médicos.

Ora, é prática corrente entre nós aconselhar passeios higiênicos aos beribéricos e freqüente, portanto, nas recrudescências da epidemia encontrá-los pelas ruas. Em virtude deste hábito, os abásicos supostos beribéricos foram conduzidos em exibição pela cidade, tornando-se uma ocasião freqüente de contágio por imitação e concorrendo por conseguinte para incrementar consideravelmente a epidemia.

Por força exclusivamente desta sugestão enraizada, creio eu, se explicam as coincidências das manifestações da coréia com a época habitual do ano em que regularmente aparece o beribéri, pois não foi sem razão que a comissão médica da Bahia, a propósito da influência que exerceram nas epidemias da Idade Média os vagabundos que exploravam a caridade pública simulando a

coréia, julgou oportuno citar o seguinte judicioso conceito: «Para os indivíduos predispostos à moléstia, tão facilmente exerce a sua influência a realidade como a aparência do mal.»

Por outro lado, os beribéricos debilitados pela doença e trabalhados pela sugestão que lhes vem da crença na identidade das duas afecções e da vista freqüente de coréicos copiam naturalmente destes a forma que devem dar à sua moléstia enquanto ainda o permitem os progressos pouco adiantados do mal. Daí nasceram sem dúvida esses casos mistos que tanto impressionaram o Dr. Afonso Saulnier e o levaram a acreditar que os fenômenos coreiformes eram simples manifestações beribéricas.

Invocando, para a explicação desta epidemia, as influências que, em epidemias de outra gravidade e importância, todos os autores têm tido por eficazes, não procuro copiar para o meu país o quadro das calamidades que afligiram a Europa na Idade Média.

A pouca intensidade da epidemia marcou a proporção que guardam entre si as coisas daqueles tempos e as que enumero, e bem avisada andou a comissão médica quando disse «que muitas das causas que influíram naqueles tempos para dar a estas afecções (coreomanias) muito mais gravidade do que tem a epidemia de Itapagipe não existem felizmente mais hoje, ou *pelo menos são entre nós atenuadas.*»

Como estas causas e circunstâncias puderam exercer a sua ação indireta sobre a população de modo a ter na nevrose coreiforme a sua conseqüência, é o que explicam as observações e o ensino da Salpêtrière: «Já vimos — escreve Paul Richer — a influência que exercem na etiologia da histeria *major* as emoções vivas, que em certos casos bastam para determinar a forma dos principais acidentes. O que é, pois, para admirar que a excitação religiosa tenha provocado em certos períodos de exaltação esses efeitos sobre o sistema nervoso, que em última análise dão nascimento à grande histeria!».

O contágio por imitação de uma síndrome nervosa estranha, que as proporções crescentes da epidemia ainda tornaram mais insólita, operando num meio que circunstâncias múltiplas, meteorológicas, étnicas, político-sociais e patológicas, tinham grandemente preparado, tais foram em suma as causas da epidemia coreiforme que percorreu nestes últimos quinze anos o Norte do Brasil e nele reina ainda hoje sob forma de uma endemia muito benigna.

A loucura epidêmica de Canudos: Antonio Conselheiro e os jagunços¹

RAIMUNDO NINA-RODRIGUES

Para a narração fiel dos sucessos de Canudos forçosamente estará obrigado o historiador a aguardar o termo das lutas que ali se pelejam atualmente.²

Os antecedentes daquela situação, a estratificação social e étnica em que a loucura de Antonio Maciel cavou os fundos alicerces do seu poderio material e espiritual quase indestrutível, desde já abrem-se ao contrário de par em par em franco acesso a todas as investigações científicas.

No quadro a traçar daquela situação, não será por certo a figura anacrônica de Antonio Conselheiro, o louco de Canudos, que há de ocupar o primeiro plano. Bem conhecida em seus menores detalhes está a vesânia que o aflige, sempre perfeitamente diagnosticável, mesmo com dados truncados e deficientes como os que possuímos sobre a história pessoal deste alienado.

Na fase sociológica que atravessam as populações nômades e guerreiras dos nossos sertões, na crise social e religiosa por que elas passam se há de escavar o segredo dessa crença inabalável, dessa fé de eras priscas em que a preocupação mística da salvação da alma torna suportáveis todas as privações, deleitá-

¹ Este ensaio foi publicado em novembro de 1897 na *Revista Brasileira* e republicado em volume póstumo organizado por Artur Ramos (*As coletividades anormais*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939, p. 50-77), de onde o transcrevemos para esta Antologia. Na presente edição, a ortografia foi atualizada, as referências bibliográficas citadas no corpo do texto foram completadas quando possível e seu registro modernizado. Revisão da transcrição e traduções de Ana Maria G. R. Oda. (Nota da revisora).

² Não altera de uma linha as considerações deste estudo a notícia que nos acaba de transmitir o telégrafo de que a 5 de outubro o general Artur Oscar, que desde junho se achava em Canudos à frente de mais de 12 mil homens, apoderou-se finalmente daquele reduto, batendo completamente o bando de fanáticos que ali se achavam entrincheirados. Foi encontrado o cadáver de Antonio Conselheiro, já sepultado no santuário de uma igreja que ali estava construído, com tais proporções que se havia transformado em uma fortaleza inexpugnável. A conduta de Antonio Conselheiro, mantendo-se até a morte no seu posto, quando lhe teria sido fácilimo retirar-se de Canudos para ponto mais estratégico, é a confirmação final da sua loucura na execução integral do papel do Bom Jesus Conselheiro, que lhe havia imposto a transformação de personalidade do seu delírio crônico. (Nota de Nina-Rodrigues).

veis todos os sacrifícios, gloriosos todos os sofrimentos, ambicionáveis todos os martírios. Ainda a ela há de vir pedir o futuro o segredo desse prestígio moral que desbanca, a ligeiro aceno, toda a influência espiritual do clero católico, assim como dessa bravura espartana que faz quebrarem-se de encontro à resistência de algumas centenas de rústicos campônios a tática, o valor e os esforços de um exército regular e experimentado.

Antonio Conselheiro é seguramente um simples louco. Mas a sua loucura é daquelas em que a fatalidade inconsciente da moléstia registra com precisão instrumental o reflexo, se não de uma época, pelo menos do meio em que elas se generaram:

Le facteur sociologique, souvent négligé en pathologie mentale — escrevem mui judiciosamente dois conhecidos psiquiatras — *nous semble avoir une importance non moindre en ce qui concerne l'aliéné qu'en ce qui concerne le criminel. Les progrès de l'anthropologie ont démontré son importance majeure. Cette influence des milieux sur les psychoses nous paraît nettement démontré en particulier par les psychoses mystiques; les caractères différentiels que le délire emprunte aux temps, aux lieux et aux croyances ambiantes, loin d'être superficiels et de pure forme, apparaissent d'autant plus profonds qu'on les étudie de plus près.*^{3 4}

É examinada por este prisma que a cristalização do delírio de Antonio Conselheiro, no terceiro período da sua psicose progressiva, reflete as condições sociológicas do meio em que se organizou.

No caso de Antonio Maciel, o diagnóstico de delírio crônico (Magan), de psicose sistemática progressiva (Garnier), de paranóia primária dos italianos etc., em rigor não requer para se firmar mais do que a longa sistematização de quase trinta anos e a transformação contemporânea do simples enviado divino no próprio filho de Deus.

No entanto, as três fases que tem atravessado a história de Antonio Conselheiro coincidem rigorosamente com os três períodos admitidos na marcha da psicose primitiva.

3 * «O fator sociológico, freqüentemente negligenciado em patologia mental, nos parece ter igual importância no que concerne tanto ao alienado quanto ao criminoso. Os progressos da antropologia demonstraram sua capital importância. Esta influência do meio sobre as psicoses nos parece claramente demonstrada em particular pelas psicoses místicas; os caracteres diferenciais que o delírio toma segundo o tempo, o lugar e as crenças circundantes, longe de serem superficiais e puramente formais, mostram-se bem mais profundos se os estudamos de mais perto». (Nota da revisora).

4 Marie, Auguste e Vallon, Charles. Des psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive. *Archives de Neurologie*, 2a. série, tomo III, p. 419, 1897. (Nota de Nina-Rodrigues).

A vida de Antonio Maciel até a sua internação na Bahia, tal como a conta o Sr. João Brigido, do Ceará, constitui o primeiro período. Antonio Conselheiro é natural de Quixeramobim, no estado do Ceará, e chama-se Antonio Vicente Mendes Maciel. Seu pai, que havia sido proprietário e negociante abastado, legou-lhe com o encargo de três irmãs solteiras, a direção de uma casa comercial pouco consolidada. Casadas as irmãs, por sua vez Antonio Maciel toma estado desposando uma prima. «O casamento de Antonio Maciel — diz um informante — foi um desastre. Pouco tempo depois vivia na mais infrene desinteligência com a sogra, por isso que açulava a filha a maltratá-lo». Nesta situação, Antonio Maciel fez ponto no seu comércio, liquidando os seus negócios. Em 1859, mudou-se de Quixeramobim para Sobral, onde foi caixeiro de um negociante, daí passou-se a Campo Grande, onde por algum tempo exerceu o cargo de escrivão de juiz de paz. Mudou-se ainda para a vila do Ipú, onde um sargento de polícia raptou-lhe a mulher. Retirou-se imediatamente para a cidade do Crato, e desta para os sertões da Bahia. Contam que em caminho para o Crato, ao passar em Paus Brancos, foi acometido de um acesso de loucura em que feriu um seu cunhado, em cuja casa se achava hospedado.

Dissensões contínuas com a mulher e com a sogra, mudanças sucessivas de emprego e de lugar, revolta agressiva com vias de fato e ferimento de um parente que o hospeda, não é preciso mais para reconhecer os primeiros esboços da organização do delírio crônico sob a forma do delírio de perseguição. A fase inicial da sua loucura, o período de inquietação, de análise subjetiva, ou de loucura hipocondríaca, em rigor nos escapa na história de Antonio Maciel à míngua de um conhecimento mais íntimo de sua vida no lar. É, porém, fácil perceber a influência das alucinações e a procura da *fórmula do seu delírio* no que sabemos das suas lutas conjugais e, sobretudo, nessas mudanças repetidas. Por tal forma característica dos delirantes crônicos é este modo de reação que Favilla crismou de alienados *migradores*, aqueles que as repetidas e sucessivas mudanças pedem debalde um refúgio, uma proteção contra a implacável perseguição que lhes movem as próprias alucinações, das quais nada os poderá libertar senão libertando-os da mísera mente enferma.

Penetrando nos sertões da Bahia, para o ano de 1876, Antonio Maciel levava finalmente descoberta a fórmula do seu delírio. O batismo de Antonio Conselheiro, pelo qual o ministro ou enviado de Deus inicia a sua carreira de missionário e propagandista da fé, era o átrio apenas de onde a loucura religio-

sa o havia de elevar ao Bom Jesus Conselheiro da fase megalomaniaca da sua psicose.

Antonio Conselheiro revestido, a modo dos monges, com longa túnica azul cingida de grossa corda, descalço, arrimado a toco bordão, empreende missões ou «desobrigas» copiadas das que nos nossos sertões realizam todos os anos religiosos de todas as ordens sacras, e que diferem tanto do que devia ser uma verdadeira prática cristã quanto achava Alimena que «*un vecchio volume ascetico pieno di figure di diavoli e di dannati differisce del profumato e ricco libro di preghiere di una bella signora, quanto le prediche melodrammatiche di un missionario differiscono delle conferenze spirituali del padre Agostino de Montefeltro.*»^{5*6}

Pregando contra o luxo, contra os maçons, fazendo queimar nas estradas todos os objetos que não pudessem convir a uma vida rigorosamente ascética, Antonio Conselheiro anormaliza extraordinariamente a vida pacífica das populações agrícola e criadora da província, distraíndo-as das suas ocupações habituais para uma vida errante e de comunismo em que os mais abastados cediam parte dos seus recursos em favor dos menos protegidos da fortuna.

Bem aceito por alguns vigários, em luta aberta com outros, no fim de alguns meses de propaganda Antonio Conselheiro é preso e enviado para o Ceará, sob a suspeita de ter sido criminoso na sua província natal. Já por essa ocasião, em pleno segundo período, bem se revelava a coerência lógica do delírio na transformação da personalidade do alienado. A turba que seguia Antonio Conselheiro quis opôr-se à sua prisão, mas, à semelhança de Cristo, ordena-lhes Conselheiro que não se movam e entrega-se à guarda, afirmando aos discípulos que iria, mas havia de voltar um dia. Imperturbável a serenidade com que se comportou então. Fatos bastantes significativos são referidos por testemunhas do interrogatório que aí sofreu.

À autoridade que inquiria dele, para fazê-los punir, quais dos guardas o haviam maltratado fisicamente em viagem, limitou-se Antonio Conselheiro a responder que mais do que ele havia sofrido o Cristo. E por única resposta às múltiplas perguntas sobre a sua conduta, sobre seus atos retorquiu com uma espécie de sentença evangélica que «apenas se ocupava em apanhar pedras pelas estradas para edificar igrejas».

5 * «um velho volume ascético cheio de figuras de demônios e de danados difere do perfumado e rico livro de orações de uma bela dama, quanto as prédicas melodramáticas de um missionário diferem das conferências espirituais do padre Agostino de Montefeltro». (Nota da revisora).

6 Alimena, Bernardino. *I limiti e i modificatori della imputabilità*. Vol. 1. Torino: Bocca, 1894, p. 23. (Nota de Nina-Rodrigues).

Verificado no Ceará que Antonio Conselheiro não era criminoso, e posto em liberdade imediatamente, regressou ao seio das suas ovelhas, coincidindo precisamente, segundo crença geral, o dia que de repente aí surgiu com aquele que havia marcado para a sua reaparição. E cada vez mais encarnado no papel de enviado de Deus, desde então Antonio Conselheiro prosseguiu imperturbável nas suas missões, até o advento da República em 1889.

Este acontecimento político devia influir poderosamente para incrementar o prestígio de Antonio Conselheiro, levando-o ao terceiro período da psicose progressiva. Veio ele desdobrar o delírio religioso do alienado, salientando o fundo de perseguição que, tendo-lhe acompanhado sempre, como é de regra na sua psicose, como reação contra os maçons e outros inimigos da religião, por essa ocasião melhor se concretizou na reação contra a nova forma de governo em que não podia ver se não um feito dos seus naturais adversários. As grandes reformas promulgadas pela República nascente, tais como separação da Igreja do Estado, secularização dos cemitérios, casamento civil, etc. estavam talhadas de molde a justificar essa identificação.

Personificado no governo republicano o adversário a combater, Antonio Conselheiro declarou-se monarquista. Nas regiões onde ele predominava continuaram a prevalecer as leis e os atos do tempo da Monarquia. Recusou-se a receber moeda que tivesse dizeres da República, só tendo curso como valiosa a que trazia a efígie do monarca deposto; aconselhou francamente que não se pagasse impostos ao governo republicano e nem consentia que se tivessem por válidos os atos do estado civil que não fossem realizados de acordo com as leis religiosas. Secundado pela luta que o clero católico do país abriu contra essas reformas, amparado pelas crenças monárquicas e religiosas da população sertaneja, o prestígio de Antonio Conselheiro atingiu o apogeu. O atestado da sua atividade nesse prazo e da força da convicção religiosa que despertava está escrito ao vivo pelas paróquias do interior deste Estado, nos inúmeros cemitérios, capelas e igrejas que nelas edificou. O rebanho de fiéis que o acompanhava, e para o qual a fé cega na sua santidade já era dogma incontrovertível, contou com milhares de pessoas.

E derramada a fama dos seus milagres pelos infintos sertões dos estados do Norte e do Centro do país acorreram, dos pontos mais remotos, em contínuas e intermináveis caravanas, multidões de crentes e devotos, a ouvir a palavra inspirada do profeta, a buscar a desobriga dos seus pecados, a receber na fase tormentosa e agitada porque está passando o país a senha da conduta e dos

flagícios que melhor abrandem e desarmem a cólera divina provocada pela ingratião usada com o velho monarca decaído, e que lhes haja de granjear pelo menos a felicidade celeste, já que na terra vai perdida a esperança de reavê-la.

A coerência do seu delírio se demonstra na correção com que desempenha o papel de enviado de Deus. A sua vida, em que o desprezo das preocupações mundanas o leva a prescindir de todos os cuidados higiênicos do corpo, se prende de menos possível à contingência dos mortais. Antonio Conselheiro não dorme, não come ou não come quase. O seu viver é uma oração contínua e contínuo é o seu convívio com Deus, provavelmente de origem alucinatória.

São todos acordes em confessar que na população que o seguia jamais consentiu ou patrocinou desmandos ou atentados contra a propriedade ou contra pessoas.

À insubordinação contra o governo civil seguiu-se a revolta contra os poderes eclesiásticos. Foi, ainda, o reconhecimento do governo pelo clero que mais acentuou as desinteligências em que Antonio Conselheiro se tinha visto envolvido com alguns vigários no começo das suas missões. Depois disso, Antonio Conselheiro tinha chegado a viver de perfeita harmonia com os párocos de algumas freguesias. Mas, em seguida ao reconhecimento da República foi-se estabelecendo de novo profundo desacordo entre eles. Conta-se que, tendo-lhe alguém objetado que tanto não era maçônico o governo republicano que o Papa tinha aconselhado o clero francês a reconhecê-lo, Antonio Conselheiro declarou que se o Papa tinha, de fato, dado semelhante conselho, o Papa tinha andado mal. Por último, o cisma tornou-se franco e não pôde mais haver acordo possível entre ele e as autoridades eclesiásticas.

Tentou-se nestes últimos anos uma missão de catequese entre os adeptos de Antonio Conselheiro. Mas os frades capuchinhos a que fora cometida essa missão, apesar da recepção senão de todo hostil pelo menos reservada do Conselheiro, tiveram de fugir diante da atitude ameaçadora dos discípulos e da turba do profeta, declarando formalmente ao regressar que só a intervenção armada dos poderes civis poderia por bom termo àquela anomalia.

Parece que aquilo que a catequese de tempos idos obteve do índio feroz e canibal, no recesso das matas virgens do Novo Mundo, na ignorância completa dos costumes, da língua do aborígene a quem mais irritavam e tornavam ferozes as perseguições cruéis do conquistador, a catequese dos tempos que correm não pôde conseguir de uma população naturalmente inclinada à generosidade e à religião. E é tarefa mais fácil e expedita destruir os recalcitrantes à bala do

que convertê-los pela lenta persuasão religiosa. No entanto, a necessidade de chamar a grande massa de povo que o seguia à obediência das leis da República, que nem ele nem os seus sequazes queriam admitir, fez prever desde logo a todo o mundo que a luta havia de passar forçosamente da simples propaganda pela palavra para o terreno da ação pelas armas.

Em seguida a diversos insucessos de pequenas expedições policiais, Antonio Conselheiro deixou a vila de Bom Jesus quase por ele edificada e internando-se pelo sertão foi estabelecer o quartel general da propaganda em Canudos, reduto de difícil acesso e que em curto prazo Antonio Conselheiro havia transformado de estância deserta e abandonada em uma vila florescente e rica.

Quando a necessidade obrigou a tornar efetiva a obediência à lei, Antonio Conselheiro achava-se admiravelmente aparelhado para a resistência pela natureza do local ocupado. As conseqüências dessa luta são conhecidas.

Sucessivamente três expedições militares, cada qual mais poderosa, têm naufragado em Canudos, infligindo ao exército brasileiro dolorosas perdas e lamentáveis revezes. Cem praças comandadas pelo alferes Pires Ferreira foram destroçadas em Uauá; cerca de quinhentos soldados da expedição do major Febronio de Brito foram batidos na serra do Cambaio e tiveram de efetuar uma retirada perigosíssima. Cerca de 1.500 homens da expedição comandada pelo coronel Moreira Cezar foram destroçados em Canudos, sucumbindo o chefe da expedição. Hoje o exército brasileiro em peso bate-se já há três meses em Canudos, os hospitais regurgitam de feridos, é elevado o número de oficiais mortos, e não se sabe ao certo quando terminará a luta.

Alguma coisa mais do que a simples loucura de um homem era necessária para este resultado e essa alguma coisa é a psicologia da época e do meio em que a loucura de Antonio Conselheiro achou combustível para atear o incêndio de uma verdadeira epidemia vesânica.

As leis que regem a manifestação epidêmica da loucura são precisamente as mesmas que Lasègue e Falret formularam, desde 1877, para o caso mais simples do contágio vesânico, o caso do delírio a dois. Três momentos básicos reconhecem essas leis.

Em primeiro lugar, a existência de um elemento ativo que cria o delírio e o impõe à multidão que passa a representar o elemento passivo do contágio¹.

¹ Em rigor, no elemento passivo do contágio vesânico a loucura é toda superficial e sem raízes. Para fazê-la desaparecer de todo basta retirar os indivíduos do ambiente sugestivo em que se acham. (Nota de Nina-Rodrigues).

Aceitando embora as idéias delirantes, a multidão reage por seu turno sobre o elemento ativo, retificando, emendando, coordenando o delírio que só então se torna comum.

Em segundo lugar, é indispensável uma convivência prolongada das duas ordens de espíritos, «vivendo uma vida comum, no mesmo meio, partilhando o mesmo modo de interesses, os mesmos temores, as mesmas esperanças e estranhos a qualquer outra influência exterior».

Em terceiro e último lugar, o contágio do delírio requer nele «um caráter de verossimilhança à sua manutenção nos limites do possível, repousando em fatos ocorridos no passado ou em temores e esperanças concebidas para o futuro».

Em Canudos representa de elemento passivo o jagunço que, corrigindo a loucura mística de Antonio Conselheiro e dando-lhe umas tinturas das questões políticas e sociais do momento, criou, tornou plausível e deu objeto ao conteúdo do delírio, tornando-o capaz de fazer vibrar a nota étnica dos instintos guerreiros, atávicos, mal extintos ou apenas sofreados no meio social híbrido dos nossos sertões, de que o louco como os contagiados são fiéis e legítimas criações. Ali se achavam de fato, admiravelmente realizadas, todas as condições para uma constituição epidêmica de loucura.

O jagunço é um produto tanto mestiço no físico que reproduz os caracteres antropológicos combinados das raças de que provém quanto híbrido nas suas manifestações sociais, que representam a fusão quase inviável de civilizações muito desiguais.

Pelo lado etnológico, não é jagunço todo e qualquer mestiço brasileiro. Representa-o em rigor o mestiço do sertão, que soube acomodar as qualidades viris dos seus ascendentes selvagens, índios ou negros, às condições sociais da vida livre e da civilização rudimentar dos centros que habita. Muito diferente é o mestiço do litoral que a aguardente, o ambiente das cidades, a luta pela vida mais intelectual do que física e uma civilização superior às exigências da sua organização física e mental enfraqueceram, abastardaram, acentuando a nota degenerativa que já resulta do simples cruzamento de raças antropológicamente muito diferentes, e criando, numa regra geral que conhece muitas exceções, esses tipos imprestáveis e sem virilidade que vão desde os degenerados inferiores, verdadeiros produtos patológicos, até esses talentos tão fáceis, superficiais e palavrosos quanto abúlicos e improdutivos, nos quais os lampejos de uma inteligência vivaz e de curto vôo correm parelhos com a falta de energia e até de perfeito equilíbrio moral.

No jagunço, ao contrário, revelam-se inteiriços o caráter indomável do índio selvagem, o gosto pela vida errante e nômade, a resistência aos sofrimentos físicos, à fome, à sede, às intempéries, decidido pendor pelas aventuras da guerra, cuja improvisação eles descobrem no menor pretexto, sempre prontos e decididos para as razias das vilas e povoados, para as depredações à mão armada, para as correrias de todo o gênero que os interesses do mando, as exigências da politicagem e as ambições de aventureiros fazem suceder-se de contínuo por toda a vasta extensão das zonas pouco habitadas do país.

Seria desconhecer o nosso próprio país acreditar que nessas vastas regiões seja mais do que nominal a existência da civilização européia. O que ali impera é um compromisso entre as tendências para uma organização feudal por parte da burguesia abastada e a luta das represálias de tribos bárbaras ou selvagens por parte da massa popular.

Todas as grandes instituições que na civilização deste fim de século garantem a liberdade individual e dão o cunho da igualdade dos cidadãos perante a lei, sejam políticas como o direito do voto, o governo municipal autônomo etc., sejam judiciárias como o funcionamento regular dos tribunais, tudo isso é mal compreendido, sofismado e anulado nessas longínquas paragens. O que predomina soberana é a vontade, são os sentimentos ou os interesses pessoais dos chefes, régulos ou mandões, diante dos quais as maiores garantias da liberdade individual, todas as formas regulares de processo, ou se transformam em recurso de perseguição contra inocentes, se desafetos, ou se anulam em benefício de criminosos quando amigos. E a mais das vezes a execução dessa vontade soberana é sumaríssima, e em nada diferem os processos escolhidos do que eram os adotados pelo selvagem que antes do europeu possuiu este país.

Antigamente eram estes senhores feudais os grandes estancieiros, os criadores abastados, os proprietários de engenho; atualmente são principalmente os chefes políticos locais, os amigos do governo, os fabricantes de eleitores fantásticos.

A luta entre os que estão de posse do poder e os que disputam essa posse, admiravelmente favorecida nos tempos monárquicos pelo revezamento no governo dos dois partidos constitucionais, mas então como ainda hoje melhor favorecida ainda pelas intrigas e arranjos das camarilhas que cercam os governos centrais, sempre trouxe dividida a população sertaneja em dois grupos opostos e rivais, em dois campos inimigos e irreconciliáveis, capitaneados por

verdadeiros régulos, de que os jagunços representavam apenas o exército, a força material.

Esta situação que o jagunço não chega mesmo a compreender mas de que acaba sempre sendo o responsável legal, oferece-lhes todavia o melhor ensejo para satisfação dos seus instintos guerreiros.

Foi sempre nessas lutas, políticas ou pessoais, que se revelaram todas as qualidades atávicas do mestiço. Dedicado até a morte, matando ou deixando-se matar sem mesmo saber por que, foi sempre inexcedível o valor com que se batiam, consumada a tática, a habilidade de guerrilheiros que punham em prática, lembrando as lutas heróicas do aborígine contra o invasor europeu.

Essas qualidades, que tão grande realce dão hoje às guerras que se pelejam em Canudos, não são, pois, peculiares às tropas de Antonio Conselheiro; são característicos do jagunço.

Como Vila-Nova, como João Abade, era jagunço Gumerindo Saraiva, o terrível cabo de guerra que dos pampas do Rio Grande, à frente das suas hostes veio bater às portas de São Paulo; é jagunço Montalvão, o destemido general das guerrilhas de Andaraí e o foram os Araújo e Maciéis do Ceará, os Ledos e Leões do Grajaú, no Maranhão, e um pouco por toda parte, todos os guerrilheiros dos sertões do Brasil inteiro.

Belicamente, Canudos é, pois, um caso apenas, e mais nada, dos ataques de Xique-Xique, Andaraí, Cochó, Brejo-Grande, Lençóis, Belmonte, Canavieiras etc., neste estado; de Carolina e Grajaú, no Maranhão; de mil outras localidades de Goiás, Pernambuco, Minas Gerais, etc.

Mas para que bem se possa compreender a importância que neste elemento belicoso devia tornar o caso de Canudos, é preciso atender a que era Canudos a primeira luta pelejada no Brasil em nome das convicções monárquicas, que são as convicções do sertanejo.

Para acreditar que pudesse ser outro o sentimento político do sertanejo, era preciso negar a evolução política e admitir que os povos mais atrasados e incultos podem, sem maior preparo, compreender, aceitar e praticar as formas de governo mais liberais e complicadas.

A população sertaneja é e será monarquista por muito tempo, porque no estádio inferior da evolução social em que se acha, falece-lhe a precisa capacidade mental para compreender e aceitar a substituição do representante concreto do poder pela abstração que ele encarna, — pela lei. Ela carece instintivamente de um rei, de um chefe, de um homem que a dirija, que a conduza, e por muito

tempo ainda o presidente da República, os presidentes dos estados, os chefes políticos locais serão o seu rei, como, na sua inferioridade religiosa, o sacerdote e as imagens continuam a ser os seus deuses. Serão monarquistas como são fetichistas, menos por ignorância, do que por um desenvolvimento intelectual, ético e religioso, insuficiente ou incompleto.

O que é pueril é exigir que essas populações compreendam que a federação republicana é a condição, a garantia da futura unidade política de um vasto país em que forçosamente hão de concorrer povos, muito diferentes de índole, de costumes e de necessidade, o que requer uma elasticidade de ação que não poderia oferecer a centralização governamental da Monarquia.

O que não se pode exigir delas é que reconheçam que as dificuldades do momento são a consequência lógica e natural dos ensaios, tentativas e experiências de adaptação do povo que procura a orientação toda pessoal que mais lhe há de convir na nova organização política. Para essa população, o raciocínio não pode ir além da comparação da situação material do país antes e depois da República. A Monarquia era os viveres baratos, a vida fácil; a República é a vida difícil, a carestia dos gêneros alimentícios, o câmbio a zero.

Por seu turno, não é peculiar a Canudos a tendência a se constituir em uma epidemia vesânica de caráter religioso.

Se os estudos que tenho publicado sobre a religiosidade fetichista da população baiana² não ministrassem já documentos suficientes para se julgar da crise em que se encontra o seu sentimento religioso no conflito entre a imposição pela educação que recebe a população, de um ensinamento religioso superior à sua capacidade mental, e a tendência para as concepções religiosas inferiores que requer a sua real capacidade efetiva, nós poderíamos corroborá-las com a prova do que neste momento se passa nesta cidade com relação à interna epidemia de varíola que desapiedadamente a flagela. Por menos observador que seja o espírito, por mais que o disfarce o lixo que cobre as ruas da cidade, não é possível percorrê-la sem notar a singularidade de haver em cada canto de rua milho estalado ao fogo, de mistura com azeite de dendê. Em um só dia que as exigências da clínica me fizeram percorrer grande parte da zona mais vitimada pela varíola, tive ensejo de contar vinte e tantos desses estranhos depósitos feitos da noite precedente.

² Veja *O animismo fetichista dos negros baianos* na Revista [Brasileira] de 15 de abril, 1 de maio, 15 de junho, 1 e 15 de julho, 1 de agosto e 4 de setembro de 1896. (Nota de Nina-Rodrigues).

Prende-se este fato a uma crença fetichista africana profundamente enraizada na nossa população. A erupção variolosa representa para ela apenas uma manifestação da possessão pelo *orixá* Saponan, Homonolú ou Abaluaê.³

Decorrem desta concepção crenças populares que se transformam em obstáculos insuperáveis à aplicação regular das medidas sanitárias profiláticas. A população de cor despreza a vacina porque está convicta de que o melhor meio de abrandar a cólera do *orixá* é fazer-lhe sacrifícios que consistem em lançar nos cantos das ruas em que ele habita a sua iguaria favorita — milho estalado em azeite de dendê.

Muitos acreditam que trazendo milho assim preparado nos bolsos ou debaixo do leito estão suficientemente preservados. E pior do que tudo isso é a convicção imposta pelo rito iorubano, de que o santo ou *orixá* exige que longe de fugir, todos se aproximem dele.

Não é mais complicada a terapêutica que deriva crenças. Basta dar ao doente o que é preciso para alimentar o santo, farinha de milho e azeite de dendê. Dizem que as negras chegam a untar o corpo dos seus doentes com o azeite divino. Referiram-me, como prova da eficácia da terapêutica animista, que na convalescença de uma varíola confluyente grave, a filhinha de um médico mestiço descia do leito e ingeria impunemente a farofa de milho e azeite de dendê depositos debaixo da cama em oferta a Saponan.

Ora, se na população da capital têm curso práticas e doutrinas desta natureza, pode-se prever o que há de ser a religião dos sertanejos. Para esta população, as abstrações religiosas são fortes demais. A necessidade de uma divindade tangível e material se impõe com força suficiente para destruir todo o prestígio de uma crença cuja história ela aprendeu de cor, mas que transcendente demais, não lhe pode criar a emoção do sentimento religioso.

A chacun des degrés de leur évolution — escreveu Spencer — *les hommes doivent penser avec les idées qu'ils possèdent. Tous les changements qui attirent leur attention et dont ils peuvent observer les origines ont des hommes et des animaux pour antécédents; par suite, ils sont incapables de se figurer les antécédents en général sous d'autres formes, et ils donnent ces formes aux puissances créatrices. Si l'on veut alors leur enlever ces conceptions concrètes, pour leur donner à la place des conceptions comparativement abstraites, leur esprit n'aura plus de conceptions du tout, puisque ces conceptions nouvelles ne pourront être représentées dans*

3 * A grafia usada por Nina-Rodrigues é «*orisá*». As grafias atuais dos nomes deste *orixá* são: Xapanã, Omulú ou Obaluaê (Nota da revisora).

l'entendement. Il aura été de même à chaque époque de l'histoire des croyances religieuses, depuis la première jusqu'à la dernière.^{4,5}

Alimento a suposição de ter demonstrado com fatos que a população brasileira é puramente fetichista, ainda mesmo na afirmação das suas crenças católicas.

A divinização de Antonio Conselheiro devia, pois, dar plena satisfação às necessidades do seu sentimento religioso. Era a satisfação do seu fetichismo instintivo dentro da educação religiosa cristã que essa população recebe desde o berço, embora sem poder assimilá-la suficientemente.

Explica-se assim a facilidade com que Antonio Conselheiro suplantou o prestígio do clero católico. Mas antes de Antonio Conselheiro já este prestígio tinha sido invariavelmente suplantado todas as vezes que o clero teve de combater uma *tournaire* fetichista mais escandalosa dada pela população a práticas do culto católico.

Já demonstramos uma vez⁶ a ineficácia das condenações do clero como recurso contra uma verdadeira romaria fetichista a Santo Antonio da Barra, aqui nesta capital.

Igualmente ineficazes foram as medidas repressivas empregadas para obstar que a população continuasse a afluir aos atos divinos realizados na igreja interdita de Nossa Senhora das Candeias e por um sacerdote suspenso de ordens. De todos esses exemplos, porém, o mais grave é o do padre Cícero, em Juazeiro no Ceará. Eis como o descreve em um artigo sob o título expressivo de 'Contumácia', [o jornal] a *Cidade do Salvador*, conceituado órgão católico desta cidade:

O povo diz que vê a sagrada hóstia desfazer-se em sangue na boca da beata, e jura que Deus faz sentir o seu poder e a sua misericórdia naquelas paragens. Bandos e bandos de peregrinos de todas as circunvizinhanças abandonaram os seus lares e correram a presenciar o milagre. Intervém a autoridade eclesiástica, examina maduramente a ques-

4 * «A cada grau de sua evolução, os homens devem pensar com as suas próprias idéias. Todas as mutações que atraem sua atenção, e de que eles podem observar as origens, têm homens e animais como antecedentes; por consequência, são incapazes de representar os antecedentes em geral de outra maneira, e dão essas formas aos poderes criadores. Caso se queira retirar-lhes estes conceitos concretos, para substituí-los por conceitos comparativamente abstratos, seu espírito não terá mais a concepção do todo, pois estes novos conceitos não poderão ser representados mentalmente. Terá sido assim a cada época da história das crenças religiosas, desde a primeira até a última delas.» (Nota da revisora).

5 Spencer, Herbert. *Les premiers principes*. 5a. ed. Paris: Félix Alcan, 1888, p. 87. (Nota de Nina-Rodrigues).

6 Ilusões da catequese no Brasil. *Revista [Brasileira]* de 15 de março de 1897. (Nota de Nina-Rodrigues).

tão, aprecia-a sob todas as suas faces, estuda com atenção, e depois de aturado exame, resolve que o fato que tanto ruído fizera, não passa de uma farsa, de um ardid, que é preciso desmascarar. Grandes são os trabalhos, enormes os esforços do diocesano para fazer calar no ânimo daquele povo crédulo e exaltado a falsa persuasão do milagre. Segue a Roma a questão, é confirmado o *veredictum* do bispo da Diocese. Recolhe-se a uma casa religiosa a beata, suspende-se o padre que se torna contumaz no seu erro, proíbe-se a crença do fato milagroso. Mas o povo continua a crer no seu milagre; o padre suspenso continua a residir na mesma localidade e em seus arredores; é considerado uma vítima de insidiosa intolerância: e tudo isto serve de fermento para novos inconvenientes. E aqui está um sacerdote, obrigado a acatar e respeitar a voz da Igreja, a zelar e defender a inteireza de sua doutrina, a obedecer e submeter-se às determinações de seus superiores hierárquicos, a ser a pedra de escândalo de uma paróquia, quicá do Brasil inteiro, o cabeça de uma revolta funesta e fatal, o provocador de um cisma latente e perigoso, que se não for sopitado e abafado, virá a trazer dias de amarguras para a santa Igreja e para a Pátria brasileira.

Nesta população de espírito infantil e inculdo, assim atormentada por uma aspiração religiosa não satisfeita, forçosamente havia de fazer profunda sensação a figura impressionante de um profeta ou enviado divino desempenhada por um delirante crônico na fase megalomaniaca da psicose. «*Tous ces malades sont fiers, dignes et magesteux dans leur attitude — escreve Régis — et ils ne déparent pas un seul instant de leur sérieux et de leur solennité. On dirait les acteurs de tragédie chargés de quelque rôle royal qui continueraient en public et dans le costume de leur emploi à jouer leurs personnages.*»⁷

Tal é a origem e a explicação da força sugestiva do Conselheiro no papel de elemento ativo da epidemia de loucura de Canudos.

Mas foi o instinto belicoso, herdado por essa população do indígena americano, que, para dar satisfação pelas armas às suas aspirações monarquistas, se apoderou do conteúdo do delírio de perseguição de Conselheiro que, nas suas concepções vesânicas tinha acabado identificando a República com a maçonaria.

E foi este o segredo da bravura e da dedicação fanatizada dos jagunços que, de fato, se batiam pelo seu rei e pela sua fé.

7 * Sem referência da obra de Régis. «Todos esses doentes são orgulhosos, dignos e majestosos em sua atitude, e não deixam por um só instante sua seriedade e sua solenidade. Diria-se que são atores de tragédia encarregados de um papel de rei que continuassem, em público e ainda vestidos a caráter, a representar seus personagens». (Nota da revisora).

Juliano Moreira (1873-1933)

ANA MARIA GALDINI RAIMUNDO ODA

JULIANO MOREIRA: CLIMA, RAÇA, CIVILIZAÇÃO E ENFERMIDADE MENTAL

Os praticantes de cada especialidade profissional costumam eleger como seus fundadores aquelas pessoas que se destacaram por sua excepcionalidade ou os indivíduos que sintetizaram as melhores qualidades e os atributos exemplares, no julgamento de seus pósteros. Sendo assim, uma breve análise da biografia de Juliano Moreira faz compreender sua representação como o principal fundador da moderna Psiquiatria brasileira¹.

Juliano Moreira (1873-1933) nasceu em Salvador e graduou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1891 – muito jovem, portanto – com a tese *Etiologia da sífilis maligna precoce*. Ainda que as informações sobre sua origem sejam escassas, sabe-se que era de uma família de trabalhadores modestos; seus pais eram pessoas livres, descendentes de africanos escravos (vale lembrar que a abolição da escravidão no Brasil se deu em 1888, quando Moreira tinha 15 anos de idade). Faleceu aos 60 anos, de complicações da tuberculose, doença que o acompanhara desde a juventude.



Juliano Moreira (1873-1933).
Foto sem data. Acervo da Dra.
Fátima Vasconcellos

1 Nesta apresentação, usei principalmente os seguintes trabalhos:

- Ana Maria G. R. Oda. *Alienação mental e raça: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina-Rodrigues*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- Ana Maria G. R. Oda e Walmor Piccinini. Dos males que acompanham o progresso do Brasil: a psiquiatria comparada de Juliano Moreira e colaboradores. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n. 4, p. 788-793, 2005.

Agradeço a doutora Fátima Vasconcellos pela gentil cessão das fotos de Juliano Moreira, de seu acervo pessoal.

Entre 1896 e inícios de 1903, foi professor assistente da cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da Faculdade de Medicina da Bahia. Moreira esteve em viagens de estudos na Europa, onde se ligou a grupos de pesquisa em dermatologia e sifilografia, especialmente na Alemanha, e frequentou cursos nos serviços de Flechsig, Krafft-Ebing, Gilles de La Tourette, Valentin Magnan, etc. Neste verdadeiro périplo psiquiátrico, conheceu serviços na Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Holanda, Itália, França, Áustria e Suíça.

Mudou-se para o Rio de Janeiro em 1903, para dirigir o Hospício Nacional de Alienados, o que fez por quase 30 anos, até 1930. Transferir-se para o Rio significou abandonar a carreira universitária principiada na Bahia, uma vez



Juliano Moreira e equipe do Hospício Nacional de Alienados.
Foto sem data. Acervo da Dra. Fátima Vasconcellos.

que jamais seria professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Assim, tornou-se um influente “chefe de Escola” sem cátedra, exercendo efetivamente importantes atividades docentes como diretor do Hospício Nacional, junto aos estudantes de medicina que ali estagiavam e jovens médicos que se aprimoravam em Psiquiatria.

Moreira seguiu cultivando relações científicas com universidades e serviços de excelência em todo o mundo, alinhando-se às correntes que então representavam a modernização teórica da Psiquiatria e da sua prática hospitalar. Quando assumiu o Hospício Nacional, empreendeu um ambicioso projeto reformador, visando mudanças no funcionamento institucional, tais como: melhoria das instalações destinadas aos internos; separação entre adultos e crianças; instalação de laboratórios de patologia e de análises bioquímicas; ampliação expressiva do corpo clínico, com entrada de mais psiquiatras, além de neurologistas, clínicos, pediatras, oftalmologistas, ginecologistas e odontólogos; abolição do uso de coletes e camisas de força e a retirada de grades de ferro das janelas;

uma escola para formação especializada de enfermeiros psiquiátricos; e estabelecimento de rotinas para os registros administrativos, estatísticos e clínicos.

O diretor do Hospício Nacional aglutinou ao seu redor um grupo de médicos muito ativos, muitos dos quais viriam a ser, eles próprios, os pioneiros de diversas especialidades médicas, tais como Neurologia (Antonio Austregésilo), Clínica Médica e Infectologia (Miguel Pereira), Pediatria (Fernandes Figueira), Medicina Legal e Psiquiatria Forense (Afrânio Peixoto e Heitor Carrilho) e Cirurgia (Álvaro Ramos). Sua atuação institucional incluiu ainda a organização da Assistência aos Alienados (mais tarde, Serviço Nacional de Assistência aos Psicopatas), tendo sido uns dos principais responsáveis pela redação da legislação federal respectiva, apresentada ao Congresso Nacional pelo médico alienista e deputado João Carlos Teixeira Brandão, promulgada em dezembro de 1903.

A consolidação de outro pilar da medicina nacional teve o seu apoio decisivo: ele foi co-fundador de importantes periódicos médicos, como os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins* (1905) – o primeiro exclusivamente dedicado à neuropsiquiatria, editado por Moreira e Afrânio Peixoto –, os *Arquivos Brasileiros de Medicina* (1911) e os *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro* (1930). Prezando muito a vida associativa, foi um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1907), presidente de honra da Liga Brasileira de Higiene Mental, presidente da Academia Brasileira de Ciências e presidente da seção Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Psicanálise, e ainda membro de várias sociedades científicas nacionais e internacionais.

Interessado em estudos de Psiquiatria Comparada – depois chamada de Etnopsiquiatria, Psiquiatria Transcultural e Psiquiatria Cultural – Moreira produziu vários artigos e comunicações em congressos internacionais sobre o tema. Entre 1905 e 1906, ele se correspondeu com Emil Kraepelin, que pretendia vir ao Brasil para uma expedição de pesquisa etnopsiquiátrica, o que acabou por não ocorrer². Vale ressaltar que o alienista brasileiro não aceitava todas as proposições sobre a psicopatologia dos habitantes dos trópicos que vinham dos autores europeus. Colocando-se em posição intelectual de igualdade com seus interlocutores estrangeiros, ele criticava pelo menos três crenças dominantes na Psiquiatria Comparada dos começos do século vinte: primeiro, afirmava

² Várias cartas de Moreira para Kraepelin foram traduzidas e comentadas por Paulo Dalgarrondo no livro *Civilização e loucura: uma introdução à história da etnopsiquiatria*. São Paulo: Lemos, 1996.

que não havia doenças mentais próprias dos climas tropicais; segundo, defendia que a condição racial de um indivíduo não daria imunidade nem tampouco favoreceria o aparecimento de formas específicas de insanidade mental; e, terceiro, recusava a tese da inferioridade mental inata dos negros, atribuindo as diferenças intelectuais e culturais entre brancos e negros a fatores sociais e educacionais.

Discordando da idéia que as misturas raciais pudessem trazer malefícios à saúde física e mental, Moreira divergia abertamente de seu colega da Faculdade da Bahia, Raimundo Nina-Rodrigues, que defendia o ponto de vista oposto, ou seja, acreditava que os negros vinham contribuindo negativamente na formação do povo brasileiro e que os mestiços eram mais predispostos à degenerescência e ao desequilíbrio mental. Este foi um debate interrompido precocemente, pela inesperada morte de Nina-Rodrigues, em 1906, mas que seguiria ecoando nos trabalhos subseqüentes de Moreira.

Publicamos nesta Antologia dois textos de Juliano Moreira, sendo que o primeiro deles ('As doenças mentais nos climas tropicais', de 1906) tem co-autoria de Afrânio Peixoto (1876-1947). Este foi aluno de Moreira e de Raimundo Nina-Rodrigues na Faculdade de Medicina da Bahia, sendo que ambos escreveram o prefácio à reimpressão da tese de doutoramento de Peixoto, *Epilepsia e crime* (1898). Era muito próximo de Moreira e foi alienista do Hospício Nacional, substituindo o seu diretor em diversas ocasiões. Interessado em Psiquiatria e em Medicina Legal, mais tarde Peixoto foi professor da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro e diretor do Instituto Médico Legal, fez carreira política e exerceu cargos importantes na área de educação, tendo sido também romancista e membro da Academia Brasileira de Letras.

No trabalho publicado em 1906 nos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria* (originalmente uma comunicação em francês apresentada ao XV Congresso Internacional de Medicina de Lisboa), os autores defendem suas idéias demonstrando que conhecem perfeitamente a produção científica internacional e os pontos cruciais do debate. Como premissa geral, Moreira e Peixoto supõem que o progresso material do Brasil vinha sendo acompanhado de vários males e enfermidade, e que as exigências da vida civilizada, a superpopulação nas grandes cidades, a dissolução dos costumes, a pobreza urbana, o esgotamento físico e mental dos tempos modernos poderiam ser causas de um suposto aumento nas

taxas de doenças mentais ou ainda do surgimento de certas manifestações psicopatológicas³.

Depois de revisar a ocorrência das principais síndromes mentais no Brasil, baseados principalmente nas estatísticas do Hospício Nacional, Moreira e Peixoto concluem que não há influência direta do clima ou da raça sobre os sintomas ou a evolução clínica de tais enfermidades. Eles pensam que é no grau de instrução dos indivíduos, principalmente, que residiria a explicação das diferentes manifestações sintomáticas. Também ressaltam que os indivíduos originários de países frios não sofreriam, necessariamente, uma ação negativa do clima tropical sobre seu sistema nervoso. Ao insistirem na igualdade das manifestações psicopatológicas em climas quentes e frios, os autores brasileiros parecem também estar recusando a imagem exótica da loucura nos países tropicais, que os alienistas europeus vinham construindo desde meados do século dezenove⁴.



Hospício Pedro II no Rio de Janeiro.

O segundo texto de Juliano Moreira aqui publicado é de 1925, 'A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental', editado nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Nele, o autor considera que o Brasil deveria cuidar muito seriamente da seleção dos estrangeiros que aqui aportavam, organizando um programa de profilaxia de enfermidades mentais, restringindo a entrada de imigrantes alienados, dos alcoolistas e dos analfabetos, e repatriar aqueles que, dentro de doze meses após sua chegada, viessem a apresentar qualquer problema mental. Este documento, de tom quase propagandístico, deve ser lido compreendendo qual era o significado então atribuído à "higiene mental". Para Moreira – bem como para o grupo de higienistas e psiquiatras do qual ele era uma liderança científica e política expressiva – na luta contra as chamadas degenerescências nervosas e mentais, os inimigos a combater eram o alcoolismo,

3 Crença que era compartilhada pela maioria dos alienistas, pelo menos desde Esquirol (entre outros, veja-se o nosso artigo: Oda, Ana Maria G. R.; Banzato, Cláudio E. M.; Dalgalarondo, Paulo. Some origins of Cross-Cultural Psychiatry. *History of Psychiatry*, vol. 16, n. 2, p. 155-169, 2005.

4 Sobre este trabalho de Moreira e Peixoto, veja-se o citado artigo de Oda e Piccinini, 2005.

a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas, sem “ridículos preconceitos de cores ou castas”, segundo sua expressão. Credo no papel fundamental da ciência na construção de um Brasil moderno e “civilizado”, estes higienistas defendiam que a função mais importante da Psiquiatria era a profilaxia, a promoção da higiene mental e da eugenia ou melhoramento da população – uma eugenia de matriz sanitaria, diferente da eugenia de cunho racalista (o branqueamento ou a arianização do povo) defendida por outros médicos e intelectuais brasileiros, na mesma época⁵.

Finalizando esta apresentação, resta dizer que os ensaios brasileiros aqui publicados são ricas fontes de estudo que podem ser lidas de muitas maneiras, pois são textos onde se cruzam momentos-chave da história do Brasil e da história da Psiquiatria e da Psicopatologia. Neles se revelam indícios da construção da Psiquiatria como campo científico, em contextos específicos, permitindo que reconhecamos a determinação histórica e cultural das práticas científicas.



Juliano Moreira (1873-1933). Acervo pessoal da Dra. Fátima Vasconcellos.

As doenças mentais nos climas tropicais¹

JULIANO MOREIRA E AFRÂNIO PEIXOTO²

As questões de geografia médica perderam muito da importância atribuída a elas quando se acreditava que cada região da terra tinha, conforme sua latitude e longitude, uma característica mórbida, assim como determinada característica etnográfica, zoológica ou fitográfica, etc.

Estas concepções eram facilitadas por uma noção demasiadamente ampla, e por isso mesmo mal delimitada, das zonas climáticas. Sob o império de tais idéias teóricas e antes de se haverem realizado pesquisas realmente científicas em cada região, atribuíam-se a cada clima certa patologia, clara, precisa, e expressamente separada de todas as outras por delimitações exatas.

Tais preconceitos patológicos resultavam em grande parte da falta de uma noção etiológica positiva, em consequência dos conhecimentos insuficientes da época, e da ausência de estudo clínico comparado, que as conclusões apressadas dos médicos viajantes não permitiam.

A etiologia mais esclarecida de nosso tempo e a higiene mais bem preparada de nossos dias vieram dissipar crenças mal fundadas e reduzir a questão a seus verdadeiros termos.

⁵ Para uma análise detalhada deste texto de Moreira, veja-se o artigo de Ana Teresa A. Venancio e Cristiana Facchinetti: “Gentes providas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 8, n. 2, p. 356-363, 2005.

¹ Originalmente publicado em francês: *Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, volume 2, n.3, p. 222-241, 1906. Traduzido pela primeira vez para o português e publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 8, n. 4, p. 788-793, 2005. Tradução do francês de Monica Seincman. Revisão técnica da tradução e notas de Ana Maria G. R. Oda; tradução das frases em alemão de Paulo Dalgallarrondo. Agradecemos ao editor da *Revista Latinoamericana*, Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck, a autorização para o uso desta tradução. As referências citadas no corpo do texto (numeradas no original) tiveram sua forma de apresentação atualizada e padronizada (autor, ano). No artigo original, a lista bibliográfica final tem várias referências incompletas, que na presente edição foram completadas tanto quanto possível (Nota da revisora).

² *XV Congresso Internacional de Medicina*, Lisboa, 1906. Comunicação pelos doutores Juliano Moreira (ex-professor de Psiquiatria e Neurologia, diretor-alienista do Hospício Nacional de Alienados do Rio) e Afrânio Peixoto (ex-preparador de Medicina Legal, alienista do Hospício Nacional de Alienados do Rio), Brasil.

Reconheceu-se o quase cosmopolitismo de todas as doenças, ou pelo menos sua fácil aclimatação, já que concorrem, em qualquer que seja a região da Terra, certas condições necessárias ao seu desenvolvimento. Quase não há doença que não tenha sido observada tanto no Norte quanto no Sul, tanto no Oeste quanto no Leste. Não há região no mundo que particularmente possua uma única doença, e não há doença que não possa, mesmo em seus domicílios eventuais, ser exterminada pelos meios higiênicos de nosso tempo. Como exemplo da veracidade da primeira destas afirmações, citaremos o cólera e a peste. A febre amarela e a malária provam a veracidade da segunda.

O que há, quando existe, são variações clínicas, resultante complexa da intensidade mórbida, da resistência individual, da defesa higiênica, do combate terapêutico: conjunto de condições em que os coeficientes climáticos podem bem entrar em parte, mas para as quais eles jamais contribuem nem mediata nem diretamente. Esta é a observação geral, que não poderia infirmar fatos particulares, ainda obscuros e partindo de interpretação variada, que se lhe poderia opor.

Para empreender frutiferamente nosso estudo, é necessário ter noções exatas sobre os climas denominados tropicais. Jules Rochard teve o cuidado de nos prevenir que qualquer classificação dos climas é arbitraria. A sua não escapa a esta crítica, tendo sido, no entanto, adotada pela maioria dos higienistas. A base térmica adotada é passível de sérias objeções. É sempre verdade que as médias térmicas são como roupas prontas: nenhuma tem a medida certa. Na realidade, sabemos, quase não há climas de zonas, nem climas de regiões; há acima de tudo climas de localidades.

Entretanto, por ser cômodo ligar os climas de localidade a qualquer uma das grandes divisões que representam os climas de zona, cujas características são convencionalmente bastante bem definidas e conhecidas, declaramos que utilizamos para nossas comparações os documentos relativos aos países situados entre as isotermais de + 20° ao Norte e + 20° ao Sul.

* * *

Em patologia nervosa e mental, assim como em qualquer outra, não é temerário dizer (por ser um fato de observação) que *não existem doenças mentais climáticas*, ou mais particularmente que, em climas quentes, não se observa nenhuma forma patológica que seja estranha à neuropsiquiatria dos outros climas.

Esta afirmação baseia-se tanto em nossa própria experiência quanto na de nossos colegas de diversas regiões do mundo.

A leitura atenta das notas e das comunicações clínicas, esparsas nas revistas médicas de diversos países, mostrou-nos que elas não estão em contradição com a nossa própria observação.

O que viram Muñoz (1866) e Gustavo López (1891) em Cuba, Niven (*apud* van Brero) em Bombaim, Manning (1875-76) na Austrália, Grieves (1880-81), Law (1888) e Barnes (1891) na Guiana Inglesa, Sandwith (*apud* Peterson) e Peterson (1892) no Cairo, Greenless (1894; 1895) na África do Sul, Meilhon (1896) no Norte da África, Holsinger (1897) na Abissínia, Gillmore Ellis (1893) em Cingapura, Van Brero (1896; 1905) e Kraepelin (1904; 1904b) em Java, Ostrowsky (1899) na Pérsia, prova que nossas observações nas zonas quentes do Brasil podem se aplicar a todos os climas quentes do mundo.

Nossa observação teve um amplo campo de ação em um território imenso, compreendido em sua maioria entre os trópicos e possuindo, além disso, uma vasta região com clima temperado e ameno que nos permitia a comparação.

O Brasil que se estende, com efeito, na América do Sul, por 39 graus de latitude, entre 5°10' N. e 33°46' S., compreendendo uma superfície de 8.337.000 quilômetros quadrados, goza de zonas climáticas variadas. A zona tropical, tórrida ou equatorial tem uma temperatura média superior a 25°; uma outra, subtropical ou quente, mantém-se entre as isotermais de 20° a 23°, e uma terceira zona, temperada e amena, tem uma média térmica entre 15° e 20°.

Neste grande país, seja por nossa observação direta em sua quase totalidade (pois moramos em cidades de cada uma de suas circunscrições territoriais), ou pelas informações médicas de qualquer natureza, não pudemos encontrar qualquer afecção, nem mesmo uma variação ou um caráter particular em patologia mental, cuja responsabilidade direta e imediata possa ser atribuída ao clima. A lista das doenças mentais no Brasil é identicamente a mesma que nos outros países: a questão é apenas de dose e aparência, alterações às quais concorrem fatores complexos, que analisamos adiante.

Mesmo em uma dada região em que persistiriam quase todos os fatores, exceto o climático, pelas mudanças das estações, não se poderia tirar nenhuma conclusão relativa à influência da temperatura e das circunstâncias meteorológicas conexas.

Um gráfico anexo a este estudo³ mostra, com efeito, as curvas das máximas, das médias e das mínimas térmicas mensais no Rio de Janeiro durante 10 anos, projetadas sobre a linha da proporção dos casos de loucura sobrevividos nesta cidade e observados no Hospital Nacional de Alienados: é impossível chegar a uma dedução clara quanto à influência da temperatura etc. sobre as psicoses constatadas, visto os dados do problema que variam de um ano para outro. É verdade que, no mais das vezes, a admissão no Hospital não coincide com o início da doença, mas coincide, pelo menos na maioria dos casos, com as exacerbações que justificam a urgência da internação. A única dedução permitida é que se realmente o clima (pelo menos em seus componentes principais: temperatura, estado higrométrico etc.) influi nas determinações mórbidas mentais, esta influência é contrabalançada, mascarada e anulada pela complexidade obscura de outras condições de forma que é impossível atribuir-lhe uma importância ou um valor qualquer.

Esquirol (1838, p. 24) pensava que os climas quentes produzem menos loucos do que os temperados, sujeitos a grandes variações atmosféricas, e que havia menos alienados na Grécia, na Turquia, nas Índias do que no Norte da Europa. Mas é, também, nestas regiões que estão situados os países em que a assistência é mais desenvolvida. No entanto, nos países frios em que a civilização é atrasada e em que ainda não existem os inconvenientes da vida intensiva, como a Groenlândia, a Islândia, a Sibéria etc., não se tem notícia de que a loucura seja mais freqüente do que nas zonas quentes pouco civilizadas. Em contrapartida, no que diz respeito ao Brasil, a loucura se torna cada dia mais freqüente em suas zonas quentes, proporcionalmente aos progressos da civilização que, ao lado de suas grandes vantagens, acarreta o aumento dos vícios e das doenças crescendo, como parasitas, à sua sombra.

Nos climas quentes, qual é o valor das influências meteorológicas sobre os alienados? Esquirol (1838, p. 26) dizia que, nos equinócios, os alienados ficavam mais falantes. Conforme Guislain (1880), haveria algumas relações, difíceis de precisar, entre a exacerbação e a remissão da loucura, por um lado, e os tempos muito úmidos, os ventos, as tempestades e a eletricidade atmosférica, por outro.

Lombroso (1867) observara que, dois ou três dias antes das grandes variações atmosféricas, certos alienados, os estúpidos, os idiotas, os dementes e

principalmente os epilépticos ficam muito agitados, parecendo-se nisso a muitos dos animais.

Estudamos a questão comparando o levantamento dos ataques dos epilépticos do Hospital Nacional de Alienados com os dados meteorológicos do Observatório do Rio e da seção meteorológica da Marinha. Os fatores estudados foram a temperatura, o estado do céu (nuvens), a chuva, o estado higrométrico, a força e a direção do vento, a pressão atmosférica, as tempestades. Além disso, pesquisamos a influência das fases lunares.

Deste estudo minucioso, acreditamos poder concluir que, pelo menos quanto ao clima, não existem relações entre os fenômenos atmosféricos e o aparecimento dos ataques convulsivos nos epilépticos.

Nos países quentes, assim como nos países frios, ao observar com atenção e, em particular, os casos clínicos, observa-se que há grandes diferenças individuais e que, com freqüência, o modo de reagir de um doente não é semelhante em duas ocasiões aparentemente idênticas.

* * *

A comparação de algumas cifras de nossas estatísticas com as européias, assinalando as variações e as diferenças destes números para cada doença mental, nos permitirá indicar as causas prováveis do fato indicado.

Idiotia

A idiotia apresenta em nossas zonas climáticas com médias térmicas mais elevadas, assim como naquelas com médias menos elevadas, todas as formas descritas nos países frios. Comparando o que observamos no Brasil com o que vimos nos hospitais europeus, nada temos de particular a assinalar em nosso país. Nossa proporção inferior em relação a ela, relativamente aos outros países, é devida exclusivamente ao fato de que nossos Hospitais apenas recebem um número mínimo de casos de idiotia, os doentes mais inofensivos permanecem quase sempre confiados aos cuidados de suas famílias.

Imbecilidade e debilidade mental

Quanto à imbecilidade e à debilidade mental, podemos igualmente afirmar que elas não apresentam sintomatologicamente nada diferente do que se observa nos países frios. Sua grande freqüência em alguns distritos rurais não poderia

³ O referido gráfico não foi encontrado em nossa cópia do original de 1906. (Nota da revisora).

ser atribuída ao clima, porque esta freqüência existe em localidades com médias térmicas muito temperadas. Não acreditamos, aliás, que as duas modalidades de disfnias degenerativas sejam mais freqüentes no Brasil do que na Irlanda e na Rússia, por exemplo. As causas de sua freqüência, em nosso país, são as mesmas que em outros países. Pedimos observar, no entanto, que uma das mais graves, nos Estados da Bahia, Pernambuco, Ceará, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas e Espírito Santo, é o número extraordinário de doentes de ancilostomiase nos distritos rurais. Os descendentes destes doentes são freqüentemente imbecis ou débeis mentais, sem que nenhuma outra causa pareça ter concorrido para este resultado.

O alcoolismo, a sífilis e o impaludismo são os outros fatores da freqüência da imbecilidade, assim como da idiotia, em nossas zonas tropicais.

Neurastenia

Os números que figuram em nossas estatísticas são exíguos por dois motivos: o primeiro é que o lugar de nossa observação é um Hospital de Alienados, em que os doentes são sempre levados pela polícia ou por seus parentes, e a internação dos neurastênicos, em geral, não é urgente. O segundo motivo é que se a neurastenia tem como desenvolvimento, como acontece com bastante freqüência, uma perturbação mental mais grave ou mais notável, o caso em questão figura sob esta última rubrica. É preciso considerar, além disso, que duas das principais condições causais da neurastenia estão ainda em estado rudimentar no Brasil, mesmo em sua capital, a saber: a estafa por excesso de trabalho ou outro [excesso] e o esgotamento venéreo, principalmente por perversões sexuais. Nossas condições de civilização ainda não nos causaram estes tristes efeitos, que esgotam os povos com uma vida mais intensa. Talvez venha daí a raridade dos neurastênicos em nossos hospitais. Na clínica particular, no entanto, eles já são freqüentes e, se um número maior não é observado, é porque cruzam com bastante freqüência o Oceano para irem consultar os grandes especialistas europeus, ou aumentar o número dos freqüentadores das estâncias de águas, sob o pretexto de que sofrem do estômago ou dos intestinos.

Histeria

A histeria é freqüente no Brasil, principalmente em suas formas convulsivas, observando-se verdadeiras epidemias, como as de astasia-abasia em São Luis do

Maranhão em 1879-1881, e na Bahia em 1882 (Nina-Rodrigues⁴ e Alfredo Brito). Mas a história das grandes epidemias de neurose convulsiva mostra que tiveram uma freqüência ainda maior nos países frios da Europa.

As causas da histeria, em nosso país, não diferem em nada das que agem na Europa e na América do Norte.

Epilepsia

A proporção desta doença é considerável, principalmente em sua forma convulsiva.

Apesar de encontrarmos freqüentemente todas as variações epilépticas, desde o pequeno mal até as manifestações psíquicas delirantes, e mesmo criminais da neurose (e possuímos quanto a isso casos muito curiosos), observa-se facilmente que o grande ataque é a mais comum das manifestações comiciais. Como causas a assinalar, citaremos o alcoolismo dos pais e a degeneração criada por esta intoxicação e por outras intoxicações mórbidas, alimentares, etc.

Degeneração inferior

Magma confuso de evolução cerebral abortada ou de regressão doentia, sobre a qual se implantam e com a qual se misturam as perversões, os fetichismos, os delírios episódicos. A proporção é considerável, principalmente ao se considerar que, sob esta rubrica, são compreendidos quase todos os casos sem característica precisa e todos aqueles disseminados sob outras rubricas. Como em toda parte, encontra-se nos ascendentes dos doentes o alcoolismo, a sífilis e os abusos venéreos.

Paranóia

Seguindo as indicações de Kraepelin, excluímos tudo o que a confusão psiquiátrica erroneamente considerou sob esta denominação. Em um trabalho anterior (Moreira e Peixoto, 1905), partilhamos a opinião do professor de Munique. Por encarar a paranóia desta maneira, em 1904 tivemos apenas 1,1% de casos. Tivemos a sorte de observar em nosso país casos muito instrutivos desta doença.

⁴ Trata-se do artigo 'A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil', de 1890, republicado nesta Antologia (Nota da revisora).

Alcoolismo

A porcentagem encontrada por um de nós em um período de 10 anos é de 28%, que equivale à anual, em nossas estatísticas. O doutor Roxo (1904) observou na Clínica Psiquiátrica da Faculdade do Rio, de 1895 a 1900, 31% de casos de origem alcoólica. Resulta daí que, quanto a este dado, o Rio de Janeiro é comparável a Paris e a Viena; ou seja, que a proporção é muito elevada, e ela parecerá ainda mais, se for considerada a distância que separa socialmente estas duas grandes capitais da nossa.

Psicoses infecciosas

Em terrenos preparados pela neuropatia, observa-se um grande número de casos de perturbações mentais que acontecem no período inicial ou no secundário da sífilis, na malária, na varíola, na febre amarela. Encontrando um terreno propício, estas infecções fizeram eclodir as desordens mentais. Não houve erro de imputação, nos dois primeiros casos, pois as medicações específicas sempre forneceram uma confirmação positiva.

Confusão aguda

Entre as psicoses por esgotamento (*Das Erschöpfungirresein*), Kraepelin reserva a denominação de confusão aguda — *Die acute Verwirrtheit* — (*Amentia*) — somente para uma categoria dentre os fatos agrupados por Meynert sob o nome de *Amentia*.

Apesar da raridade desta psicose (0,5%), observamos em nosso país casos típicos. Ela é mais freqüente na mulher. As causas mais comuns são os fatores de esgotamento, principalmente o estado puerperal, a exaustão física e as vigílias.

Loucura maníaco-depressiva

Um de nós (Peixoto, 1905) encontrou, em 10 anos entre nossos alienados, 6,6% de maníaco-depressivos. Ao contrário do que se observa na Europa, onde há excesso de mulheres, observa-se em nosso país uma leve diferença em favor do sexo masculino, que forneceu, em 10 anos, 6,8% contra 6,5% para o sexo feminino. A loucura maníaco-depressiva é mais tardia entre nós. A comparação de nossos números com os de Kraepelin e de Weignandt mostra que, até os 20 anos de idade, temos muito menos maníaco-depressivos, e após os 40 anos, temos muito mais do que a Alemanha.

A contribuição dos grupos étnicos é desigual: mais da metade dos casos (53%) pertencem à assim chamada raça branca; mais de um quarto (28%) aos mestiços e mais de um sexto (19%) à raça negra (Peixoto, 1905).

Demência precoce

A demência precoce, em todas as suas variedades *kraepelinianas*, é muito freqüente no Brasil: o fato é facilmente observável desde que se agrupou sob esta rubrica casos anteriormente mal classificados.

Os estudos excessivos, que começam com demasiada precocidade no Brasil; maus-tratos domésticos ou nos internatos; os rigores da disciplina; o medo das punições; os perigos de revoluções; estes são com freqüência os fatores ocasionais da doença, verificados entre nós.

Em um total de 1.806 doentes observados no Hospital Nacional de Alienados ao longo do ano 1904, encontramos 217 dementes precoces, ou seja, 12%, dos quais 165 homens e 52 mulheres, perfazendo uma proporção de 14,5% para os primeiros e 7,8% para as segundas. O número total de 12% é inferior ao de Kraepelin, que indica de 14 a 15%; inferior igualmente aos de Séglas e Deny que encontram de 13 a 14%; de J. Crocq, perfazendo 15,66%; e de Levi Bianchini que chega a 28%; é quase igual ao de Sérieux que encontra de 12 a 16%. A proporção de 10% dada por Meeus é a menos elevada entre todos os autores.

Nosso número total de 12% aproxima-se, em suma, bastante daqueles obtidos por Sérieux, Séglas e Deny.

Em Java, o Professor Kraepelin encontrou a demência precoce com muita freqüência. Infelizmente, ele não fornece a sua proporção.

Involução senil, melancolia de involução, demência senil

Nos países quentes, assim como nos frios, a velhice não poupa das psicoses. Observamos todas as formas mórbidas descritas na Europa por Ritti, Wille, Kraepelin etc. A proporção destas psicoses senis será certamente menos elevada do que os 8%, estabelecidos em Rhinan por Wille, porque muitos destes doentes são tratados em casa.

Paralisia geral

Em relação à paralisia geral, dois fatos devem ser observados: um é o menor número de casos entre nós e a extrema raridade desta síndrome nas mulheres, contrariamente ao que se observa em certos países da Europa e em certos Es-

tados da América do Norte; o outro é a progressão crescente, a cada ano, desta afecção no Brasil.

Muñoz e Gustavo López em Cuba, Niven em Bombaim, Plaxton no Ceilão, Manning em New South Wales, Sandwith e Peterson no Cairo, Greenless na África do Sul, Meilhon na Argélia, Holzinger na Abissínia, Ostrowsky na Pérsia, Friedrichsen em Zanzibar, Gillmore Ellis em Cingapura, Bauer, Kok Ankersmit e van Brero nas Índias holandesas, Grieves, Law e Barnes na Guiana Inglesa afirmaram a raridade da paralisia geral nos climas quentes. Van Brero escreveu: «*Dementia paralytica ist eine Irrseinsform, welche in tropischen Ländern wenig beobachtet wird*».⁵

Acreditamos que tanto nos países quentes quanto nos frios a paralisia geral é mais ou menos freqüente conforme o grau de civilização.

No Brasil, ela é mais freqüente nos grandes centros.

Somos informados, pelas estatísticas levantadas por Penafiel e Moreira⁶, que deram entrada no Hospital Nacional de Alienados no Rio, durante o período de 1889 a 1904, 9.609 doentes e que destes apenas 266 (entre os quais 12 mulheres) foram considerados atingidos pela paralisia geral, ou seja, uma proporção de 2,76% sobre a totalidade das entradas. O Hospital Nacional de Alienados é um hospício público. Na Casa de Saúde do Dr. Eiras, reservada aos doentes das classes mais privilegiadas, a proporção foi de 4,3%. E podemos afirmar que muitos dos doentes são tratados em casa.

Conforme as estatísticas de Franco da Rocha (1904) em São Paulo, a porcentagem nesta cidade é mais elevada: 5,5%. Em 1.080 homens alienados, encontrou 90 paralíticos, ou seja, 8,3%. Entre 266 estrangeiros, ele observou 52 paralíticos, ou seja, 8,3%⁷. O clima da cidade de São Paulo serve de transição entre o da zona subtropical e o da zona temperada amena. Em consequência da altitude, a temperatura desta localidade diminui consideravelmente e por isso seu clima afasta-se daquele da zona subtropical.

Mas a razão da diferença de porcentagem não é o clima. A imigração estrangeira mais forte explicará o fato.

5 Em alemão no original: «A *dementia paralytica* é uma forma de loucura pouco observada em países tropicais» (Nota da revisora).

6 Estatísticas que seriam publicadas por Juliano Moreira e Antonio Penafiel em: A contribution to the study of *dementia paralytica* in Brazil, no *Journal of Mental Science*, em 1907. Este artigo foi traduzido pela primeira vez para o português em 2005, e publicado como Contribuição ao estudo da *dementia paralytica* no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (v. 8, n. 4, p. 812-827). (Nota da revisora).

7 Possivelmente, trata-se de um erro tipográfico. Na verdade, 52 paralíticos representam 19,5% do total de 266 estrangeiros. (Nota da revisora).

Apesar de a sífilis atingir uma grande extensão no Brasil, observa-se uma preponderância das formas tegumentares benignas, de modo que o sistema nervoso é relativamente poupado.

No entanto, ao lado destas manifestações, um de nós observou não apenas numerosos casos de terciarismo agudo, extenso, que atinge com rapidez os ossos e os tegumentos, principalmente nos doentes dos distritos rurais em que há vários fatores de agravamento da doença, mas ainda casos de terciarismo dos centros nervosos, mais ou menos graves, nos brasileiros descendentes, mais ou menos puros, dos dois grupos étnicos que mais concorreram para o povoamento do país.

Se as localizações encéfalo-medulares de sífilis entre os habitantes do Brasil não são excepcionais, as afecções chamadas de parassifilíticas não são freqüentes, como em certos países da Europa e parecem ser totalmente desconhecidas nos aborígines.

Esta imunidade deve ser atribuída a uma influência étnica? Acreditamos que não. O tipo de vida que levam estes aborígines, cuja atividade é reduzida ao mínimo, é sem dúvida a causa deste estado refratário. Eles não têm as preocupações, os males e o excesso de trabalho intelectual do homem civilizado. Se não conhecem o prazer dos gozos psíquicos, ignoram em contrapartida as depressões neurastênicas.

Nos climas tropicais assim como nos frios, a sífilis é de longe a causa mais freqüente da paralisia geral. Encontramo-la, certa ou provável, em aproximadamente 80% dos casos. Ela existe como fator predominante em 30 de 100 casos.

Qualquer que seja o valor da sífilis como causa da paralisia geral, acreditamos que ela não é a única. Parece suficientemente demonstrado que os tóxicos mais diversos podem dar origem, nas pessoas predispostas, à meningoencefalite difusa.

A estafa por excesso de trabalho, por miséria e principalmente por perversões genésicas, o coito imoderado, os abortos provocados etc., comuns em certas capitais da Europa, são relativamente raros no Brasil. Mas como o quociente do progresso aumenta gradualmente e, como eles, os males que o acompanham, a paralisia geral começa a figurar sensivelmente mais freqüente em nosso obituário, e tende a aumentar ainda mais.

Aliás, temos a convicção de que a raridade da demência paralítica nas estatísticas dos principais centros do Brasil é maior do que na realidade. Isto se deve, em sua maioria, aos erros de diagnóstico.

Muitos médicos, e dos mais instruídos, desconhecem a paralisia geral, quando um alienista não hesitaria em atestá-la, e somente a admitem quando a síndrome está completa.

Quadro: Proporção das síndromes mentais observadas em 1.806 admissões no Hospital Nacional de Alienados e na Colônia de Alienados do Rio [de Janeiro], em 1904

	Em 670 mulheres		Em 1.136 homens		Em 1.806 admissões	
	Número de casos e percentual		Número de casos e percentual		Número de casos e percentual	
Idiotia	10	1,4%	28	2,4%	38	2,1%
Imbecilidade	19	2,8%	81	7,1%	100	5,5%
Debilidade mental	11	1,6%	35	3,0%	46	2,5%
Neurastenia	—	—	4	0,4%	4	0,2%
Histeria	186	27,7%	9	0,8%	195	10,8%
Epilepsia	72	10,7%	121	10,6%	193	10,6%
Estados psicopáticos: degeneração	10	1,4%	66	5,8%	76	4,2%
Paranóia	4	0,6%	16	1,4%	20	1,1%
Psicose tóxica: alcoolismo	103	15,3%	328	28,8%	431	23,9%
Psicose autotóxica: puerperal	2	0,3%	—	—	2	0,1%
Psicose autotóxica: de esgotamento	8	1,2%	3	0,3%	11	0,6%
Psicose infecciosa: sífilis	—	—	17	1,5%	17	0,9%
Psicose infecciosa: variola	—	—	1	0,1%	1	0,05%
Psicose infecciosa: beribéri	—	—	1	0,1%	1	0,05%
Psicose infecciosa: malária	—	—	3	0,3%	3	0,15%
Psicose infecciosa: febre amarela	1	0,1%	—	—	1	0,05%
Psicose infecciosa: anônima (atípica)	5	0,7%	22	2,0%	27	1,5%
Loucura maníaco-depressiva	90	13,3%	89	7,9%	179	9,9%
Paralisia geral	1	0,1%	44	3,9%	45	2,4%
Demência precoce	52	7,8%	165	14,5%	217	12,0%
Demência terminal consecutiva a diversas psicopatias	64	9,5%	53	4,7%	117	6,5%
Involução senil paranóide	—	—	2	0,2%	2	0,1%
Melancolia de involução	—	—	7	0,6%	7	0,3%
Demência senil	20	2,9%	11	1,0%	31	1,7%
Não-alienados	2	0,3%	15	1,3%	17	0,9%
Em observação	10	1,4%	15	1,3%	25	1,4%
Total	670	100%	1.136	100%	1.806	100%

* * *

Uma questão que devemos discutir brevemente, antes de concluir, é a da influência dos trópicos sobre o sistema nervoso dos emigrantes dos países frios. Em Manaus, em Belém no estado do Pará, no do Maranhão, em Fortaleza, em Pernambuco, na Bahia etc., enfim em toda a região do Brasil considerada como possuindo climas quentes, vimos um grande número de europeus originários dos países do Norte, alemães, noruegueses, russos, ingleses, etc., viver nas melhores condições de saúde e conservar um excelente sistema nervoso. É que eles se empenharam em viver conforme o clima e respeitaram as prescrições que aconselha a higiene para a existência em tais condições. Ao lado deles, em contrapartida, vimos muitos cujas perturbações eram devidas aos excessos de *cibus*, de *potus* e de *vênus*⁸. Um certo número, aliás, devia ter trazido da Europa taras degenerativas que ocasionavam as manifestações mórbidas e, nestes casos, estas últimas teriam certamente aparecido da mesma forma, se os emigrantes não tivessem deixado suas pátrias.

E sem nos deter por enquanto em aprofundar a afirmação, recordaremos que a emigração pode ser o resultado de estados psicopáticos diversos que incitam o homem a se deslocar, seja em virtude de idéias de perseguição ou de grandeza, ou ainda de impulsões relacionadas à histeria, à epilepsia, à paralisia geral, etc.

Quanto à insônia persistente de que nos falamos Daübler e Rasch, o clima não é de forma alguma sua causa, pois, em nossas zonas equatoriais, não foi observada uma freqüência maior do que na Europa.

Nossas observações estão de acordo com o que afirma o Diretor do Museu do Pará, o estudioso suíço Dr. Goeldi (1902), em seu estudo sobre o clima da Amazônia. Ele descreveu: «*Nie während eines mehr als 7 jährigen Aufenthaltes habe ich, noch eines meiner Familienmitglieder, noch einer unserer europäischen Museumsangestellten wegen Hitze nicht zu einem erquicklichen Schläfe gelangen können*». ⁹

* * *

8 Ou seja, a excessos alimentares, alcoólicos e sexuais (Nota da revisora).

9 Em alemão no original: «Nunca, durante uma permanência de mais de sete anos, nem eu, nem um membro de minha família, nem um dos nossos funcionários europeus do Museu pudemos dormir sob uma temperatura fresca, devido ao calor.» (Nota da revisora).

Já se observou como particulares aos climas quentes duas síndromes, conhecidas pelos indígenas do Arquipélago Malásio sob os nomes de *Latah* e de *Amok*.

A leitura atenta dos trabalhos de Swaving (*apud* van Brero), de Vogler (1853, *apud* van Brero), de van de Burg (*apud* Van Brero), de Rasch (1895), de Gillmore Ellis (1893), de Van Brero (1896; 1905) e, finalmente, de Kraepelin (1904; 1904b), que visitou Java o ano passado, leva-nos a crer que o *Latah* e o *Amok* não são duas doenças independentes e que não são particulares dos climas quentes. Os fenômenos do *Latah* (um mioespasmo impulsivo imitativo provocado, segundo Marina e Van Brero) pertencem certamente, no geral, à doença de Gilles de la Tourette e à histeria. Eles oferecem pontos de semelhança com o *Miryachit* dos siberianos e dos lapões, o *Jumping* dos saltadores norte-americanos e o *Bah-tschi* dos siameses.

O *Amok*, em contrapartida, não é uma forma mórbida unívoca, mas o nome genérico sob o qual se designam atos impulsivos extremamente violentos, acompanhados de obnubilação. Na verdade, a maioria destes estados deve ser relacionada à epilepsia.

No ano passado, os jornais do Rio de Janeiro se ocuparam demoradamente do caso de um indivíduo, que um deles nomeou de *Homem-fera*. Este indivíduo, posteriormente internado no Hospital Nacional de Alienados, é um epilético: se morasse nas Índias holandesas, seria um típico caso de *Amok*.

* * *

É o momento de dizer algumas palavras sobre os acidentes determinados no homem pelos raios caloríficos do sol. Mas eles não são particulares dos climas tropicais. Nós os temos visto em Berlim e em Paris. São observados sob todas as latitudes, mesmo nos limites setentrionais das regiões temperadas (vide Hirsch: *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie* — 2a. edição, e R. Vitor¹⁰).

Até hoje muito raramente tivemos a ocasião no Brasil de observar estas perturbações. Há mais: uma coincidência notável. Um caso de paralisia geral que observamos no Hospital, tendo uma insolação nos antecedentes, começou em uma cidade da República do Uruguai, já situada em uma isoterma da zona temperada.

¹⁰ Sobre esse último autor, a referência dada é apenas: *Allg. Zeits. f. Psych. [Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie]*, XL, n. 1 e n. 2. (Nota da revisora).

Autores afirmaram que, quando o golpe de calor (*coup de chaleur*) atinge o sistema nervoso central, ele pode ostentar três formas: a comatosa, a convulsiva e a delirante. Esta última é caracterizada por um delírio agudo. Texier observou um caso em que o doente atingido pelo delírio furioso queria se jogar ao mar. Este tipo era anteriormente conhecido sob o nome de *calentura* ou *parafrosina calentura*, como o chamava Sauvages. A *calentura*, diz Fonsagrives, é um delírio febril, súbito, particular dos países quentes, e cujo caráter específico é inspirar no doente o desejo de se jogar ao mar. A existência desta afecção havia se apoiado em alguns fatos, entre os quais o mais importante é a história, relatada por Gauthier, de trinta marujos e do médico de bordo se jogando ao mar em um acesso de delírio furioso (*apud* Boudin, *Géographie et statistique médicales*). Acreditamos que esta modalidade mórbida torna-se rara graças, sobretudo, aos progressos da higiene dos navios, porque por diversas vezes atravessamos o equador e não observamos um único caso.

Há muito tempo, aliás, Fonsagrives dizia não haver encontrado um único exemplo, durante quatro anos de navegação nas costas da África, em um efetivo de 3.000 homens. Em terra, diz-se, o golpe de calor delirante pode acometer com a mesma intensidade. Repetimos que esta forma mórbida não é particular aos climas quentes porque, segundo Pringle, é durante os maiores calores na Holanda que se observaram no exército inglês estas febres, assinaladas em seu início por um frenesi súbito e tão violento que os soldados se lançavam de seus carros nos pântanos que bordejavam a estrada.

O que quer que signifique a patogenia do golpe de calor, o aparecimento de seus acidentes cerebrais é favorecido por predisposições individuais. A influência do alcoolismo costumeiro, ou do abuso accidental de bebidas alcoólicas, é evidente. Kelsch insistiu com muita razão sobre a vulnerabilidade especial dos sujeitos portadores de taras orgânicas, de insuficiência funcional do rim e principalmente de disposições mórbidas, inatas ou adquiridas, do músculo cardíaco.

O Professor Le Dantec (1905, p. 180) escreveu: «Os fortes calores acompanhados de noite por insônia, a ausência de qualquer distração, criam nas colônias um estado mental particular que se chamou pelo nome característico de *sudanita*, porque é observado com máxima intensidade no Sudão. As outras colônias não estão imunes a isto, etc.»

Nas zonas mais quentes do Brasil, não observamos absolutamente nada de semelhante à conhecida *sudanita*. Aliás, estamos convencidos de que as vítimas

desta psicopatia pseudotropical são degenerados comuns que facilmente começam a delirar, principalmente por causa da maneira viciada de viver nos climas quentes. É preciso sanear as cidades: nelas quase todos se dedicam a perder a saúde. A estafa, o alcoolismo, o relaxamento mais ou menos disfarçado dos costumes, tudo isso forma candidatos ao fracasso moral e intelectual.

Assim dizia o Professor George Treille, desde 1899: «nos países quentes assim como na zona temperada, é menos do lado dos meteoros do que das deficiências da higiene individual e social, menos nos transtornos funcionais causados pelo clima na fisiologia do homem do que nas aberrações do regime de vida que é preciso procurar as causas da alteração da saúde do europeu».

Há uma questão ligada a esta dos climas, que é a influência dos grupos étnicos sobre a produção e a frequência das psicoses. Para evitar prolongar este trabalho, não publicaremos agora os resultados de nossas pesquisas. Em relação a esta questão, acreditamos que há um número de preconceitos a destruir. Nós a discutiremos em um trabalho posterior.

CONCLUSÕES

1. Não existe, nas zonas climáticas chamadas tropicais, nem nos nativos do país, nem nos europeus, nenhuma forma patológica estranha à neuropsiquiatria de outros climas.
2. Não existe nenhuma relação entre a proporção dos casos de loucura acontecidos no Rio [de Janeiro] e nas outras cidades do Brasil, e as máximas térmicas das mesmas cidades.
3. Não existe nenhuma correlação entre os componentes climáticos (temperatura, estado higrométrico etc.) e o número de casos de loucura, nas regiões quentes do Brasil.
4. Nos climas quentes, as correlações das influências meteorológicas e das estações sobre os alienados apresentam, assim como nos climas frios, diferenças individuais. Não poderiam se formuladas regras gerais a este respeito.
5. A influência dos trópicos sobre o sistema nervoso dos indivíduos originários de países frios varia muito de indivíduo para indivíduo mas, na maioria das vezes, ela está ligada à maneira de viver de cada um e à organização de seu sistema nervoso.

6. Não há motivos para crer que nos climas tropicais haja uma maior frequência de psicoses ligadas à malária. Seu aparecimento nos indivíduos atingidos pelo impudismo depende de outros fatores.
7. O clima não influi em nada sobre os sintomas das diversas psicoses. É no grau de instrução do indivíduo que reside a causa das diferenças que podem se apresentar. O descendente puro de dois caucasianos, igualmente puros, criado no interior, no meio de pessoas ignorantes, apresenta os mesmos delírios rudimentares que os indivíduos de cor desprovidos de instrução.

REFERÊNCIAS

- Barnes, W. S. Notes on the insanity of British Guiana. *Guiana Medical Annual*, p. 90, 1891.
- Binet, M. *Recherches au sujet de l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés par rapport à leur santé physique et morale*. Tese. Paris, 1873.
- Boudin, J. C. M. *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques*. Paris: Baillière, 1857.
- Ellis, G. The amok of the Malays. *Journal of Mental Science*, vol. 39, p. 325-338, julho de 1893.
- Esquirol, J. E. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. vol. I. Paris: Baillière, 1838.
- Franco da Rocha, F. Estatísticas e apontamentos sobre o Hospício de São Paulo 1895-1903. In: Franco da Rocha, F. *Esboço de psiquiatria forense*, 1904.
- Goeldi, E. Zum Klima von Pará. Separatabdruck v. *Meteoreloszeitschrift*, 1902.
- Greenless, T. D. A contribution to the statistics of insanity in Cape Colony. *American Journal of Insanity*, vol. 50, p. 519-529, abril de 1894.
- Greenlees, T. D. Insanity among the natives of South Africa. *Journal of Mental Science*, vol. 41, p. 71-78, janeiro de 1895.
- Grieve, R. Insanity in British Guiana. *Journal of Mental Science*, vol. 26, p. 370-374, 1880-1881.
- Guilain, J. *Leçons orales sur les phrénopathies: ou traité théorique et pratique des maladies mentales*. 2a ed. Vol. I. Paris: E. Vanderhaeghen, 1880, p. 451.
- Hirsch, A. *Handbuch der historish-geographischen Pathologie*. 2. ed. Danzig: F. Enke, 1883.

- Holtsinger, F. Dushevntya boliezni v. Abisini (Maladies mentales en Abyssinie) *Oboz. r. psichiat. nevrol.* São Petersburgo, 11, p.161-170 (e *S. Petersb. med. Wochenschrift*, n. F 14, Beil 47, 1897).
- Kraepelin, E. Vergleichende Psychiatrie. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15, p. 433-437, julho de 1904.
- Kraepelin, E. Psychiatrisches aus Java. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, 61, p. 882-884, 1904b.
- Law, W. F. Insanity in British Guiana. *Georgetown Hospital Reports*, p. 19, 1888.
- Le Dantec, A. *Précis de pathologie exotique*. 2ª ed. Paris: O. Doin, 1905, p. 180.
- Lombroso, C. De l'influence des phénomènes atmosphériques et de la lune sur les aliénés. *Annales médico-psychologiques*, n. 10, p. 563, 1867 e n. 12, p. 152, 1868.
- López, G. Notas sobre las afecciones mentales más frecuentes en Cuba. *Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana*, p. 105; p.150, 1891.
- Manning, P.N. Chinese lunatics. *Journal of Mental Science*, vol. 21, p. 81, 1875-1876.
- Manning, P. N. Statistic of insanity in Australia. *Journal of Mental Science*, vol. 30, p. 165-177, 1879-1880.
- Meilhon, A. J. L'aliénation mentale chez les Arabes. *Annales médico-psychologiques*, n. 3, p. 17-32 ; p. 177-207 e p. 364-377, 1896.
- Moreira, J.; Peixoto, A.. A paranóia e os síndromas paranóides. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, vol. 1, n. 1, p. 5-33, 1905. [Republicado em *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 4, n. 2, p. 134-167, 2001].
- Moreira, J.; Penafiel, A. A contribution to the study of *dementia paralytica* in Brazil. *Journal of Mental Science*, v. 53, p. 507-21, 1907.
- Muñoz, J. Quelques mots sur la démence paralytique observée à l'Île de Cuba. *Annales médico-psychologiques*, n.7, p. 188, 1866.
- Ostrowsky. Über die nervöse und psychische Erkrankung in Persien. *Ref. Neurologisches Centralblatt*, n. 8, p. 381, 1899.
- Peixoto, A. Loucura maníaca-depressiva. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, vol. 1, n. 1, p. 33-52, 1905. [Folie maniaque depressive. *Annales médico-psychologiques*, março e abril de 1905].
- Penafiel, A. *Paralísia geral dos alienados no Brasil*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1904.
- Peterson, H. F. The insane in Egypte. *Medical Record*, maio de 1892.
- Rasch, C. Über die Amok Krankheit. *Neurologisches Centralblatt*, n. 19, 1895.
- Rasch, C. Krankheiten in Königreich Siam. *Virchows Archiv*, vol. 140, s/d.
- Roxo, H. Causas de alienação mental no Brasil. *Brasil Médico*, p. 31, 1904.
- Van Brero, P. C. Einiges über die Geisteskrankheiten de Bevölkerung des malaüschien Archipels. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, vol. 35, p. 15, 1896.
- Van Brero, P. C. Jets over Latah. In: *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie Deel*. XXXII A fl. 5 (?), s/d.
- Van Brero, P. C. Die Nerven und Geisteskrankheiten in den Tropen. In: Mense, C. (Ed.). *Handbuch der Tropenkrankheiten*, 1905.

A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental¹

JULIANO MOREIRA²

Em países novos de vasto território e em via de crescimento demográfico, os problemas de higiene mental têm de estar em estreita dependência com os de imigração de gentes provindas de outras terras. O nosso Brasil, em virtude da desproporção atual entre sua população e a sua enorme superfície, há de ser durante muitos e muitos anos um país de imigração. Temos, pois, de fiscalizar os elementos que nos chegam de todas as partes do mundo, pois não nos devemos conformar com a pouco agradável posição de escoadouro de quanto emigrado indesejável, sob o ponto de vista mental, que porventura para aqui se dirija.

De nada nos servirá envidar esforços no sentido de melhorar as condições de saúde física e mental de nossa gente, se tivermos sempre a chegar novas levas de tais indesejáveis. As medidas tomadas pelos Estados Unidos do Norte, pela Inglaterra em seus domínios, não foram mais do que a resultante da verificação da soma de males provenientes da imprevidente liberalidade com que eram recebidos os emigrantes de toda parte do mundo.

O número de criminosos e alienados estrangeiros entrados nos Estados Unidos atingiu tais proporções que foi preciso providenciar no sentido de parar a corrente perniciosa.

Sem nenhuma dúvida a história do desenvolvimento da civilização norte-americana seria apenas um estudo do processo de assimilação dos vários elementos raciais que hoje constituem a grande nação. Contudo é incontestável que dos muitos emigrantes maus ali entrados até certa época sem nenhuma seleção,

¹ Originalmente publicado em *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, vol. 1, p. 109-115, março de 1925. A ortografia foi atualizada.

² Diretor Geral da Assistência a Alienados. Presidente da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Presidente de honra da Liga Brasileira de Higiene Mental.

provém em grande parte o tremendo aumento de doenças nervosas e mentais ali verificado. A importância social e econômica do problema tem sido ali explicada em estatísticas dignas de estudo. Para não citar muito, basta-me referir que o Estado de Nova York só em 1912 despendeu com os seus doentes estrangeiros nos hospitais psiquiátricos a respeitável soma de 2.579.902 dólares.

Há precisamente cem anos (1824) o Estado de Nova York introduziu em sua legislação dispositivos no sentido de impedir a entrada de alienados e atrasados mentais em seu território. Em 1838 a Comissão de Justiça do Congresso norte-americano recomendou a promulgação de leis proibitórias da entrada de idiotas, alienados, doentes de afecções incuráveis e condenados por crimes. Essa última prescrição provinha da existência de certos países da Europa que perdoavam criminosos com a condição de emigrarem eles para os Estados Unidos. O Congresso norte-americano em 1860 não só protestou contra tais disposições, como rejeitou uma lei tendente a incrementar a entrada de gente estrangeira. Um inquérito feito pela Comissão de Imigração pôs em evidência o fato de que o grande aumento de emigrantes para o território dos Estados Unidos provinha de propaganda dos agentes das companhias de vapores e que eles só no território da Galícia austríaca chegavam a ter cinco ou seis mil sub-agentes.

Assim foi pouco a pouco a grande nação norte-americana modificando sua lei proibitiva, até chegar às rigorosas disposições atuais. Sirva-nos, pois, de exemplo a lição que nos é transmitida por um povo que, apesar de opulento, não deixa de queixar-se das consequências do mal de não ter melhor escolhido em tempo os seus imigrantes sob o ponto de vista mental.

Infelizmente velhos preconceitos de raça orientaram ali as mais recentes determinações legais. É real que a grande nação norte-americana, já estando muito bem povoada, julga-se no direito de escolher muito a gente que para lá queira emigrar. Nós temos de aproveitar a lição que lá ocorreu, mas aproveitemo-la com as correções que o tempo lhe impôs: temos de adaptar os remédios às condições de receptividade do nosso organismo social. Os métodos menos drásticos nos convêm muito melhor a nossa índole e educação e permitem em tempo acudir aos choques que por ventura sobrevenham.

Vejam agora se em nosso país as coisas se têm passado de modo a tranquilizar-nos e eximir-nos de cogitar do problema.

Em uma estatística de dez anos (1905-1914) de pacientes admitidos no Hospital Nacional para tratamento de doenças mentais, verificamos que em 7.212 alienados homens, 2.258, isto é, mais de 31% eram estrangeiros. Depois

daquela data, a proporção tendendo a aumentar de modo assustador, achei de bom alvitre ampliar o serviço de assistência externa aos pacientes que pudessem ser tratados em domicílio, vindo apenas à consulta no ambulatório do Hospital. Da parte de parentes e amigos dos respectivos doentes tenho conseguido o máximo de tolerância neste sentido, diminuindo assim o número de entrados não só brasileiros como estrangeiros. Além disso, recorrendo a esses parentes e amigos, assim como por vezes aos respectivos cônsules, tenho alcançado o repatriamento de muitos psicomas (sic.) estrangeiros. Não devo ocultar que alguns destes, depois de mais ou menos longa estadia na Europa, sentindo-se curados ou apenas melhorados voltaram no Brasil e aí vão vivendo sem novas manifestações alarmantes. Sei, porém, de vários que voltaram ao Hospital e aí estão pesando em nosso orçamento de assistência a alienados. Um desses por muito desastroso merece menção especial. Trata-se de um europeu que ao vir para o Brasil já era evidentemente um maníaco-depressivo, pois que na sua pátria havia tido duas internações. Depois da segunda internação ali, formulou ele projetos grandiosos de vir a América pôr em prática umas idéias de largo surto. Escolheu infelizmente o Brasil para execução dos planos, pois por aqui tinha parentes e amigos e havia lido algo sobre fortunas formidáveis adquiridas por patrícios seus em S. Paulo. Pouco depois de chegar ligou-se a uma patriciã viúva. Não tardou muito que lhe sobreviesse um terceiro acesso maníaco, que o trouxe ao manicômio, onde permaneceu uns meses. Teve alta. Trabalhou uns dois ou três meses, porém durante este tempo foi ter várias vezes a cadeia, porque facilmente irritável entrava com a mesma facilidade em conflitos por motivos fúteis. Sobrevindo a guerra grande apressou-se ele em seguir para o campo de ação, onde trocou em atos de bravura suas impulsões doentias. Se acreditarmos em suas revelações, deve ter matado muita gente sem necessidade. Feita a paz deram-lhe logo baixa. Imediatamente regressou no Brasil, trazendo a mais uma infecção luética adquirida lá e que foi logo transmitida à mulher com a qual se havia ligado e que até hoje sofre as consequências do mal, freqüentando embora assiduamente os ambulatórios de profilaxia de doenças venéreas. Ele depois que regressou teve dois novos acessos maníacos que o trouxeram ao manicômio, onde pela violência de suas reações causou prejuízos incalculáveis em roupas e objetos, além dos feridos, guardas e doentes que por causa dele tiveram de ir aos serviços de cirurgia do hospital.

De um outro sei que em sua pátria, fora liberado condicional após o primeiro delito ali praticado e que logo emigrou para o Brasil, onde tem oscilado entre a cadeia e o manicômio, sem nenhum proveito para o país.

Temos ate hoje no Hospital Nacional um escandinavo, aliás pertencente a família educada, que para aqui emigrou já francamente doente, quebrando pouco depois da chegada a vitrine de urna importante casa comercial da Avenida Rio Branco, e que eu já duas vezes consegui fosse repatriado pelo respectivo cônsul, mas que tem regressado, continuando a pesar sobre a nossa Assistência a tais doentes.

Dos muitos que tem vindo diretamente de bordo ou da Ilha das Flores para o Manicômio não falarei, porque apesar do prejuízo que nos trazem em sustentá-los, não são dos piores do ponto de vista eugenético, por isso que muitos desses internados logo a chegada, não tiveram tempo de deixar entre nós sucessão perniciososa.

Entre nós, como algures, aliás, não se tem meditado bastante sobre o papel valioso dos manicômios na profilaxia das doenças nervosas e mentais. As internações não previnem apenas delitos comuns, mas também os atentados contra a saúde mental da população, interrompendo a série de casos mórbidos hereditários. Tenho conhecimento de mais de uma série mórbida familiar descontinuada, graças a internação do indivíduo propagador do mal.

Pode ser esquecido que a seqüestração de um toxicômano impeça as probabilidades de procriação durante ao menos o período de impregnação que, evidentemente, é o que dá em resultado nefasto os piores produtos? E para o ambiente de família pode ser negado que o afastamento dos pacientes seja de alto valor profilático? A seqüestração do toxicômano previne evidentemente muitos delitos. Bem melhor será que ela se faça precocemente do que tardiamente. De um caso devo fazer aqui referência, embora curta. Um estrangeiro grande bebedor, de uma feita afetado de delírio de ciúmes investiu contra a mulher. Um filho do casal, rapaz de 14 anos, ao ver a violência da investida materna, pegou de um machado de cozinha que lhe estava a mão e com ele investiu sobre o pai, quase o matando. Só depois disso internaram o paciente para a cura dos ferimentos produzidos. De sua internação prolongada resultou então a cura do alcoolismo, vindo o homem a falecer alguns anos depois, por ocasião da pandemia gripal. E outros fatos poderia eu citar em prol da minha afirmativa de que os manicômios e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas representam um papel não desprezível na profilaxia das doenças nervosas e mentais.

Que os nossos legisladores e homens de Estado reflitam um pouco sobre isto, quando lhes parecerem pesadas as verbas de manutenção dos serviços da referida Assistência.

Os norte-americanos com estatísticas mais ou menos numerosas têm procurado estabelecer quais os grupos étnicos que fornecem maior contingente de psicopatas aos manicômios dos Estados Unidos Da meditação severa destas estatísticas e do confronto imparcial com o que ocorre entre nós, acho que não se deve argumentar contra os emigrantes deste ou daquele povo, porque seja maior a cifra de pacientes por ele fornecidos. A questão tem de ser individualizada. Cada emigrante tem que ser examinado a parte, desde que se não possa fazer em confronto com a própria família, o que seria o ideal da seleção, porque um indivíduo, mesmo são, membro de uma família cheia de alienados é pouco menos perigoso que um alienado no meio de urna família de sãos. Enfim, enquanto se não generalizar o uso salutaríssimo da ficha genealógica de saúde mental de cada individuo, contentemo-nos em pedir a observação de cada emigrante.

Se os bons princípios de verdadeiro internacionalismo já estivessem bem estabilizados eu pediria que os próprios países que por circunstâncias sociais de sobra conhecidas, tivessem de fornecer emigrantes também se preocupassem com a seleção física e psíquica dos que tivessem de deixar a pátria em procura de novos lares. A preocupação tinha de ser não somente a de conservar o emigrado fiel ao país de origem, mas a de que em seu novo «habitat» jamais fosse ele um eco dissonante da boa reputação da gente de seu sangue e de sua nacionalidade de origem. O bem que daí proviria para melhor aproximação dos povos seria inconteste. Se isso ao menos se fizesse no que diz respeito às *intitutrices* teríamos evitado a freqüência delas em nossos manicômios. Há pouco tempo em uma secção do Hospital Nacional tivemos cinco dessas infelizes que se tivessem sido bem examinadas psicologicamente antes da partida não teriam deixado os seus respectivos países, se esses já estivessem compenetrados da desvantagem de tais representantes no estrangeiro.

Enquanto não for possível o referido acordo entre as nações que fornecem emigrantes e as que necessitam de imigrantes, devemos fazer sem distinção de raça ou nacionalidade uma seleção individual o mais que possível rigorosa sob o ponto de vista mental, isto é, não devemos receber imigrantes que apresentem

perturbação mental congênita ou adquirida: nenhum idiota, nenhum imbecil evidente, nenhum demente de qualquer espécie, nenhum epiléptico, nenhum maníaco-depressivo, nenhum parafrênico, nenhum paranóico, nenhum doente de qualquer outra psicose definida poderá saltar em nenhum porto nacional e se entrar pelas fronteiras terrestres deverá ser repatriado, mesmo que seja a custa da nação. Se dentro dos 12 primeiros meses da entrada do imigrante no país lhe sobrevier algum dos referidos estados psicopáticos, deverá também ser repatriado o mesmo imigrante. Nenhum estrangeiro de mais de dez anos poderá permanecer no país por mais de seis meses se não souber ler e escrever pelo menos a própria língua.

Almejo à saúde mental da nacionalidade brasileira que elementos maus não venham de países estranhos concorrer para abaixar-lhe o nível.

Ulysses Pernambucano (1892-1943)

WALMOR J. PICCININI

ULYSSES PERNAMBUCANO E A PSIQUIATRIA SOCIAL

Ulysses Pernambucano de Melo Sobrinho (06 de fevereiro de 1892 - 05 de dezembro de 1943) teve uma vida relativamente curta para os padrões atuais, mas marcou de forma especial os corações e mentes dos psiquiatras de sua época e as diferentes gerações de psiquiatras pernambucanos.

Graduou-se em Medicina no Rio de Janeiro, em 1912, com quase 21 anos. Sua tese de doutoramento foi *Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-sífilis*. Começou sua experiência psiquiátrica no Serviço do Professor Juliano Moreira, no Hospital Nacional de Alienados. Trabalhou sob a orientação de Ulisses Viana, a quem considerava seu mentor no início do aprendizado psiquiátrico. Em 1915, foi trabalhar com médico generalista no estado do Paraná, cidade de Lapa. Depois de pouco mais de meio ano transferiu-se para a cidade de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco. Essa experiência com populações necessitadas moldou sua concepção da influência das carências nutricionais e básicas de saúde física na gênese dos problemas mentais. Um aluno dileto o descreveu como sendo «um psiquiatra com alma de sanitarista». Era primo de Gilberto Freyre (o autor de *Casa Grande e Senzala*) e amigo de Sílvio Rabelo e de outros intelectuais, que desenvolveram idéias bastante avançadas para a época e que fugiam do que se chamava de Psiquiatria livresca. Sua história psiquiátri-



Ulysses Pernambucano de Melo Sobrinho (1892-1943).

ca em Pernambuco começou com a nomeação para o Hospício da Tamarineira, em 1917. Do ano de 1924 a 1926 e, mais tarde, de 1931 a 1935 ocupou a direção do mesmo.

A carreira de Ulysses Pernambucano não se restringiu à Medicina, ele foi professor da Escola Normal e do Ginásio Pernambucano. Na primeira, prestou concurso para a Cátedra de Psicologia e Pedologia sendo aprovado em primeiro lugar (1918) e no ginásio foi catedrático de Psicologia, Lógica e História da Filosofia. Na Faculdade de Medicina de Recife, foi nomeado professor catedrático de Clínica Psiquiátrica em 1920. Renunciou em favor de Alcides Codeceira que, desde 1915, já dirigia esta cadeira. Em 1938, foi nomeado professor catedrático de Clínica Neurológica. Atuou ainda como professor de Química e de Fisiologia. O médico, historiador e psicanalista Tácito Medeiros assim escreveu sobre seu papel na Psiquiatria:

Na direção da velha ‘Tamarineira’, Ulysses Pernambucano assentava singular Psiquiatria Social, aberta aos conhecimentos biológicos e psicológicos, aos antropológicos e sociais, cuja estratégica importância ecoa nas atuais reformas da assistência aos doentes mentais no país. No burgo recifense, itinerário de invasores holandeses, berço de revoluções literárias e de saber jurídico, sede do primeiro parlamento e da primeira sinagoga das Américas, são obras de Ulysses o primeiro ambulatório psiquiátrico público, a primeira escola especial para deficientes mentais e o primeiro Instituto de Psicologia surgidos no Brasil. A Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste, depois tornada nacional, reuniu na década de trinta importantes congressos multiprofissionais em Natal, João Pessoa e Aracaju. *Neurobiologia*, revista a circular desde 1938, sintetiza em sua denominação os interesses e as luzes da Escola de Psiquiatria Social do Recife. O antigo Hospício da Tamarineira chama-se agora Hospital Ulysses Pernambucano.

A atuação de Ulysses Pernambucano levou-o a confrontos difíceis com políticos e poderosos da época. Graças a ele e seus colaboradores, o Hospício de Alienados da Tamarineira saiu do controle da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia (entidade religiosa católica) e passou para a gestão do Estado. Recebeu com entusiasmo as idéias preventivas de Higiene Mental divulgadas por Clifford Beers, em seu livro *Um espírito que achou a si mesmo* (1908), que motivou a criação de Serviços de Higiene Mental pelo mundo — esse movimento chegou ao Brasil em 1923, com Gustavo Riedel, no Rio de Janeiro.

Outro aspecto da atuação de Ulysses era sua capacidade de integrar conhecimentos de Antropologia, Sociologia e educacionais na prática e ensino da Psiquiatria. Defendeu o direito ao exercício de religiões afro-brasileiras, num momento histórico em que estas eram perseguidas. Advogava uma Psiquiatria com laços com seu meio social e preconizava que o psiquiatra fosse um defensor do doente mental, destacando a necessidade de garantir cuidados básicos de higiene e alimentação aos enfermos e o registro clínico completo das observações médicas. Essas idéias estão expressas no seu artigo aqui republicado, ‘A ação social do psiquiatra’, de 1943.

Sua liberdade de pensamento e sua liderança incomodavam algumas autoridades, que aproveitaram a Revolta Comunista de 1935 para prendê-lo. A prisão em si durou apenas 40 dias, mas as suas conseqüências lhe foram funestas: sofreu seu primeiro enfarte cardíaco, de que teve longa convalescença; o pior veio com sua aposentadoria compulsória, pelo artigo 177 da nova Constituição do Estado Novo. Sua cadeira no Ginásio Pernambucano foi extinta. Só lhe restava a Faculdade de Medicina, que era privada, mas foi proibido de utilizar pacientes (que eram do Estado) para ensinar. Cerceado na sua atuação pública, passou a atuar no setor privado e, em 1936, formou o Sanatório Recife.

Em 1938, fundou a revista *Neurobiologia*, hoje a mais antiga revista de Psiquiatria do Brasil. No mesmo ano, fundou a da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste — mais tarde denominada Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil, que em 1966 passou a fazer parte da Associação Psiquiátrica Brasileira. Devido à perseguição política sofrida em Pernambuco, a nova Sociedade realizou seus primeiros congressos nos estados próximos. O primeiro em João Pessoa, Paraíba (1938), depois em Aracaju, Sergipe (1940); o último congresso de que Ulysses participou foi em Natal, Rio Grande do Norte, em 1943, onde pronunciou a conferência aqui reproduzida. No final desse mesmo ano, teve novo e fulminante enfarte, vindo a falecer no Rio de Janeiro.

A ação social do psiquiatra

ULYSSES PERNAMBUCANO

Benditos os dados que permitem aos neuropsiquiatras nordestinos esta magnífica oportunidade de mais uma vez se reunirem para o trabalho de conjunto, quebrando a tendência brasileira de viver dentro do âmbito dos nossos estados. A única exceção que se abre em nossos hábitos de isolamento é para a Capital do país. Para ela convergem os que amam a vida sem asperezas, o calor dos favores oficiais, ainda que abdicando de traços pessoais de independência e diluindo, para vencer nas competições, características pessoais.

Nós outros que resolvemos viver em nossas províncias, sabemos de antemão que temos de encontrar na alegria do trabalho o prêmio de nosso esforço. Para nós não vêm representações oficiais em congressos, nem viagens ao estrangeiro, nem *tournées* de conferências. A massa cinzenta do Brasil estaria circunscrita à sua Capital; a macrocefalia assim aparente nem sempre é função de riqueza em tecido nobre, produtivo, mas aguada bebida, expressão de uma hidrocefalia.

As conseqüências que advêm dessa atitude de desestímulo aos que trabalham e produzem, são as mais graves. Só resistem os mais fortes, os que se armam de consciência de um dever a cumprir *quand même*, o que se resolvem a ver a mediocridade sempre premiada.

Eis, meus caros irmãos do Rio Grande do Norte, um bem claro exemplo desse desprezo de honrarias e bens materiais: o senhor Luiz da Câmara Cascudo. Historiador e profundo conhecedor do nosso folclore, nenhuma autoridade a ele se avantajava no Nordeste. Sua profunda dedicação à província onde ele encontra interesse para sua vida e material para seus estudos mostra seu desprezo pela situação excepcional que ele teria fora daqui, mas com prejuízo de suas pesquisas e do amor com que ele se delicia em sua terra.

Malgrado a divisão política que separa os nordestinos em cearenses, rio-grandenses do norte, paraibanos, pernambucanos, alagoanos, sergipanos e, até certo ponto, baianos, nós temos, para nos unir, uma paisagem comum, idêntica atividade na luta pela vida, populações de formação étnica e cultural semelhantes e até nos aproximamos nas nossas deficiências, nos nossos sofrimentos e mesmo nas nossas calamidades.

Tudo nos indicava — num país onde os laços da língua e da religião, das tradições e da cultura — as distâncias, ainda nesta época da aviação, mantêm o gaúcho mais afastado de nós que o nova-iorquino ou o parisiense, tudo nos indicava a união dos que melhor pudessem se entender.

Sem preocupações de bairrismos ou preferências inescusáveis e sem intuítos outros senão conservar o que o Brasil tem de próprio nas peculiaridades da cultura, da paisagem, da língua, do folclore, da ciência, dos modos de vida, da cozinha, nesta região fundou-se há anos, no Recife, o Centro Regionalista do Nordeste. Gilberto Freyre já disse, em mais de uma ocasião, o que foi essa reunião de homens das mais diversas profissões e de todas as filosofias. O que ele não disse foi que era ele próprio o centro da atração daquele grupo. O Centro viveu pouco — o suficiente, porém, para que o grande sociólogo brasileiro fosse compreendido e que suas preocupações pelos problemas brasileiros, e especialmente nordestinos, ainda hoje se reflitam em outros estudiosos ou artistas, médicos, jornalistas, romancistas, historiadores, poetas, filólogos e pintores.

Ainda essa influência deve ter atuado no nosso subconsciente quando nos congregamos, psicólogos, neurologistas, psiquiatras e neuro-higienistas nesta Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro. Desde nossa primeira reunião na Paraíba, ficou tacitamente estabelecido que nossa Sociedade, sem estatutos, sem regras para admissão de sócios, sem penalidades, acolheria todos os representantes de outras profissões — fora do campo estritamente médico — para os quais se apresentassem, de uma maneira direta ou indireta, os problemas da profilaxia e higiene mentais. Psicólogos, educadores, higienistas puros, sociólogos, juristas, biólogos, psicanalistas, juizes e jornalistas, todos nos têm oferecido uma colaboração que tira de nosso trabalho, em certos setores, o aspecto puramente médico e dá ensejo a que determinados problemas possam ser encarados de pontos de vista muito mais amplos. Nesse espírito, nossa reunião de Sergipe — preparada com tempo para projetar o equilíbrio dos setores de interesse — mostrou como é possível congregarmos homens de atividades tão diversas na discussão de problemas para os quais solu-

ções unilaterais seriam obtidas se só um grupo de estudiosos os considerasse. A leitura do magnífico volume que *Neurobiologia* dedicou aos trabalhos dessa reunião demonstrou como se pode realizar obra útil para o país simplesmente dedicando-se cada um ao trabalho profícuo e à exposição de suas observações e projetos no vasto domínio médico-social que é o da higiene mental. Esperamos todos que a reunião que agora iniciamos seja ainda mais cheia de proveitosos trabalhos e que dos debates que aqui se hão de travar muitas observações úteis sejam expostas e confrontadas.

É para todos nós um grande prazer receber a hospedagem dos nossos irmãos rio-grandenses do norte, representados neste Congresso por tantas expressões de sua cultura. Especialmente com sua classe médica — que tem um grande relevo na vida intelectual do Estado e de cujas freqüentes reuniões temos tido sempre detalhado conhecimento — nos orgulhamos de entrar hoje em contato mais íntimo e proveitoso para os que a visitam. Confiamos todos nós, que deixamos nossos trabalhos para estreitar laços de conhecimento e melhor compreensão, que nossos intuítos sejam interpretados com justeza e nosso esforço devidamente apreciado.

Constituímos nós, da neuropsiquiatria, um dos ramos da medicina menos compreendido dos governos e da população. Julgam os primeiros que nossa função é conviver com os loucos, entendê-los, reclamar sempre para eles melhores instalações, medicamentos e alimentação. Mas a verdade é que melhoramentos nas instalações dos hospitais para psicopatas e tratamento mais humano para esses doentes não são coisas que acresçam as vaidades dos que governam. São esforços que na maioria dos casos têm uma pequena repercussão na opinião pública e não concorrem para aumentar o prestígio dos governos. Governantes e governados acham-se, nesse terreno, em admirável acordo que não é consequência de esforço quer de uma parte quer de outra. Antes expressa a opinião generalizada, ainda entre nós, de que os doentes mentais são, na maioria dos casos, incuráveis e que o papel da coletividade diante dessa classe de doentes é lançá-los no hospital e esquecê-los.

Mas a verdade, a triste verdade, é que a maioria das psicopatias é o fruto de nossa incúria ou de nossa ignorância. Se deixamos que se casem certos indivíduos cuja união seria contra-indicada por exame médico bem conduzido; se não fazemos em tempo oportuno e com a devida intensidade o tratamento da sífilis; se facilitamos a intoxicação alcoólica pondo o tóxico ao alcance de quem o quiser ingerir; se educamos defeituosamente a criança e ao adulto damos con-

dições defeituosas de trabalho; se deixamos que as desigualdades sociais gerem sentimentos de inferioridade e revolta — estamos cultivando doenças mentais. Não admira que elas apareçam de preferência entre os vinte e os trinta anos. É a época em que o homem, inadvertidamente preparado para os problemas que a vida lhe vai apresentar, entra na concorrência, sofre os primeiros choques e, então, a doença mental ou é um refúgio ou uma reação.

A atitude dos que resistiram diante dos que baquearam deveria ser a da compreensão e a do auxílio.

Vivemos nós, neuropsiquiatras, a afirmar todos os dias, baseados nas nossas estatísticas, que a porcentagem de cura das doenças mentais é muito maior quando se institui o tratamento precoce. Na prática, o que se verifica é a abstenção do apelo à medicina. Em parte, em virtude do preconceito ainda bastante arraigado de que as doenças mentais são vergonhosas (estranha atitude para o meio em que se exibem sem pudor as verdadeiras doenças vergonhosas) e também porque não estão ao alcance dos doentes cuidados adequados. Nos ambulatórios e policlínicas não se oferece assistência neuropsiquiátrica. Os primeiros cuidados ao doente mental são, na maioria dos casos, os do espiritismo, do rezador ou do curioso. O internamento em hospital psiquiátrico é outra barreira a vencer porque novo preconceito se apresenta: o de que a mancha da doença mental, tratada no hospital, acompanhará o infeliz por toda a vida. Tenho encontrado casos em que esse preconceito, mesmo nas classes mais cultas, é tão forte que acham preferível que o doente exiba suas perturbações mentais pelas ruas, entre os conhecidos e até no local do trabalho, a recolhê-lo, discretamente, a um hospital.

Incumbe a nós, neuropsiquiatras, fazer a grande campanha de demonstrar, pelos nossos êxitos terapêuticos, que as doenças mentais são tão curáveis quanto outras quaisquer, desde que tratadas no tempo útil. O sucesso dos modernos métodos de tratamento depende de cuidados precoces entre mãos hábeis. Nenhum aparelhamento para assistência a esses doentes pode prescindir, hoje, de um ambulatório destinado a fazer diagnósticos precoces e instituir em tempo oportuno e com o mínimo de despesa para os orçamentos hospitalares, o tratamento indicado.

Mas não ficam aqui somente aquelas «idéias feitas» que é preciso vender em benefício dos doentes mentais. Uma outra campanha precisa ser empreendida em grande escala, para que possam ser entendidas, aceitas e executadas as

medidas de higiene e profilaxia mentais. Que campo de atividade se abre, entre nós, ao neuro-higienista! Tudo está por fazer nesse terreno.

Quantos erros fatais para a saúde psíquica se cometem correntemente na esfera da educação doméstica e no da educação escolar! Quanto concorreria para diminuir o número de neuróticos uma preparação bem orientada dos pais para suas relações com os filhos e dos mestres com seus discípulos!

E colégios? Tenho uma longa e dolorosa experiência de todo o mal que eles podem fazer — e realmente fazem — à saúde mental das novas gerações. Nenhum respeito à personalidade infantil, castigos humilhantes (ainda é possível ver, mesmo em colégios para gente rica, as crianças de joelhos no meio da classe), disciplina de autoridade, cultivo sistemático da hipocrisia e da mentira. Que esperar de uma geração assim educada? Pois não é certo que homens que se dizem preparados para tão delicada tarefa pregam abertamente, em pleno ano de 1943, perante mães cristãs e brasileiras, a volta ao reino do chicote e da palmatória? Esses pregadores de métodos nazifascistas de educação que certos Estados brasileiros repeliram, e outros recebem de braços abertos, o que não farão dessa matéria plástica por excelência que é a juventude?

Assim como este, muitos outros problemas elementares estão desafiando a competência e a coragem dos neuro-higienistas. Digo coragem porque não é sem risco que se enfrentam certos tabus, especialmente quando forças poderosas estão interessadas em defendê-los, de boa e de má fé.

A grande campanha pela higiene mental tem de começar pelos... higienistas. Da parte deles tem havido a maior resistência em admitir a possibilidade de enfrentar o problema de prevenir as doenças mentais... Encerrados no campo clássico da higiene, as doenças infecciosas e contagiosas, ignoram ou fazem por ignorar, o problema médico e econômico que representam milhares de doentes mentais internados nas instituições psiquiátricas de todos os países. Isso seria uma fatalidade de que se não há de cuidar. Esqueçam-se de que já figuram nas reuniões sanitaristas panamericanas problemas como os da profilaxia do câncer, das doenças degenerativas, avitaminoses...

Nas grandes calamidades — e a maior delas é a guerra — mais agudo se torna o problema da doença mental. Essa triste oportunidade em que emergem todos os estropiados da saúde psíquica... Apesar de uma seleção cuidadosa que afastou vinte em cada mil conscritos chamados a servir no exército americano na Primeira Grande Guerra, sabe-se do angustiante apelo do General Pershing instando para que não lhe enviassem para a França tantos psicopatas. No tem-

po da conscrição de 1918, diz o Jornal da Associação Médica Americana de 3 de abril passado, vinte em cada mil homens foram recusados por motivos psiquiátricos; agora cerca de 75 em cada mil foram rejeitados por tais razões. Isto não significa que mais homens são agora mentalmente incapazes; nossos métodos científicos melhoraram suficientemente no intervalo entre as duas guerras para permitir mais acurada seleção desses doentes. As indicações atuais são de caráter psiquiátrico ou têm bem definidos aspectos psiquiátricos. As desordens nervosas e mentais são as maiores causas de afastamento de soldados do exército.

Deve-se notar que esses elementos escaparam à técnica rigorosa aplicada por escritórios locais e juntas de exames de convocados que excluem um grande número de doentes. Por essas razões uma comissão para estudo de problemas neuropsiquiátricos foi estabelecida, logo depois da entrada dos Estados Unidos na guerra, na Divisão de Ciências Médicas do National Research Council. Em 1942, um departamento neuropsiquiátrico foi criado junto ao Serviço de Saúde do Exército, e recentemente foi instalada uma Escola de Neuropsiquiatria Militar para facilitar aos especialistas convocados o treino com os problemas próprios ao meio militar.

Tal é o relevo que apresentam as desordens nervosas e mentais!

Não bastam os cuidados de seleção e orientação dos conscritos que os psicólogos especialmente treinados fazem logo após a admissão. É preciso que os mais inteligentes e os dotados de aptidões especiais sejam também isentos de perturbações psíquicas. Esses cuidados nos devem servir de exemplo e lição no momento em que se anuncia a organização de um corpo expedicionário brasileiro. A seleção do pessoal deve ser psicológica e psiquiaticamente feita com todo o rigor. Como fazê-lo, porém, se o Corpo de Saúde do Exército conta com um tão pequeno número de psiquiatras? Em torno desse núcleo de conhecedores das questões de psiquiatria militar deveriam estar reunidos os civis que fossem convocados para a tarefa imensa de selecionar, sob esse ponto de vista, o Exército que devemos organizar para desagravar as ofensas que temos recebido e para construir um mundo de justiça, liberdade e igualdade. Se fosse consultado eu sugeriria que os neuropsiquiatras, em vez de freqüentar cursos de emergência como os atuais — nos quais são de preferência estudados os aspectos cirúrgicos da medicina militar — fossem familiarizados com os da especialidade, o que os poria rapidamente em condições do máximo de eficiência.

Já se afirmou que o neuropsiquiatra é o «homem que escuta». O homem que se delicia na observação das perturbações apresentadas pelos seus doentes, os seus delírios, suas alucinações, seus desajustamentos, suas reações... Sem deixar de dar a devida importância aos casos individuais, nenhum psiquiatra hoje, digno desse nome, deixa os novos aspectos do que se poderá chamar a psiquiatria social. É por esses estudos que nós chegaremos a assentar, em bases sólidas, a higiene mental. Os estudos genealógicos como os de Rudin, os estatísticos como os de Dayton — e em que são mestres os norte-americanos —, os referentes às intoxicações euforísticas, às doenças mentais entre os negros, no seio de populações primitivas, entre emigrantes, por ocasião de crises sob o império de certas leis como a da proibição — esses é que fornecerão elementos para a ação social do psiquiatra. Como é doloroso, por exemplo, verificar que o nosso pomposo Serviço Nacional de Doenças Mentais recolhe todas as estatísticas dos estabelecimentos de assistência neuropsiquiátrica do Brasil para deixá-las, melancolicamente, dormir nas suas gavetas! Consultem-se os dois volumes de seus Arquivos publicados há poucos dias e só um trabalho ('Sexo e psicoses', pelo doutor Cunha Lopes) se baseia em estatísticas e exclusivamente do Rio de Janeiro! Nenhuma pesquisa em que se encarem aspectos sociais das psicopatias, nenhum, que possa sugerir a mínima iniciativa no campo da higiene mental!

O que nós temos de confessar é que, fora raras exceções, ainda nos cingimos, no Brasil, em nossos trabalhos, aos problemas terapêuticos, a bisanções de diagnóstico ou a estudos teóricos, aspectos de nossa atividade que não interessam aos homens de governo nem fornecem elementos com que nos possamos apresentar diante deles para pleitear alguma coisa além de ambulatórios, pavilhões ou pretensiosos institutos que o são só no nome. Diretores de serviços que não percebem o alcance dessa nova diretriz, que dormitam pelos gabinetes, alheios à responsabilidade de suas funções até serem sumariamente despedidos; homens que pleiteiam os postos de direção e por isso mesmo não podem exigir respeito ao seu saber; médicos que consentem que seus doentes morram à míngua de medicamentos e até de alimentos e não elevam um protesto indignados — não são psiquiatras! O psiquiatra é o protetor do doente mental. Essa função é inerente à sua pessoa. Quando um governo nomeia um diretor para um hospital de psicopatas não faz um funcionário de sua confiança. Designa, antes, um curador nato para esses doentes, um defensor de seus direitos a tratamento humano, a alimentação sadia, a cuidados de enfermagem,

a dedicação dos médicos. Aquele que entre o doente que sofre e o governo que paga e distribui benefícios prefere este — não é um psiquiatra. O que permite que sejam desorganizados serviços que encontrou em boa ordem — não é um psiquiatra. O que explora os doentes e suas famílias exigindo retribuições por serviços que deviam ser gratuitos — não é um psiquiatra. O que permite que seus doentes andem nus, cobertos de vermina e cheios de equimoses — não é um psiquiatra. O que consente, ainda que por simples omissão de protesto, que se destrua um grande hospital psiquiátrico, ligado, por tantos títulos ao desenvolvimento e história da assistência a alienados — não é um psiquiatra. O que não afronta poderosos para defender o doente mental quando privado de qualquer de seus sagrados direitos a assistência e proteção por comodismo, interesse pessoal ou receio de represálias — não é um psiquiatra. Réus desses crimes deviam sofrer um castigo além do desprezo que os cerca. Como o capitão que abandona seu navio em perigo, o comandante que deixa sem direção os seus soldados na batalha, ou o pastor que abandona aos lobos o seu rebanho, deviam sem privados do direito de ter sob sua proteção doentes que não sabem se defender de agressões e exigir tratamento, ou sair para as ruas, à sombra da bandeira nacional, para solicitar pão e luz.

Esta Sociedade não se constitui para demolir nem para atacar. Queremos doutrinar os que ignoram, corrigir os que erram, aplaudir os que o merecem. O que ela não fará jamais — eu o espero — será tolerar a injustiça e apoiar a iniquidade!

CHILE

Las enfermedades nerviosas y mentales en Chile independiente: algunas personalidades e imágenes de siglo y medio de acción

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Hasta mediados del siglo XIX la suerte de los locos chilenos fue precaria porque sobrevivían abandonados en lugares públicos o encerrados en sus viviendas familiares, mientras que sólo unos pocos afortunados podían ingresar a alguno de los «loqueríos» limeños.¹ La Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, primer establecimiento chileno para albergar formalmente a estas personas, fue fundada en Santiago el 12 de agosto de 1852.² Su creación se debió a la iniciativa del Intendente, Teniente Coronel de Ejército (R) Sr. Francisco A. Ramírez Fernández (1807-1856), con el apoyo de un grupo de vecinos connotados. Es del caso señalar que su interés porque la ciudad contara con un establecimiento de esta naturaleza provino de una visita oficial suya a Lima en 1848, donde tuvo la oportunidad de conocer el antiguo Hospital de San Andrés, en el cual existía una sección para dementes desde el siglo XVII. Recién dos años después la Casa de Orates contó con médicos para la atención profesional de los internos. Es importante mencionar la diferenciación transitoria en 1869-1871 de una Cátedra de Enfermedades Nerviosas a cargo del Dr. José Ramón Elguero Del Campo (1819-1877), antiguo tratante acá desde 1860, quien luego del término de sus

¹ Sin embargo, en 1804 se había fundado en Santiago el Hospicio de Pobres, ya que la legislación penal prohibía la mendicidad. Esta institución fue complemento de los hospitales y posteriormente de la Casa de Orates, porque en plena ideología liberal se asumía que los incapaces de obtener su autosustento eran personas taradas que debían ser protegidas por el Estado. Fue reorganizado mediante un Reglamento específico, como Hospicio de Santiago, el 12 octubre de 1844 (Gobierno del General Manuel Bulnes Prieto). Este establecimiento en la práctica existió hasta mediados del siglo XX como un manicomio más, llegando a albergar hasta unos 500 internos menesterosos de ambos sexos entre ancianos, dementes y retrasados mentales.

² Fundación que ocurre durante la Presidencia de la República de D. Manuel Montt Torres (1851-1861).

funciones docentes continuó sus labores asistenciales hasta su fallecimiento en 1877. Entre 1852–1891 su funcionamiento estuvo a cargo de una Junta Directiva dependiente del Ministerio del Interior, existiendo constantes discrepancias técnicas y de desempeño funcionario con sucesivos médicos contratados para la atención de los internos. Este incordio también se expresó en que la docencia universitaria de las enfermedades nerviosas y mentales estuvo impedida de realizarse en su interior desde 1884, luego de un conflicto insalvable con el Dr. Carlos Sazié Heredia (1852-1921), segundo Profesor de estas materias en la Universidad de Chile³.

Desde 1891 la Casa de Orates pasó a depender de la Junta de Beneficencia de Santiago, lo que en la práctica significó un cambio en la estrategia directiva. En efecto, se empezó a dar progresiva importancia a la participación activa del estamento médico mediante su ingreso desde su etapa final de estudios universitarios y su desarrollo profesional posterior más integrado a la administración del establecimiento. También es importante recordar de esta nueva etapa que entre 1894-1906 fue su Administrador D. Pedro Montt Montt (1849–1910), hijo del Presidente Manuel Montt, luego también Presidente de la República durante 1906-1910.⁴ Entre esta época y la dirección médica de la institución en 1932,⁵ destaca el Dr. Jerónimo Letelier Grez, personaje incluido en esta presentación, su primer Director médico en 1932. Cabe agregar también que la docencia universitaria de las enfermedades nerviosas y mentales regresó al establecimiento por 1910, cuando fue nombrado Profesor el Dr. Joaquín Luco Arriagada (1870-1945), antiguo funcionario allí. Esto significa que el Dr. Augusto Orrego Luco, también incluido en esta presentación, no obstante haber sido médico tratante allí en 1874 y destacado hombre público, durante su gestión como profesor universitario titular de la materia (1892-1905) tuvo que limitarse a impartir su cátedra en el Hospital de San Vicente de Paul, ubicado en las inmediaciones. El Dr. Luco también obtuvo de la Universidad de Chile la separación de su cátedra única en dos nuevas asignaturas, a saber: psiquiatría, a cargo del Dr. Oscar Fontecilla Espinoza (1882-1937), y neurología, a cargo del Dr. Hugo Lea-Plaza Jencquel.

Entre 1932 y 1968-70, esto es, desde que la dirección superior de la Casa de Orates la asume un médico hasta la convulsionada época de la reforma univer-

sitaria, ocurre una importante expansión de la práctica psiquiátrica chilena.⁶ Tratándose de un proceso complejo, imposible de resumir en esta oportunidad, sólo señalaremos algunos hitos trascendentes. En primer lugar, la postergada existencia de la Casa de Orates, transformada en Manicomio Nacional por 1930, deviene a partir de 1950 en el Hospital Psiquiátrico, con un nuevo establecimiento construido en el mismo sitio del anterior.⁷ En segundo lugar, en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), entidad fiscal que integra a nivel nacional todos los hospitales antes administrados por la Junta Central de Beneficencia, con los consultorios antes administrados por el Servicio de Seguro Obrero; en este nuevo contexto la Dirección General del SNS, nivel normativo sanitario superior, diferencia una Sección de Salud Mental, cuyo primer encargado es el Dr. Luis Custodio Muñoz Muñoz, también incluido en esta presentación.⁸ En tercero, la ampliación de la enseñanza de la medicina a otras universidades, entre ellas la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Concepción, significó la creación de sendas cátedras titulares de psiquiatría en ambas, además de otras dos Cátedras Extraordinarias en la Universidad de Chile, a cargo de los Dres. Agustín Téllez Meneses desde 1939, y Armando Roa Rebolledo desde 1953, éste también incluido en esta presentación. Finalmente, la reforma universitaria de la Universidad de Chile misma significó en lo medular el cambio del ejercicio del poder interno, desde las antiguas Cátedras ejercidas por un Profesor Titular vitalicio, a los Departamentos dirigidos por profesores encargados, renovables periódicamente.⁹ Los otros tres personajes incluidos en esta presentación son prototipos de estos importantes cambios: el Prof. Dr. Ignacio Matte Blanco, Titular de la Cátedra de Psiquiatría desde

3 La etapa 1852-1891 ha sido conocida como de los precursores.

4 Falleció de enfermedad cardíaca durante el ejercicio de su cargo.

5 La etapa 1891-1932 ha sido conocida como de los fundadores.

6 La etapa 1932-1970 ha sido conocida como del desarrollo.

7 Esta nueva construcción se inició con el reemplazo de la vetusta Clínica Universitaria de Psiquiatría, todavía parte del Manicomio Nacional, proceso de renovación continuado con el resto del establecimiento, el cual pasa a ser conocido por 1952, coincidiendo con la celebración de su primer centenario, como el Hospital Psiquiátrico. En 1959 la Clínica Universitaria de Psiquiatría cambia su dependencia al Hospital Clínico de la Universidad de Chile «Dr. José Joaquín Aguirre», nueva denominación que adquiere el antiguo Hospital de San Vicente de Paul luego que se construyera adjunto en su mismo sitio un moderno complejo asistencial.

8 A lo largo del siglo XX la Universidad de Chile desarrolla otras carreras sanitarias cooperadoras de la función médica, tales como enfermería, trabajo social, psicología, farmacia, terapia ocupacional y otras. Todas ellas se van integrando paulatinamente a las labores asistenciales de psiquiatría y salud mental.

9 Los cargos de Profesores Titular, Asociado o Agregado, se refieren a la calidad otorgada al desempeño académico individual por el respectivo Departamento y su Facultad de pertenencia, así como a la extensión de cada jornada laboral. Lo usual es que la elección de Director de un Departamento sea entre los Profesores Titulares interesados, usualmente aquéllos con desempeño en jornada completa, ejerciendo el elegido sus 4 años renovables. Esta recarga administrativa incluye que su remuneración normal se incremente transitoriamente con una asignación de responsabilidad.

1948, renuncia en 1966 y es reemplazado por el Prof. Roa, hasta entonces sólo Profesor Extraordinario desde 1953, pero cuya titularidad pierde al poco de asumirla al ser transformada su Cátedra en uno más de los 4 Departamentos de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, en su caso el Departamento Norte; en el mismo proceso de cambios el Departamento Sur es asumido en 1968 por el Dr. Juan Marconi Tassara, Profesor Auxiliar de Psiquiatría desde 1964.

En un nivel más macro político y social, en Chile a continuación sucede el Gobierno socialista del Presidente Dr. Salvador Allende Gossens (1970-1973) depuesto por una Junta Militar cuyo Gobierno se extiende hasta 1990. En este período se consolida un nuevo modelo económico liberal mercantil, en cuyo contexto el Estado Benefactor, hasta entonces activo agente económico, se transforma en un Estado Regulador de los distintos agentes económicos públicos y privados intervinientes. Este ordenamiento ha sido mantenido hasta la actualidad, no obstante el regreso a la democracia ocurrido en 1990, con lo cual la educación y la salud se amplían extraordinariamente mediante el surgimiento de numerosas empresas dedicadas a ambos rubros. La educación superior pública y privada incrementa las carreras orientadas a la psiquiatría y la salud mental, así como desarrolla nuevas orientaciones laborales y organizacionales. Pero éstas y otras novedades superan la meta de esta presentación, cual es presentar en sus respectivas situaciones profesionales a personalidades creativas de la psiquiatría chilena cuyos respectivos ciclos vitales ya se extinguieron.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Escobar E «Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952)» *Rev. Psiquiatría* VII: 361-368, 1990, Chile.
- Escobar E «José Ramón Elguero del Campo (1819-1877). Primer Profesor de Enfermedades Mentales en Chile» *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 38(2): 131-132.
- Escobar E «Carlos Sazié Heredia, segundo profesor de neurología y enfermedades mentales en Chile (1852-1921)» *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39(2): 165-166.
- Laval E «Fundación del Hospicio de Santiago» *Rev. Asistencia Social* tomo VII, núm. 4: 412-450, 1938.
- Medina E «Panorama institucional de la psiquiatría chilena» *Rev. Psiquiatría* VII: 343-370, 1990, Chile.
- Medina E «De Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico» *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39 (1): 78-81.

- Medina E «Antecedentes para la historia del Manicomio Nacional y de la Clínica Universitaria de Psiquiatría» *Psiquiatría y Salud Mental* 2001; XVIII, Núm. 1: 41-50, Chile.
- Montauban A «El Hospicio de Santiago» *Rev. Médica de Chile* Año XVI Núm. 2: 48-56; Núm. 3: 97-109, 1887.
- Murillo GA «El Profesor Agustín Téllez Meneses. Reseña de su obra y personalidad (influencia de la psiquiatría alemana en la chilena)». *Rev. Psiquiatría* VII: 369 -374, 1990, Chile.
- Ojeda C «Ignacio Matte Blanco, Armando Roa Rebolledo y Juan Marconi Tassara: tres creadores en la psiquiatría chilena». *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39: 183-193.
- Pallavicini J «Semblanza del profesor Oscar Fontecilla Espinoza (1882-1937)». *Jornadas de Historia de la Medicina*, Academia de Medicina, Instituto de Chile, 1987.
- Roa A «Consideraciones sobre la evolución de la psiquiatría chilena» *Rev. Médica de Chile*, 100: 1262, 1972.

Augusto Orrego Luco (1849-1933)

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Nació en Valparaíso el 2 de mayo de 1849. Completó sus estudios secundarios en el Instituto Nacional. Por decisión paterna estudió en contra de su voluntad un año Leyes, aunque a escondidas se matriculó en Medicina, carrera que continuó hasta su titulación, abandonando la anterior. Antes de recibir su título fue nombrado Médico de la Casa de Orates, donde preparó su memoria de título «Alucinaciones Mentales», la que fue publicada en la Revista Médica. Obtuvo el título de Médico Cirujano el 14 de enero de 1874. Ejerció la docencia en Anatomía hasta partir a Francia, especializándose en enfermedades nerviosas con Charcot en París. Vuelto a Chile enseñó en la Universidad de Chile como Profesor de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas y Mentales desde 1892 a 1905, donde además alcanzó el cargo de Director de la Escuela de Medicina. Fue casado con Martina Barros Borgoño, mujer intelectualmente dotada, quien era la primera en escuchar los trabajos de su esposo y que fundó una tertulia cultural donde asistían personajes importantes de la sociedad chilena. Ella fue una de las precursoras de los movimientos feministas chilenos.



Augusto Orrego Luco.

Orrego Luco fue además escritor, periodista y parlamentario. Como ejemplo de su habilidad de escritor citemos su libro «Recuerdos de la Escuela», publicado en 1922 y reeditado varias veces a lo largo del siglo XX. Colaboró en los diarios «El Ferrocarril» y «El Mercurio»; dirigió la «Revista Chilena» y fundó la «Revista de Santiago». Fue activo colaborador de la Revista Médica y del diario

La Patria, donde comunicó varios trabajos referidos a la Cuestión Social, asunto que dejaba traducir su ideología liberal y su preocupación por la alta morbilidad y mortalidad infantil de su tiempo, además confirmando la relación de esa mortalidad con la alta frecuencia de los procesos migratorios de la población campesina más desvalida.

Entre sus numerosas publicaciones científicas publicadas en la Revista Médica de Chile destacan en 1874 la de «Causas directas e indirectas de las Alucinaciones», en 1875 «Los asilos de alienados» y en 1879 un estudio sobre las circunvalaciones y surcos del cerebro humano, además de otro denominado «Neurosis mímicas». También se destacó en 1904 el trabajo la «Etiología y Terapéutica de la Tabes Dorsal», que se refiere a la causa luética de la enfermedad, proponiendo la novedosa opinión que presenta manifestaciones clínicas de acuerdo a las épocas y al contexto histórico del paciente, además enfatizando la importancia de conocerlo en profundidad para decidir el tratamiento más apropiado.

Fue miembro del partido Nacional y militante del partido Liberal, en el gobierno de Federico Santa María, 1881-1886; jefe de su partido, organizó la Alianza Liberal que llevó a cabo reformas religiosas entre los años 1886 a 1891. Diputado suplente por Santiago, período 1876 a 1879. Diputado propietario por Lontué período 1882 a 1885, integró la Comisión Permanente de Educación y Beneficencia. Diputado propietario por Cauquenes para el período 1885 a 1888, asumiendo la Presidencia de la Cámara el 2 de diciembre de 1886 e integrando la Comisión Permanente de Educación y Beneficencia y la Comisión Conservadora para el receso de 1886 a 1887. Diputado propietario por Quillota, período 1888 a 1891, integró la Comisión Permanente de Educación y Beneficencia. Firmó el acta de deposición del Presidente Balmaceda.

Fue Ministro del Interior desde junio hasta agosto de 1897 y Ministro de Justicia e Instrucción Pública desde abril hasta junio de 1898, bajo la administración del Presidente Federico Errázuriz Echaurren, y Ministro de Justicia e Instrucción Pública, desde diciembre de 1915 hasta enero de 1916, bajo la administración del Presidente Juan Luis Sanfuentes Andonaegui.

En 1930 fue perseguido por el gobierno del general Carlos Ibáñez del Campo, por lo que viajó a Francia y volvió en 1931, regresando a continuación a vivir a su ciudad natal.

Falleció en Valparaíso el 26 de agosto de 1933.

REFERENCIAS

- Molina C «La Cuestión Social y la Opinión de la Elite Médica. Chile 1880 — 1890» *An.chil.his.med.* 2006; Vol 16 (1): 17-32.
- Pérez-Olea J «Don Augusto Orrego Luco» *Rev. Méd. Chile* 112: 193-200, 1984.
- Roa A «Consideraciones Sobre la Evolución de la Psiquiatría Chilena». *Rev. Méd. Chile* 100: 1262, 1972.
- Roa A *Augusto Orrego Luco en la cultura y la medicina chilena*, Ed. Universitaria, Santiago, 1992.
- Romero H «Augusto Orrego Luco» *Rev. Méd. Chile* 101: 99, 1972.

Causas indirectas de la alucinación mental

AUGUSTO ORREGO LUCO

La diferencia capital entre las causas que hemos estudiado y aquéllas de que vamos a ocuparnos consiste en la universalidad de acción de las primeras y en la especialidad de acción de las segundas. Mientras las unas producen el fenómeno sea cual fuere el estado fisiológico del organismo en que obran, necesitan las otras ser ayudadas por una predisposición orgánica innata o adquirida.

Así, por ejemplo, sea cual fuere la constitución de un individuo, sea cuales fueren los hábitos morales de su espíritu o los hábitos físicos de su organismo se presentarán las alucinaciones del alcohol después de su uso más o menos frecuente y prolongado.

Pero no sucede otro tanto cuando se trata de la soledad, de las pasiones, del entusiasmo o el sufrimiento. La acción de la causa depende principalmente en este caso de la viveza con que siente el individuo sobre quien obra y así mientras las vemos permanecer estériles con los unos las vemos también desplegar una actividad violenta con los otros.

La causa era todo en el grupo anterior, en éste sólo es parte para producir el fenómeno. La causa en aquel grupo dominaba a la naturaleza, la violentaba para dirigirla hacia las alucinaciones; en este grupo la causa se somete a las leyes orgánicas de cada individuo y sólo se presentan las alucinaciones cuando esas leyes se hacen cómplices para producir el fenómeno.

Aparte de esta diferencia radical, hay otra que resaltaré del estudio en que vamos a entrar. Esa independencia que tenían las primeras se traducía en la constancia y uniformidad de sus efectos. Como su acción era independiente del individuo, como esas causas se imponían al organismo encontrábamos los mismos efectos, sin que les pudiese alterar de una manera marcada lo que tenía de especial cada individuo y cada organismo.

Podíamos pues, hacer generalizaciones señalando esos rasgos comunes. Ahora, esas generalizaciones serán imposibles. Los efectos no corresponden a las causas, corresponden al organismo sobre el cual obran esas causas; varían infinitamente como varían hasta el infinito las condiciones individuales.

Para que sea posible generalizar los efectos de una causa, es necesario que esos efectos sean constantes o que tengan por lo menos cierta fijeza; la falta de constancia y de fijeza la hacen imposible.

No podremos, pues, entrar ahora en esas generalizaciones y todo nuestro esfuerzo debe reducirse no a hacer ver la manera cómo obran las causas sino la realidad de su acción.

Principiaremos por las más comunes de entre ellas que son las causas morales, las causas psíquicas para valerme de una expresión clásica.

La contención violenta del espíritu fija durante largo tiempo en la misma idea, produce alucinaciones cuya observación es vulgar. Un pensamiento caprichoso y raro pasa por el alma, esa misma rareza llama la atención; el pensamiento que pasó por causalidad vuelve atraído por la voluntad, el espíritu se habitúa a mirarlo, a examinarlo y el hábito se transforma en necesidad, y el pensamiento vuelve y revuelve sin cesar, absorbe todos los otros pensamientos se convierte en la idea fija. Esta es la historia de muchas monomanías y de muchas alucinaciones.

Así como el espíritu se habitúa a una idea, los sentimientos se habitúan a una impresión y la experimentan aún cuando haya desaparecido. Cuando se ha oído durante mucho rato vibración de una campana se continúa percibiendo esas vibraciones aún cuando la campana ya no suene. Muchas personas continúan sintiendo el movimiento del buque después de una larga navegación.

Pero no hay siempre necesidad de que esa impresión sea prolongada, a veces basta con que sean síntomas. Tal vez alguno de nosotros, después de oír un sonido agudo, ha continuado sintiéndolo durante un largo rato.

Cuando una sensación subjetiva, como la sensación del hambre, es la que preocupa el pensamiento, entonces la causa se complica. No sólo hay una contención del espíritu en estas circunstancias sino que también viene a añadirse la influencia que ejerce una larga privación.

Recordáis, señores, las alucinaciones que se apoderaron de los naufragos de la Medusa que permanecieron durante muchos días en medio de las angustias del hambre y una mar embravecida. M. Savigny contando la historia de ese naufragio, de que fue testigo, dice que él veía a su alrededor una tierra cubierta de

bellas plantaciones y se encontraba con personas cuya presencia halagaba sus sentidos... Muchos se creían a bordo de la Medusa rodeados de los objetos que veían diariamente; otros divisaban buques que llamaban en auxilio, otros divisaban una bahía en cuyo fondo había una soberbia ciudad. M. Corréard creía recorrer las bellas campiñas italianas.

En la continencia se presenta también esa idea fija, ese esfuerzo constante de la voluntad para luchar con deseos, que renacen sin cesar y una sensación no satisfecha. Ambos estados se presentan con tal identidad psíquica que nos parece excusado reproducir comprobantes que pongan de manifiesto la acción que puede tener la continencia. A ella, a la soledad, al entusiasmo religioso y a otras causas combinadas con éstas se atribuye la frecuencia con que se ha observado la alucinación en los conventos. Cambiando en la enumeración de causas que acabamos de hacer el entusiasmo religioso por esa pena indecible, por esa tortura tenaz que atormenta a los detenidos, se explica también la frecuencia del mismo fenómeno en las cárceles.

Durante esas noches horribles de mi prisión en el Spielberg, dice Silvio Pellico, mi imaginación se exaltaba a tal punto que me parecía aunque despierto oír en mi calabozo ya suspiros, ya risas ahogadas. En mi niñez no había creído en los brujos y aparecidos, y ahora esos gemidos y esas risas me espantan. No sabía cómo explicarme eso y me veía obligado a preguntarme si no era el juguete de algún poder misterioso y malhechor.

Muchas veces tomé la luz con mano trémula para ver si alguien se había ocultado debajo de mi lecho con el objeto de reírse de mí... Cuando estaba sentado al lado de mi mesa ya me parecía que me tiraban de la levita, ya que una mano oculta me empujaba el libro, que alguien venía por detrás a soplarme la luz para apagarla. Entonces me levantaba precipitadamente, miraba a mi alrededor, me paseaba con desconfianza y me preguntaba a mí mismo si estaba loco o en mi sano juicio.

Todas las mañanas esos fantasmas se desvanecían y mientras duraba la luz del día podía vencer esos terrores y creía imposible volverlos a sentir. Pero al ponerse el sol principiaba a temblar y todas las noches volvían las visiones extravagantes de la noche anterior.

Esas apariciones nocturnas que durante el día llamaba ilusiones locas en la tarde se convertían para mí en realidad aterradora.

Así cuenta Silvio Pellico, historiando sus prisiones, el efecto que producían sobre él la soledad del calabozo en las horas silenciosas de la noche. Pero Silvio

Pellico era un reo político y a esas causas no venía a añadirse otra que con frecuencia se encuentra entre los detenidos a quienes el remordimiento de un crimen viene a aumentar las angustias. Y el remordimiento, señores, no necesita de esas causas auxiliares para producir las alucinaciones que él por sí solo puede determinar. Recordáis aquellas visiones terribles que como una expiación perseguían al rey Carlos IX después de la matanza de San Bartolomé.

Recordáis también la observación tan repetida de Cassio Burroughs que no dejan duda alguna sobre esta acción.

Cassio Burroughs, dice Aubrey, era uno de los más bellos jóvenes de Londres, de un valor brillante, singularmente altivo y un poco jactancioso. Fue el amante de una encantadora italiana que vivía en Inglaterra donde murió. Una tarde, algún tiempo de muerta su querida, M. Burroughs estaba en una taberna donde públicamente se jactaba de su antigua relación: eso era violar una promesa que había contraído en el lecho de muerte de aquella señora, cuya debilidad había jurado no revelar. Apenas había cometido aquella indiscreción cuando la sombra de la bella italiana se le apareció, y el fenómeno continuó reproduciéndose en todas sus orgías. M. Burroughs declaró que la visión del fantasma era precedida de un terrible escalofrío que venía a sorprenderlo en medio de los vapores del vino, y hacía vibrar su cabeza. Más tarde murió en un duelo; la italiana se apareció a su amante en la mañana misma de la catástrofe.

Estos fantasmas perseguidores nos hacen recordar aquellas furias vengadoras del politeísmo antiguo y nos hacen suponer que ya entonces debían haber sido observadas estas visiones que producen el remordimiento.

A veces a ese reproche íntimo de la conciencia que lo constituye viene a unirse el terror, a veces otras impresiones morales lo complican. ¿Sabéis que el terror por sí solo puede dar origen a las alucinaciones? Foderé citó el caso de una joven que encontró una serpiente en el paseo que desde entonces creía que la perseguía. La veía, la tocaba, la sentía hasta en sus partes más delicadas.

Este caso es un buen ejemplo del terror físico como tan impropiamente se denomina el miedo que se experimenta con la vista de algunos objetos. Como un ejemplo del terror moral, es decir, de las alucinaciones producidas por un sentimiento análogo al anterior, pues desarrollado bajo la influencia de una idea, voy a recordaros la observación siguiente:

Un joven comerciante, dice Michea, perteneciente a una familia considerada muy austera, bajo el punto de vista de la probidad y delicadeza de los sentimientos, se vio obligado a hacer una cesión de sus bienes, por circunstancias

desgraciadas e independientes de su voluntad. Una profunda melancolía fue la consecuencia de esa triste necesidad, degeneró bien pronto en idea fija. Ese interesante joven se imaginaba haber arrojado una mancha indeleble sobre su nombre; se reprochaba amargamente, y sin razón, de que por su culpa se hubiera roto el matrimonio de una de sus hermanas. En la noche, en medio de esos crueles insomnios, veía las ventanas y las puertas de su alcoba abrirse solas; veía él espectro de uno de sus principales acreedores que se acercaba a su lecho con un aire amenazador, sentía una mano invisible que le comprimía el cuello o le tiraba el pelo. Durante el día cuando andaba por las calles el espectro estaba siempre a su lado, y con frecuencia, cuando abría una puerta, experimentaba una resistencia que lo hacía creer que el fantasma se la sujetaba. El enfermo consiguió hacer suspender los efectos de la quiebra y cesaron las alucinaciones que habían producido.

El miedo a la deshonra, que figura como causa en esta observación, es el más frecuente de los terrores morales.

Una idea fija o más bien dicho, un círculo de ideas fijas constituyen, señores, la base de todas las causas morales que hemos señalado. Era una idea fija la que producía esa violenta contención moral, era un círculo de ideas el que volvía y revolvió sin cesar en el cerebro de Silvio Pellico, en ese joven agobiado por el temor de la deshonra, en aquellos pobres náufragos de la Medusa.

Pero esa idea fija nunca se muestra tan activa, jamás se manifiesta tan intacta como en el hombre a quien domina una pasión o que se entrega a esa fiebre de la meditación intelectual. Los hombres que han observado el corazón humano en sus estados de la pasión, los que han hecho la anatomía del sentimiento, permitidme la expresión, señores, no han dejado de observar las alucinaciones que produce. Pero no hay necesidad de haber observado hasta haber sentido, haberse encontrado en esa situación del alma que tan exactamente llama Stendhal el estado de cristalización del sentimiento, ese estado que nos hace ver en los objetos queridos todas las perfecciones y virtudes de que hemos oído hablar. Esas son verdaderas alucinaciones psíquicas como decía Esquirol. Pero ¿a qué detenernos en este asunto? ¿Quién no ha tenido en su vida una de sus horas contemplativas llenas con las visiones que elabora el sentimiento? ¿Quién en esa situación indefinible entre la velada y el sueño no ha visto alguna vez delante de sus ojos una de esas creaciones del cariño? Para eso no se necesita ser poeta, basta ser hombre, basta haber tenido corazón y juventud.

Pero las alucinaciones que alimentan ese soplo febril de las pasiones no son siempre fugitivas, suelen ser tenaces y constantes, suelen engañar la razón y hacer creer que esas visiones son reales y no imaginarias.

Como un ejemplo de este género voy a recordaros las alucinaciones del Tasso, cuyo amor fue el origen de sus desgracias. Creía que un genio sobrenatural lo visitaba, veía ese genio y lo oía hablar, más aún los dos hablaban. Manso dice «queriendo un día convencerlo de la ilusión en que estaba él me respondió: ya que mis razones no pueden persuadirlo yo lo venceré con la experiencia y Vd. verá con sus ojos ese espíritu de que le hablo y en que Vd. no quiere creer sobre mis palabras.

—Acepto le dije. Al día siguiente estando los dos sentados delante del fuego, volvió la vista hacia una ventana en que fijó sus miradas con tanta atención que dejó de responder a lo que le decía y aún es probable que no me oía.

En fin, dijo, he aquí mi espíritu familiar que tiene la amabilidad de venirme a hablar. Admírelo Ud. y vea la verdad de lo que le he dicho.

Volví los ojos al lugar que me indicaba, inútilmente miré; sólo vi los rayos del sol que penetraban en el cuarto por los vidrios de la ventana. Mientras yo miraba por todos lados sin descubrir nada extraordinario me apercibí que el Tasso estaba ocupado de una conversación muy seria; porque aun cuando yo no oyese ni viera a nadie más que él, su discurso estaba arreglado como entre dos personas que conversan: él interrogaba y respondía alternativamente. Las materias de que hablaba eran tan elevadas, el estilo tan sublime y tan extraordinario que la sorpresa me había en cierto modo sacado de mí mismo; no me atrevía ni a hablarle, ni a preguntarle donde estaba ese espíritu que él me había señalado y con el cual conversaba. Maravillado de lo que pasaba a mi vista permanecí largo rato en suspenso, sin duda hasta la partida del espíritu. El Tasso me dijo entonces ¿Ha salido Vd. por fin de sus dudas? Lejos de eso, le contesté, ahora aumentan, he oído cosas admirables pero no he visto nada de lo que Vd. me había anunciado.»

La ambición, la avaricia: todas las pasiones, en una palabra, han sido causa de alucinaciones tan frecuentes y citadas que me parece inútil reproducirlas.

Hay otro estado en que la atención se fija con tanta intensidad en un mismo círculo de ideas bajo la influencia de las pasiones. Y quien sabe hasta qué punto ese estado es el mismo una pasión. Quiero hablar de ese estado meditativo en que se sumerge el alma estudiando un problema, quiero hablar de ese estado en que se concentran fijamente todas las facultades del espíritu en un solo punto.

En esa situación las alucinaciones son frecuentes. La generalidad de los que así concentran sus pensamientos pertenecen es verdad a esa clase de individuos en quienes la vida nerviosa es tan marcada como es silenciosa y mezquina la vida de los otros órganos. En ese desequilibrio nervioso hay ya una causa que predispone a las alucinaciones; la contención del espíritu, el esfuerzo intelectual, la fatiga del cerebro, las vigiliadas prolongadas en que abunda la vida de gabinete obrando sobre ese terreno preparado de antemano vienen a determinar su aparición.

Como un ejemplo de esta causa vosotros recordaréis haber leído las visiones que atormentaban a Bachyko, el desgraciado jefe de la revolución polaca, durante sus largos trabajos de 1806. Un negro de un aspecto horrible se sentaba enfrente de él; un monstruo iba a mirarlo todas las noches por entre las cortinas, serpientes que lo helaban de terror se enlazaban de sus rodillas mientras preparaba su trabajo.

Las privaciones y la miseria agotando las fuerzas, determinan esos estados caquéticos en que el sistema nervioso no se encuentra moderado por el influjo sanguíneo y se entrega a todo género de desórdenes.

Sir William Lee, uno de los más notables alienistas de Inglaterra, publicaba no hace mucho la serie de alucinaciones que habían llegado a hacer desesperante la vida de una pobre muchacha en quien parecía haberse sobrepujado a sí misma la miseria inglesa que es la más profunda de las miserias.

Un calor extremado o un frío riguroso producen también las alucinaciones.

El frío era la causa de aquellas visiones que atormentaban al ejército francés en la retirada histórica de Rusia. El calor obra también del mismo modo.

Y vosotros debéis conocer las relaciones que hacen los viajeros al África en que todos pintan las alucinaciones del desierto, la visión de personas queridas o de amigos lejanos, de fantasmas caprichosos o de creaciones monstruosas. El mismo William Lee ha publicado también la viva narración de sus visiones que le hacía uno de los exploradores del Sahara. Siento no poder reproducir esas bellas páginas de un artista y de un médico, tan bien meditadas como escritas.

La soledad también suele dar origen a las alucinaciones. Una joven, decía Jimmermann, de un carácter excelente, pero casi enteramente retirada del mundo, me aseguró un día que todas las veces que se encontraba sola o que cerraba los ojos se veía rodeada por una banda de demonios.

Cuando a la soledad viene a unirse la oscuridad, la acción se hace más viva y puede obrar por consiguiente sobre organismos menos susceptibles. Pero la oscuridad misma puede producirla.

Una escritora, dice Michen, víctima desde hace largo tiempo de una cruel neuropatía experimenta con mucha frecuencia alucinaciones de la vista durante la noche, sin estar absolutamente dormida; alucinaciones que ella estima en su justo valor, que ella mira como un juego caprichoso de su imaginación ardiente. Esta señora había encontrado un medio de poner término a la importunidad que le causaba estos fenómenos, era el tener siempre una lámpara encendida durante la noche.

A la oscuridad refieren también los autores las alucinaciones que se producen en ciertos individuos cuando cierran los párpados.

He conocido, dice Roesch, un sexagenario que sufría de la gota. Siempre que estaba desarreglada su salud desde que cerraba los párpados veía figuras humanas de diversas formas pasar delante de él sobre los cobertores de su lecho. Le era imposible apartar la visión aún cuando sabía que era el producto de su imaginación y que fuera el primero en reírse de ellas.

A veces no basta cerrar los párpados, pero si algún otro accidente viene a unirse, las alucinaciones se presentan. Cuando cierro los ojos, dice Goethe, y *bajo la cabeza* hago aparecer una flor en medio del campo de la visión; esa flor no conserva su primera forma, se abre y de su interior salen nuevas flores formadas de hojas coloradas y algunas veces verdes. Esas flores no son naturales sino fantásticas, aunque simétricas como las rosetas de los escultores... Lo mismo me sucede cuando miro un disco coloreado. Sus diferentes colores sufren cambios constantes que se extienden progresivamente del centro hacia la circunferencia, exactamente como los cambios del kaleidoscopio moderno.

El calor, el frío, la soledad, la oscuridad y esos detalles imposibles de enunciar, análogos en su efecto a la inclinación de cabeza de que nos habla Goethe, se combinan entre sí y forman en su conjunto lo que se pudiera llamar las causas físicas de este segundo grupo a que tenemos que añadir causas de otro género. Son éstos ciertos estados patológicos en cuyos dos extremos figuran la plétora y el onanismo.

Éste último, según Brière de Boimont obra no sólo por su acción sobre el sistema nervioso sino también por los remordimientos que inspira. More refiere la observación de un joven, víctima de hábitos mortíferos, caído en el marasmo,

que vivía asediado de fantasmas y se quejaba de oír sin cesar resonando en sus oídos la sentencia de su condenación.

En cuanto a la plétora sanguínea conozco una observación de Caperon, citada por Michen y que me parece concluyente. Una sirvienta, dice, veía a la una de la mañana una figura blanca que ella tomaba por un espíritu. Testigo de las lágrimas y los gritos de esa mujer cuando su espectro venía a visitarla, Caperon creyó en vista de la gordura de la enferma y el color animado del semblante, que el aflujo de sangre hacia el cerebro era la única causa de las alucinaciones. En consecuencia hizo practicar una sangría y desde la noche ya no volvió a presentarse el espectro.

Y aún cuando ese estado plétórico no exista, basta con que la suspensión de un flujo determine esa plétora local en el cerebro para que el fenómeno pueda presentarse. Caperon recuerda a este respecto una joven de 18 años aún no reglada y que padecía de alucinaciones de la vista. Cuando se presentó la menstruación ella se vio libre de este síntoma.

En esta rápida excursión al través de las causas de las alucinaciones creo, señores, haberos señalado todas aquéllas que ejercen una acción demostrable, que la teoría autoriza para mirar como causas efectivas y la observación nos muestra obrando con los caracteres de tales.

Fuera de éstas las demás que se han dado como causas me parece que pueden y deben ser consideradas como circunstancias que han acompañado su aparición o como accidentes que las han precedido.

Santiago, diciembre de 1873.

Jerónimo Letelier Grez (1873-1934)

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Nació en Valparaíso el 25 de abril de 1873. Estudió medicina en la Universidad de Chile, realizando su internado en la Casa de Orates en 1895 y recibiendo en 1898 con la Memoria «Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile». Hizo luego toda su carrera funcionaria como médico de este Establecimiento hasta 1933, donde fue sucesivamente Jefe Médico (1910), Administrador (1923), Jefe de la Sección Manicomio y Sub Director Técnico (1925), Director Interino (1931) y Director Titular (1932). Durante el lapso tuvo que ver con su modernización técnica y administrativa, expresada en la organización de las secciones de laboratorio, anatomía patológica y dental, hacia 1920; en la diferenciación interna de las secciones Hospital Psiquiátrico, Manicomio Nacional y Asilo de Temperancia, por 1925; en la organización de la Escuela de Enfermeros y Enfermeras Alienistas, también en 1925, y en la creación del Hospital Colonia «El Peral» en 1928.

Desde mediados de 1924 hasta comienzos de 1925 fue enviado por la Junta de Beneficencia en un viaje de estudios a Europa, recorriendo diferentes establecimientos psiquiátricos en Francia, España, Italia, Suiza, Bélgica, Alemania e Inglaterra; de regreso también realizó otras visitas en Uruguay y Argentina. Toda esta experiencia quedó expresada en su «Informe sobre la Asistencia de los Alienados, que presenta a la Honorable Junta de Beneficencia», incluido parcialmente en esta presentación, en cuya parte final propone toda una organización nacional para el país, desde Tacna (entonces administrado por Chile, luego de la Guerra del Pacífico) a Punta Arenas.

Aunque no tuvo otras publicaciones, fue Director de la «Revista de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal» hacia 1918. Además fue uno de los redactores del «Reglamento General para la organización y atención de los servi-

cios de salubridad mental y hospitalización y reclusión de insanos» (Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, publicado en el Diario Oficial el 10 de marzo de 1927).

El conjunto de toda su carrera funcionaria lo convierte en el gran promotor de la institucionalidad psiquiátrica moderna del país.

Falleció en Santiago el 12 de septiembre de 1934.

REFERENCIA

Escobar E y Medina, E «Jerónimo Letelier Grez: Primer Director Médico de la Casa de Orates y Organizador de la Asistencia Psiquiátrica Nacional» *Rev. Psiquiatría* (1999) XVI, 1: 20-28, Chile.

Informe sobre la asistencia de los Alienados que presenta a la Honorable Junta de Beneficencia

JERÓNIMO LETELIER GREZ¹

Señor Presidente de la Honorable Junta de Beneficencia:

La Honorable Junta tiene el propósito de transformar nuestro antiguo sistema de hospitalización de alienados, modernizando científicamente, en conformidad con los últimos adelantos sobre la materia, los servicios tan importantes y vastos como múltiples y complejos de la atención, tratamiento y curación de las enfermedades mentales.

Con este fin y en cumplimiento de la comisión con que tuvo a bien honrarme con fecha 3 de Julio de 1924 para que estudiará y tomará nota de los progresos que los asilos de alienados y las colonias agrícolas o manicomios de puertas abiertas hayan podido alcanzar en las principales ciudades de Europa que visitará, a fin de realizar esos adelantos en nuestros establecimientos y proporcionar, de esta manera, un mayor beneficio para la salud de los enfermos agudos y crónicos que acuden a la Casa de Orates, paso a dar cuenta de los resultados a que he llegado en mis visitas y estudios de los manicomios europeos y americanos que he podido visitar durante mi viaje a diferentes países extranjeros.

Y deseando colaborar a medida de mis esfuerzos a esta gran obra humanitaria que la Honorable Junta desea emprender, he llegado a las conclusiones que se anotan más adelante por estimarlas, a mi humilde modo de entender, como las mejores que se pueden implantar en nuestro país, tomando a su vez en cuenta que no debemos solamente imitar a los países más adelantados que el nuestro, sino que adaptar y amoldar estos adelantos a nuestras condiciones de vida social y económica.

¹ Sub director y médico jefe de la Casa de Orates

Pero antes de entrar en materia séame permitido agradecer una vez más a la Honorable Junta la confianza con que me ha distinguido y las facilidades que me ha proporcionado para el mejor desempeño de mi comisión.

Estimando que para formarme una idea más completa de mi cometido, a fin de traer el mayor acopio de estudios y observaciones, necesitaba conocer el mayor número posible de asilos o manicomios, visité con tal objeto los siguientes:

En Francia. Asilo de San Pedro, de Marsella. Asilo de Santa María de la Asunción, de Niza. Asilo de *Château-Picon*, de Burdeos. Hospicio de la *Salpêtrière*. Asilo de *Bicêtre*. Asilo de *Villejuif*. Asilo de *Maison Blanche*. Asilo de *Ville Evrard*. Casa de Salud de *Ville Evrard*. Fundación Vahee, para niñas anormales. Asilo Clínico de Santa Ana. Servicio libre de Profilaxia Mental de París.

En España. Manicomio de Santa Isabel de Leganes, de Madrid. Asilo para epilépticos, de Carabanchel Alto. Asilo de San Rafael para niños deformes, de Madrid. Manicomio de Ciempozuelos. Estos tres últimos de propiedad de la Congregación de los Hermanos de San Juan de Dios, y atendidos por ellos mismos.

En Italia. Manicomio de *Chiarugi* de San Salva, de Florencia. Manicomio de *Mombello*, de Milán. Asilo de alienados, de Bérgamo. Manicomio de San Onofre, de Roma. Manicomio de San Servolo (hombres) y de San Clemente (mujeres), de Venecia.

En Suiza. Asilo de *Cery*, de *Lausanne*. Asilo de *Waldau*, de Berna. Asilo de *Burghölzli*, de Zúrich. Asilo de *Bel Air*, de Ginebra.

En Bélgica. Instituto Médico-Quirúrgico (asilo de alienados), de Bruselas. Instituto del Niño Jesús para niños degenerados de ambos sexos, de Ciney. Asilo de San Martín (hombres), de Dave. Sanatorio de Beau Vallon de Saint Servais (mujeres), de Namur. Colonia familiar de Gheel.

En Alemania. Clínica Psiquiátrica de Berlín. Asilo de Wittenau. Asilo de Herzberge. Colonia de Alt Scherbitz, de Leipzig. Sanatorio particular de Ahrweiler, cerca de Colonia.

En Inglaterra. Coney Hatch Mental Hospital, de New South Gate. West Park Mental Hospital, de Epsom.

En Argentina. Hospicio de las Mercedes o Manicomio de hombres. Hospital Nacional de Alienadas. Sanatorio Flores (particular). Open Door, de Luján.

En Uruguay. Colonia de Alienados de Santa Lucía.

En todos ellos fui amablemente atendido por sus Directores y su personal técnico y administrativo, dándoseme toda clase de facilidades para mis estudios y observaciones.

Un elemental deber de cortesía me obliga a tributarles desde estas páginas el testimonio de mi gratitud, estimación y reconocimiento.

HOSPITALIZACIÓN DE LOS ALIENADOS

Para resolver y emprender de una vez por todas la hospitalización científica de nuestros alienados, tal como se comprende y practica en los principales Manicomios visitados, hay que estudiar el siguiente conjunto de materias: I. Servicio de Enfermeros. II. Servicio Médico. III Hospitales Urbanos. IV Hospitales Psiquiátricos. V. Asilos-Colonias.

I. Servicio de Enfermeros

El personal de enfermeros de los Manicomios es la base de todo buen servicio para la mejor atención de los enajenados.

Como se dice en la Memoria de la Casa de Orates, que acaba de presentar su Director don Francisco Echenique: «por muy activa y progresista que sea la dirección de un Manicomio, por muy constante y eficiente que sea su atención médica, los resultados generales y prácticos no corresponden a esos esfuerzos si el personal de enfermeros no está instruido y educado como es debido y como lo requieren las delicadas funciones que debe desempeñar en su trato permanente y estrecho con los enfermos».

Siendo el tratamiento moral uno de los medios principales para la curación de muchas psicopatías, el papel del enfermero de asilo es mucho más delicado e importante que el del enfermero hospitalario.

Por una parte, el enfermero de asilo, por su continuo contacto con el enfermo, es un elemento de indiscutible necesidad y ventaja para reeducarlo, influyendo en su ánimo vacilante u obscuro, dirigiéndolo atinadamente en sus diferentes actividades, ejerciendo sobre él una dominación sana, discreta e inteligente ya para hacerle comprender lo inverosímil de sus ideas delirantes, ya para hacerle olvidar los temas de su delirio, ya para orientarlo en sus trabajos, ya para destruirle sus planes insensatos o pueriles, etc.

Por otra parte un buen enfermero, esto es, instruido y educado, es un auxiliar utilísimo del médico, es un complemento indispensable para el diagnóstico de muchos casos, porque en su trato diario y continuo con el enfermo podrá captarse su confianza y conseguirá que le comunique con lujo de detalles sus ideas delirantes, sus anomalías, sus deseos, llegando así a conocer a fondo los sentimientos, hábitos, costumbres y carácter del insano; todo lo cual es indispensable para que el médico llegue con más precisión a un buen diagnóstico, y por consiguiente, a un mejor tratamiento.

Además, con un personal inteligente, activo y bien preparado el médico se siente obligado a trabajar más y mejor, y este trabajo lo hace todavía con mayor entusiasmo, puesto que su labor, que en medicina mental es bastante más pesada e ingrata que en cualquier otro ramo de la medicina, se hace más liviana, eficiente y grata por la cooperación atinada del enfermero, por la comprensión moral del servicio y por la armonía de una obra en común.

Estas pocas palabras creo que bastan para explicar la importancia que el enfermero tiene en la asistencia de los enajenados y la necesidad de ir preparando desde luego este personal para llegar a establecer una verdadera profesión de este servicio, tal como ocurre en los diversos Manicomios que he visitado.

Instruidos en los elementos técnicos del ramo, educados en sus sentimientos, en sus costumbres y en sus actos; rodeados de comodidades y bienestar que los estimulan y les hacen atrayente, honorable y provechosa su profesión, los enfermeros de los asilos que he visitado constituyen un cuerpo de profesionales respetado, querido y admirado por las personas a quienes sirven y por las que los conocen y tratan.

Ya la Dirección de nuestra Casa de Orates se ha preocupado de establecer este servicio y ha principiado a preparar su personal futuro, creando escuelas primarias para hombres y mujeres entre el personal actual de la Casa.

Escogidos los alumnos de esta Escuela que más se hayan distinguido por su buen carácter, sus conocimientos y su aplicación, pasarían a la Escuela técnica de enfermeros que podría principiar con una base de 20 a 30 alumnos de ambos sexos. En su oportunidad daré a conocer los reglamentos más completos que traigo de los principales manicomios visitados, para adaptarlos a nuestras necesidades y medios; anoto aquí algunas ideas generales al respecto.

El profesorado de esta Escuela sería formado por médicos del Asilo, quienes tendrían una remuneración especial por estos servicios. Los cursos durarían tres años, al final de los cuales los alumnos rendirían un examen de fondo,

obteniendo los que fueran aprobados su título diplomado con todas las formalidades del caso. El alumno que no fuera aprobado en su examen final sería eliminado del servicio.

Los alumnos tendrían una gratificación mensual en dinero y un buen premio al obtener su título; depositándose la mitad de la gratificación en la Caja de Ahorros para serles entregada junto con el premio. Los alumnos reprobados perderían su derecho a este ahorro, el que serviría para incrementar el fondo para los premios.

Una vez los alumnos, recibidos de enfermeros, pasarían a desempeñar sus servicios especiales sujetándose a un escalafón y gozando de una buena remuneración para asegurarles el fruto de sus estudios y mantenerlos en la Casa. Sin una buena remuneración es inútil pensar en tener buenos enfermeros y poderlos conservar durante bastante tiempo en el establecimiento.

En los reglamentos de esta Escuela, además de la conveniente enseñanza técnica, se daría importancia a la educación moral de los alumnos, siempre persiguiendo el fin de difundir la cultura general, de modelar los sentimientos y los caracteres dentro de las normas de la justicia, de la fraternidad y la solidaridad sociales.

Lo importante, como he dicho, es formar la profesión de enfermeros de asilos, atrayendo a los jóvenes de ambos sexos con la expectativa de un trabajo honroso y útil.

II. Servicio médico

La organización científica de la hospitalización de los alienados en la que estamos empeñados, requiere como condición fundamental un servicio médico de profesionales especialistas. Hay que establecer, por lo tanto, la carrera de médico alienista que casi no existe en nuestro país.

En casi todos los países que he visitado esta profesión se encuentra perfectamente bien delineada y asegurada, y los servicios de los médicos de Asilos perfectamente bien organizados y desarrollados.

En casi todos los manicomios visitados, los médicos respectivos viven en ellos y los que no, que son lo menos, les consagran exclusivamente sus conocimientos y actividades de asistencia hospitalaria. Son contados los médicos que distribuyan su día en servicios distintos de dos o más hospitales, y los médicos de sección y de servicio aunque quisieran hacerlo no podrían porque las tareas

que les demanda la organización interna del Asilo no les deja tiempo disponible para ello.

En esta forma, el médico se encuentra obligado a estudiar constantemente su especialidad, tanto en los libros, como en el campo fecundo de las experiencias y observaciones de sus enfermos, y alcanza, por lo tanto, una potencia de conocimientos teóricos y prácticos que se traducen en la más cumplida y eficaz atención de sus servicios.

Sin un personal médico especializado y dedicado única y exclusivamente al servicio de nuestros establecimientos para alienados, es inútil esperar una mediana atención eficiente de ellos y pretender una verdadera y completa organización científica de los Asilos. En nuestro país son contados los médicos que se dedican exclusivamente a esta especialidad, en tal forma que con el número que existe actualmente apenas alcanzaríamos para atender otro establecimiento fuera de la Casa de Orates.

Y como el aumento de la población de alienados y la reorganización misma del servicio exigen, desde luego, la creación de hospitales urbanos, hospitales psiquiátricos, asilos-colonias, etc., nos encontramos con la necesidad ineludible y urgente de formar especialistas y de atraer a los médicos jóvenes hacia la carrera de médico alienista, procurándoles condiciones y ventajas que estén al nivel de sus legítimas aspiraciones de bienestar económico, moral y social.

Pero para conseguir estos resultados es de todo punto necesario e indispensable, como digo anteriormente, el asegurar a los médicos de asilo sus medios de subsistencia y bienestar económico, de manera que con ellos no tenga necesidad de sustraer sus atenciones en otras actividades. La labor del médico de asilo es muy vasta, compleja, difícil y pesada; sólo los que han trabajado en esta especialidad pueden comprender la magnitud de la obra que hay que realizar, puesto que el alienista debe comprender y seguir las transformaciones evolutivas del hombre a través de su estado físico, emocional, intelectual, moral y social, y con tanto mayor razón necesita poseer este acervo de conocimientos cuanto más obscura es la ciencia mental en lo relativo al proceso orgánico e íntimo de esta clase de enfermedades.

Consecuente con lo anteriormente expresado anoto en seguida algunas ideas capitales para obtener la formación de un personal escogido de médicos alienistas y para establecer esta carrera en condiciones satisfactorias para los médicos en general:

1. Formación de un escalafón de médicos de asilo en la siguiente forma: Médico Sub-Director. Médico-jefe de sección. Médico de servicio. Médico ayudante. Médico voluntario.
2. Obligación de los médicos (excepción del voluntario) de vivir en el Establecimiento, para lo cual se les proporcionaría casa y luz.
3. Veinte años de duración del servicio a contar desde la fecha en que el médico ingrese como voluntario a cualquier establecimiento de enajenados.
4. Retiro obligatorio a los 50 años de edad.
5. Cada cinco años de servicios los médicos tendrían una gratificación del 50 por ciento de su sueldo anual.
6. Envío a Europa todos los años de dos médicos de los que figuren en el escalafón, con la obligación de asistir durante seis meses a los cursos o a los Hospitales que se fijen, debiendo presentar a su regreso un informe detallado de las materias y servicios que hayan estudiado, obligándose a trabajar en la Casa de Orates cierto tiempo según contrato.
7. Obtener que en las leyes o en las prácticas administrativas se establezca la obligación de consultar únicamente a los médicos de los establecimientos para alienados en los casos de informes periciales u otros análogos que necesite la Justicia o la Administración.
8. El internado obligatorio de los alumnos del último curso de Medicina que deseen dedicarse a la Psiquiatría, sería hecho en los Asilos.
9. Los internos que, una vez recibidos, siguieran prestando en los Asilos sus servicios como médicos voluntarios durante dos años serían enviados a Europa a perfeccionar sus estudios en la forma indicada en el número 6°.
10. Sueldos: Sub-Director, \$ 30,000 anuales. Médico de sección, \$ 24,000. Médico de servicio, \$ 18,000. Médico ayudante, \$ 12,000. Médico voluntario, \$ 6,000. Interno, \$ 3,000.

Sólo médicos especialistas, que dediquen exclusivamente sus conocimientos y su tiempo a los servicios de su cargo, podrán penetrarse bien de la importancia psicoterápica de su labor y atenderán eficazmente la debida organización técnica de un Asilo.

Como en la generalidad de los servicios públicos, nada o muy poco se obtiene con una perfecta organización reglamentaria si el personal encargado de aplicarla no está capacitado para ello y no goza con el mismo objeto de los medios y condiciones precisas; generalmente, en las deficiencias, irregularidades

o imperfecciones de una organización dada no fallan los reglamentos, sino los hombres.

Por eso, vuelvo a repetir que es indispensable y urgente establecer la carrera de médico alienista para contar con una eficiente organización científica de nuestros Asilos. Además, sube de punto esa necesidad ineludible y urgente si se consideran las proyecciones que fuera de nuestros Manicomios debe tener la organización de sus servicios atendiendo a la conveniencia de difundir los conocimientos psiquiátricos con el fin de prevenir las enfermedades mentales o de aminorar sus consecuencias.

III. Hospitales Urbanos o Pabellones Psiquiátricos

En las ciudades o capitales de provincias que tengan un servicio hospitalario bien establecido, deben construirse, anexos a ellos, pabellones especiales destinados al tratamiento de las enfermedades mentales.

Se construirían dos pabellones, uno para cada sexo, con todos sus servicios especiales y con capacidad cada uno de ellos de 30 a 50 enfermos según la población de la Provincia correspondiente. Estarían a cargo de un médico alienista y un personal de enfermeros titulados en la Escuela de Enfermeros de Asilos. Se dedicarían salas especiales o pequeños departamentos para enfermos pensionistas.

Estos establecimientos harían las veces de pequeños hospitales psiquiátricos donde se prestarían las primeras atenciones a los enfermos de la zona correspondiente. La estadía máxima de los enfermos sería de dos meses; y transcurrido este plazo los enfermos serían enviados ya a los Hospitales Psiquiátricos regionales o ya a los Asilos Colonias.

Anexo a estos pabellones funcionaría un Dispensario gratuito de enfermedades mentales, por lo menos dos veces por semana, con todas las características de los dispensarios generales con el fin de atender oportuna y eficazmente las primeras manifestaciones de la enfermedad y facilitar el tratamiento a domicilio u hospitalizar a los enfermos en caso de necesidad.

IV. Hospitales Psiquiátricos

Una de las necesidades más urgentes que hay que implantar en nuestro país para poder obtener el máximum de eficiencia en el tratamiento y curación de nuestros enajenados es la construcción de hospitales psiquiátricos, o sea el tratamiento libre de estas enfermedades.

Este servicio ha sido ya establecido hace varios años en Estados Unidos con espléndidos resultados y en París funciona desde el 16 de Junio de 1922 bajo la dirección del reputado Profesor Toulouse con el nombre de Servicio Libre de Profilaxia Mental. Este servicio está instalado en uno de los pabellones del Asilo Clínico de Santa Ana, el Pabellón Ferrus; se compone de dos pabellones separados para hombres y mujeres de tres pisos cada uno de ellos; en el primer piso funciona el Dispensario de consultas externas y sus anexos, en el segundo piso están hospitalizados los enfermos que llaman nerviosos (degenerados, obsesionados, fatigados, etc.) y en el tercero los psicópatas propiamente dichos (toxicómanos, melancólicos y enfermos en observación)...

Dejaremos pues a un lado el servicio de profilaxis mental y nos concretaremos al hospital psiquiátrico solamente, que es lo más práctico y urgente de lo que debemos implantar en nuestro país.

Lo primero que hay que establecer es que estos hospitales... deben ser completamente independientes de los Asilos y estar alejados de ellos, de manera que los enfermos no tengan la idea de que están en un manicomio, sino en pabellones especiales como cualquier otra clase de enfermos.

A estos hospitales deben ingresar los enfermos sin trámite legal de ninguna especie, ya sea voluntariamente o traídos por sus familias; el enfermo debe ser recibido como en cualquier hospital general donde será examinado prolijamente bajo todo punto de vista, y para lo cual el Hospital debe contar con todos los servicios y anexos propios de estos exámenes.

Todos los enfermos agudos deben ser tratados en este Hospital y su estadía máxima no debe exceder de tres meses, al fin de los cuales el enfermo debe ser trasladado al Asilo-Colonia. Los casos crónicos deben ser mandados a los Asilos inmediatamente que se haga el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y sólo en estos casos es en los que debe intervenir la ley para internar a estos enfermos.

El Hospital debe estar dividido en dos secciones (hombres y mujeres) formado de pabellones de dos pisos a lo sumo con sus anexos correspondientes, y cada Sección debe tener: 1 pabellón de admisión, 1 pabellón de excitados, 1 pabellón de tranquilos, 1 pabellón de convalecientes y 1 pabellón de pensionistas. Además de estos pabellones para enfermos debe haber un pabellón de Administración, 1 para servicios generales (cocina, lavandería, etc.) y 1 para Laboratorio anatómo patológico, morgue, etc.).

En el pabellón de Administración que debe ser de dos pisos, puede instalarse en el piso bajo el servicio de Dispensario o con salas externas (profilaxia mental del doctor Tolouse) con sus anexos de oftalmología, cirugía, radiología, psicología, etc. Este Dispensario debe funcionar todos los días y ser asistido por los mismos médicos que presten sus servicios en las distintas secciones del Hospital.

El Sub Director del Hospital debe ser un médico especialista y de reconocida competencia y debe vivir en el Establecimiento. Cada Sección (hombres y mujeres) debe tener un médico-jefe que viva también en el Establecimiento, los que tendrían a su cargo los servicios de admisión; el Sub Director tendría a su cargo los enfermos pensionistas. Otros médicos serían repartidos en los demás servicios, y el personal de enfermeros debería ser en lo posible del sexo femenino.

Se ha probado experimentalmente la superioridad de la enfermera para cuidar a los enfermos; son más tranquilas, disciplinadas y abnegadas que los hombres. Las enfermeras europeas desempeñan un noble, educador y consolador papel de monjas laicas, y por sus servicios, su competencia y su conducta se conquistan las simpatías y el respeto de los jefes, los subalternos y los pacientes.

Implantado entre nosotros este servicio de enfermeras, fuera de que capacitaríamos a la mujer para las luchas de la vida, haciéndola más útil para sí misma, para la familia y para la sociedad, contribuiríamos a su dignificación moral y sentaríamos una escuela de educación práctica de los respetos que se le deben.

Vuelvo a insistir que a estos hospitales los enfermos deben ingresar sin trámite legal de ninguna especie. La ley sólo debe intervenir cuando el enfermo es declarado crónico o cuando ha cumplido los tres meses de estadía en el hospital. La declaración legal de la locura se produce así después de un largo y concienzudo examen del enfermo, lo que significa una positiva ventaja sobre el sistema actual de nuestro país, en el cual, con un simple certificado de un médico no especialista y con un decreto de la autoridad respectiva, se interna a un individuo que puede sanar sin quedar en su mente el estigma de haber sido declarado loco.

Se aprecia mejor la ventaja de este sistema que preconizo si se consideran las relaciones de derecho y de obligaciones que toda persona tiene en la sociedad, y que se alteran, interrumpen o trastornan con las actuales medidas que afectan a la capacidad y a la responsabilidad individual.

Demás está decir que los distintos pabellones del Hospital Psiquiátrico deben construirse aislados unos de otros, rodeados de parques y jardines, y ser

provistos de bibliotecas, salas de esparcimientos, de pequeños trabajos manuales y de los más variados elementos para distraer placentera y moralmente al enfermo, a fin de conseguir adaptarlo de nuevo a la vida de relación social.

V. Asilos-Colonias

El concepto antiguo del manicomio cerrado ha pasado desde hace tiempo a la historia; todos los alienistas estén de acuerdo hoy día en que el Manicomio debe ser un Hospital-escuela, en el cual el enfermo no debe sentirse encerrado ni cohibido. Una conveniente extensión de terrenos para cultivos, mucho sol y mucho aire, horizontes variados y vastos, pequeños pabellones sin lujo y muy higiénicos diseminados sin orden en pleno campo, rodeados de parques y jardines, tales deben ser a grandes rasgos los Asilos-Colonias.

El tratamiento principal en estos asilos debe ser el trabajo. No hay necesidad de grandes extensiones de terrenos, como me decía el profesor Braune, Director de la Colonia de Alt-Scherbitz, porque no todos los enfermos han de trabajar en los cultivos del suelo y porque, rindiendo el trabajo del asilado mucho menos que el de una persona sana, no es posible, médica y económicamente, considerar la explotación de las Colonias como si fueran fundos.

Lo importante, lo científico es que cada enfermo pueda trabajar según su capacidad psíquica y su actividad física, sin abrumarlo jamás con un trabajo desproporcionado a sus condiciones ni fastidiarlo con la monotonía de unos mismos quehaceres ni con la disciplina de un régimen industrial o comercial. El trabajo de los enfermos debe llevar solamente un fin terapéutico.

Hay que atender a las inclinaciones de los enfermos para tal o cual trabajo; hay que variarles constantemente sus ocupaciones; hay que hacerles livianas y alegres sus tareas; hay que procurar que el enfermo tenga la idea de que él mismo dispone y dirige sus labores sin imposición de nadie. Al cabo de cierto tiempo, el enfermo debe ser instruido en otro trabajo distinto del anterior.

El profesor Braune de Alt-Scherbitz me decía que debía usarse el trabajo, como medio de tratamiento, en todos los casos y aún en los agudos; efectivamente, visitando con él mismo la sección de enfermos excitados, pude ver que todos los enfermos trabajaban en diversas cosas sin que alguno presentase estados de excitación física.

Por lo tanto, en los Asilos-Colonias deben instalarse todos los talleres posibles (mientras más numerosos y variados, mejor), en los cuales los enfermos

sean dirigidos por maestros competentes y educados que estén penetrados de que el trabajo de los asilados es un medio de tratamiento curativo y no una explotación económica. Para interesar a los enfermos en el trabajo hay que gratificarlos, ya sea dándoles una mejor alimentación (postres, dulces, cigarrillos, etc.), ya abonándoles módicas cantidades de dinero del cual una parte se les depositará en una Caja de ahorros que funcione en el mismo Establecimiento.

El trabajo en todas sus formas, el trabajo metodizado, el trabajo como medio curativo y como reeducación del enfermo, constituye la finalidad más importante y trascendental de un Asilo-Colonia.

Estos conceptos han tenido que transformar la antigua edificación manicomial; y era natural que la arquitectura siguiera la evolución de la ciencia psiquiátrica en lo referente al tratamiento de las enfermedades mentales.

El Asilo-Colonia debe estar compuesto de pabellones de dos pisos a lo sumo, completamente aislados unos de otros, diseminados en todas direcciones, de arquitecturas sencillas, alegres y rodeados de parques y jardines. El primer piso, que debe estar más o menos a 1 metro 20 cm. del nivel del suelo, será destinado a los comedores, salas de recreación, etc., y en el segundo se instalarán los dormitorios y sus anexos. Cada pabellón no debe albergar más de 80 a 100 enfermos.

En el Open-Door de Buenos Aires, estos pabellones están circundados de corredores. Los de Montevideo, Epsom, Roma y Alt-Scherbitz entre otros, no los tienen. Soy de opinión que es preferible construirlos con corredores exteriores, como los de Buenos Aires, porque ellos sirven de estadía de los enfermos que no trabajan durante el verano y los enfermos encamados pueden ser sacados ahí a tomar sol, aire y recrear su vista con las perspectivas de un horizonte amplio y hermoso como tiene que ser el del Asilo.

El pabellón destinado a Enfermerías debe ser construido cerca de los pabellones de Administración, para su mejor atención y vigilancia. En el primer piso se colocarían los enfermos que padecen de excitaciones periódicas y en el segundo los de enfermedades intercurrentes, provisto, como es natural, de toda clase de instalaciones higiénicas y baños.

Los epilépticos necesitan un pabellón especial, utilizando los dos pisos como dormitorios; en el primero se colocarían los enfermos más excitados o que sufren de ataques más frecuentes.

Los enfermos sucios y dementes tendrán también su pabellón especial, con una buena instalación de baños.

Un pequeño pabellón de un solo piso será destinado para las enfermedades infecciosas, donde cada enfermo tendrá su pieza separada.

Lo más lejos posible de todos estos pabellones debe construirse otro para los enfermos tuberculosos, con espaciosos corredores y galerías para que los enfermos tengan su tratamiento al sol y al aire libre, como lo están en el Asilo de Epsom (Inglaterra).

Los enfermos que trabajan en la Colonia Agrícola deben tener su pabellón especial lo más cerca posible del centro de sus actividades.

En los pabellones de enfermos tranquilos puede aprovecharse el primer piso para instalar en ellos los talleres que necesiten poco espacio para su desarrollo (Fábrica de sobres, Encuadernación, máquinas de tejer medias, etc., etc.).

Un pabellón debe ser destinado para enfermos pensionistas de primera y segunda clase, los que deben tener su cocina y servicios anexos apartes de la cocina central.

Los pabellones de Cocina, Lavandería, Botica, Servicios generales, etc., deben estar en una parte central del Asilo y en el mismo plano que los de Administración.

Como los médicos deben residir en el Asilo, tendrán cada uno su pabellón especial (los casados) y un pabellón común los solteros con todos sus servicios indispensables y la mayor comodidad posible, de manera de hacerles más grata las tareas que les están encomendadas.

Dejaremos a un lado los pabellones destinados a salas de concierto, salas de visitas para las familias de los enfermos, y los talleres que como he dicho más adelante deben ser numerosos y que comprendan todas las artes manuales y mecánicas posibles.

Estas son las ideas generales, que a mi modo de ver, deben orientarnos para la construcción de nuestras colonias, y ellas son el resumen de todo lo que he visitado en esta materia, adaptándola a nuestros medios económicos y sociales.

Y a lo anteriormente expuesto debemos agregar, como dice el profesor Krayatsch de Austria, que los Asilos deben ser construidos, tanto como sea posible, en la región central de una provincia, en la vecindad de una ciudad que sea asiento de autoridades judiciales y administrativas, y alrededor de dos kilómetros de una estación de ferrocarril.

De esta manera los aprovisionamientos no son costosos, el Asilo se beneficia de la vecindad de un centro urbano bajo el punto de vista del servicio del agua potable, de la luz, del alcantarillado, etc. A esto hay que añadir la mayor fa-

ilidad para la venta de los productos agrícolas o que se fabriquen en la Colonia y el menor costo del servicio administrativo y médico, como también el del personal de enfermeros, empleados, etc.

PROFILAXIA MENTAL

El fin general que persigue este sistema de previsión social es precaver especialmente el que en sujetos aparentemente sanos, pero en los cuales por taras constitucionales o hereditarias, por intoxicaciones, por surmenaje psíquico o por cualquier otra causa secundaria u ocasional, estalle en ellos súbitamente o después de una oculta evolución, una perturbación mental cualquiera que puede llegar a ser grave y funesta.

Y no sólo se protege al individuo susceptible de convertirse en psicópata, sino que estas medidas preservan a la sociedad contra las reacciones disolventes o peligrosas que pueden ejercer sujetos aparentemente sanos, y protegen a la familia que necesita de la cooperación económica, intelectual o meramente afectiva de sus miembros.

Esos individuos observados a tiempo, tratados oportunamente, no habrían llegado a la crisis: se habrían salvado ellos mismos y habrían salvado a sus familias, y en vez de una reacción anti-social, tal vez habrían sido capaces de una buena y fecunda cooperación de trabajo y progreso para la sociedad.

Esto, es a grandes rasgos, lo que se trata de prever y corregir científicamente por el servicio de profilaxis mental.

Y dada la importancia que actualmente se da a este servicio y los benéficos resultados que de él se han obtenido, he creído de interés dar a conocer a la Honorable Junta la narración que de él me dio por escrito el reputado profesor Tolouse, bajo cuya sabia dirección se ha organizado y está establecido este servicio en París.

LO QUE DEBEMOS HACER EN NUESTRO PAÍS

Para desarrollar el plan de reformas en que está empeñada la Honorable Junta de Beneficencia y cuyas características hemos trazado a grandes rasgos en los capítulos anteriores se necesita hacer lo siguiente:

Antes que todo dividiremos el territorio de la República en tres grandes Zonas: Zona Norte, que comprendería desde la provincia de Atacama hasta

Tacna inclusive; Zona Central, desde la provincia de Aconcagua hasta la de Linares inclusive; Zona Sur, desde Maule a Punta Arenas.

Principiaremos por la Zona Central que es la que suministra mayor cantidad de enfermos. Esta Zona tendría como sede la ciudad de Santiago; en esta ciudad se construiría un Hospital Psiquiátrico en los terrenos que actualmente ocupa la Casa de Orates en la Avenida del Rosario, y para lo cual me parece que ya están terminados los planos respectivos. Lo único que yo insistiría en este Hospital, es que sus pabellones fueran de dos pisos; así se ocuparía menos terreno, quedarían los pabellones más separados unos de otros y el conjunto del Hospital sería más esbelto.

En este Hospital que tendría una capacidad para 300 enfermos de ambos sexos, se instalaría el servicio de profilaxia mental con las características anotadas en la descripción que hemos hecho anteriormente del mismo servicio que funciona en París.

Pero antes que principiar la construcción de este Hospital, debemos hacer pabellones definitivos en los terrenos que posee la Casa de Orates en la Quinta Bella, para alojar por ahora los enajenados hombres que actualmente ocupan los terrenos en los cuales se debe construir el Hospital Psiquiátrico.

Digo por ahora, porque soy de opinión que la Quinta Bella debe dedicarse a un Asilo-Colonia para mujeres, que necesitan menor espacio de terrenos que los hombres, y deben comprarse terrenos en otro punto, que ojalá fueran cercanos a esta Quinta, para construir el Asilo para hombres.

En Valparaíso se construiría, anexo a alguno de los hospitales de la ciudad y lo más céntrico posible, para tener fácil acceso a él, un pabellón psiquiátrico (hospital urbano) con las características que hemos indicado en el capítulo correspondiente a estos pabellones.

Después se irían construyendo estos mismos pabellones en los hospitales de Curicó y Talca.

En la Zona Sur y si fuera posible al mismo tiempo que se hicieran las construcciones de Santiago, se procedería en la forma siguiente: el actual Manicomio de Concepción se arreglaría y se adaptaría para un Hospital Psiquiátrico que recibiría los enfermos pertenecientes desde la provincia del Maule hasta Punta Arenas. Creo que con poco costo el actual Manicomio de Concepción podría ser transformado en Hospital Psiquiátrico en corto plazo, dotándolo naturalmente, de todas las particularidades ya anotadas.

Al mismo tiempo y en los terrenos que la Municipalidad de Concepción posee en la Comuna de Santa Juana, se construirá el Asilo-Colonia de esa Zona y para adaptar el actual Manicomio en Hospital se construirían en el Asilo-Colonia pabellones provisorios de madera, como se ha hecho en el de Santa Lucía del Uruguay, donde se llevarían los enfermos crónicos del Manicomio, los que principiarían a fabricar los primeros elementos para las futuras construcciones de Asilo. De esta manera se está construyendo el Asilo-Colonia de Santa Lucía, donde actualmente existen estos pabellones provisorios, que son de madera, que están habitados por enfermos y que se van evacuando a medida que las construcciones de los pabellones definitivos se van terminando.

En Cauquenes, Temuco y Punta Arenas se construirían, anexos a los hospitales de estas ciudades, los pabellones psiquiátricos ya descritos.

En la Zona Norte, que comprendería desde la provincia de Atacama hasta la de Tacna inclusive, se construiría un Hospital Psiquiátrico en La Serena y un Asilo-Colonia en la misma ciudad y para toda esa Zona, y en los hospitales de Iquique y Antofagasta, los pabellones psiquiátricos correspondientes.

Distribuidos de esta manera los servicios hospitalarios y los Asilos-Colonias quedará el país dotado de un servicio completo de enajenados lo que nos honraría altamente.

Y antes de terminar, no dejaremos nunca de insistir que los Asilos-Colonias deben ser construidos modestamente, sin lujo ni ostentaciones de ninguna especie, pues lo único que se exige para ellos es que sean cómodos, alegres e higiénicos y que sus pabellones no tengan aspecto hospitalario bajo ningún punto de vista.

Armando Roa Rebolledo (1925-1997)

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Nació en Concepción el 2 de marzo de 1915. Recibió de médico-cirujano por la Universidad de Chile en 1939, trabajó en la Clínica Neurológica de la misma Universidad, entonces dirigida por el Prof. Dr. Hugo Lea-Plaza Jencquel. En 1947 se perfeccionó en el Instituto Cajal, de Madrid. A su regreso reorientó su actividad profesional a la psiquiatría, iniciando labores docentes y asistenciales en el Manicomio Nacional, luego Hospital Psiquiátrico, donde llegó a ser Profesor Extraordinario de Psiquiatría de la Universidad de Chile en 1953. En 1966 es nombrado Profesor Titular de Psiquiatría de la misma Universidad, asumiendo en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, siendo paralelamente Profesor Titular de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.



Armando Roa

Formó a un apreciable número de generaciones de psiquiatras y desarrolló la antropología y la ética médicas mucho tiempo antes que estos temas tuviesen la notoriedad de que gozan en la actualidad. Parte de sus estudios sobre bioética y psiquiatría clínica lo llevaron a cuestionar el uso del *Diagnostic Statistical Manual* (DSM -III) en el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas que se daba en la época, porque desconsideraba la historia particular de cada paciente.

Premio «Rector Juvenal Hernández Jaque», de la Universidad de Chile (1989). Premio «Enrique Laval», otorgado por la Academia de Medicina, por su

trabajo sobre el psiquiatra Dr. Augusto Orrego Luco (1972). Director de la Academia de Medicina del Instituto de Chile (1987-1997). La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía lo designó Maestro de la Psiquiatría Chilena en 1994.

Algunas de sus publicaciones son las siguientes: *Contribución metodológica al estudio de las Psicosis en Episodios Psicóticos de los Oligofrénicos*. Tesis para Obtener el Título de Profesor Extraordinario de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Santiago, 1953; *Psiquiatría*, Ed. Andrés Bello, Santiago, 1959; «Concepto transcultural de salud y enfermedad». *Rev. Psiquiatría Clínica*, IV, 2: 7-32, 1965. Santiago de Chile; «El método de investigación clínico-fenomenológico en psiquiatría» *Rev. Psiquiatría Clínica*, 1969 (7-8): 137-156; «Consideraciones sobre la evolución de la psiquiatría chilena» *Rev. Médica de Chile*, 100: 1262, 1972; *Demonio y psiquiatría: aparición de la conciencia científica en Chile*, Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1974; *Enfermedades mentales*. Ed. Universitaria, Santiago, 1981; *Nueva visión de las enfermedades mentales. Crítica al DSM-III*. Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1984; «De la demencia precoz a la esquizofrenia: criterios conceptuales y síntomas patognomónicos». *Rev. Psiquiatría Clínica*, vol. 31, Núm. 1: 1-24, 1994; *Ética y Bioética*. Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1998; *Augusto Orrego Luco en la cultura y la medicina chilena*, Ed. Universitaria, Santiago, 1992.

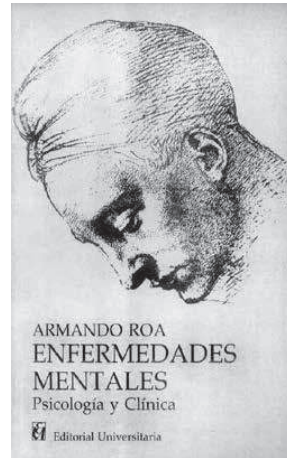
Falleció en Santiago el 11 de septiembre de 1997.

REFERENCIAS

- Ojeda C «Ignacio Matte Blanco, Armando Roa Rebolledo y Juan Marconi Tassara: tres creadores en la psiquiatría chilena». *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39: 183-193.
- Pallavicini J «Los aportes del Prof. Armando Roa a la psiquiatría chilena» *IV Jornadas de Historia de la Medicina y I Jornadas Argentino-Chilenas*. Instituto de Chile/Academia Chilena de Medicina. Santiago de Chile, 1995.

El método de investigación clínico-fenomenológico en Psiquiatría

ARMANDO ROA REBOLLEDO



Enfermedades mentales.
Psicología y clínica

El investigador facilita el conocimiento del campo de fenómenos entregados a su custodia merced a la búsqueda de puntos en que éstos coincidan entre sí y tales que sea posible reducirlos a fenómenos más conocidos o, a lo menos, de trato más aparentemente directo. Es la tarea de Wernicke cuando mira los síntomas psiquiátricos y ve, en muchos, expresiones metamorfoseadas de la motilidad y el lenguaje normal tal vez localizados como aquéllos en áreas circunscritas del cerebro conocidas por el anatómo y el fisiopatólogo del sistema nervioso.

Freud busca semejanza con lo más familiar cuando compara y asimila los movimientos rítmicos de la pelvis durante un ataque histérico a los movimientos normales del coito. Asimismo la busca Binswanger, cuando cree que aquellos esquizofrénicos del sanatorio que se suponen inmortales y en un viejo lugar, rodeados de parientes (los demás enfermos), no hacen más que negar la muerte, los éxtasis de la temporalidad y las otras dos formas del espacio, la geográfica y la cósmica, que ordenan a su juicio en todos nosotros el plan normal de la existencia. Percepciones y ocurrencias delirantes sorprendentemente extrañas adquieren así rasgos familiares si son miradas en contraste con comportamientos u ocurrencias normales.

Lo mismo intenta el reflexólogo cuando muestra en las perturbaciones viscerales, corporales o anímicas de origen nervioso, un juego entre reflejos condicionados o incondicionados parecido al que sucede en la persona normal.

La validez de estos diversos tipos de reducciones de lo desconocido a lo conocido no es idéntica, y depende de su utilidad en el descubrimiento de mejores ordenaciones de cuadros patológicos en relación a diagnósticos, pronósticos y tratamientos; muchas de ellas tomadas en conjunto y no en sus contribuciones

particulares a tal o cual cuadro son, por lo menos todavía, meras aproximaciones poéticas al fenómeno morboso.

Sea cual fuere el camino escogido, el investigador desde una descripción provisoria de los fenómenos termina en la definitiva cuando apunta directamente a aquel otro fenómeno, que por más manejable o más familiar, ilumina de suyo al primero. Así, Wernicke describe el descarrilamiento del lenguaje esquizofrénico como una forma de afasia transcortical y las estereotipias, el negativismo y otros signos catatónicos como formas vecinas a la apraxia y tanto la afasia como la apraxia le eran según él creía, trastornos fáciles de explicar. Bleuler describe el autismo como pérdida de contacto con el mundo real y vuelta a un solitario juego con la fantasía, cosa que más de una vez también hacen los individuos normales, pero con diferencia de grado, pues mientras para nosotros la fantasía sigue siendo fantasía, para los esquizofrénicos puede ser tan real o más real aún que el mundo externo. Alfredo Hoche describe los diversos cuadros mentales como integrando estructuras preformadas completas que tuvieron vigencia en la infancia o en épocas históricas primitivas y ahora entran nuevamente en actividad debido a merma en la función de las estructuras superiores; se esfuerza en comparar el robo y adivinación de pensamiento, las estereotipias, los amaneramientos del lenguaje, la hipertrofia del yo, con fenómenos similares mostrados por niños a diversas edades y por lo tanto no tan curiosos como parecen a primera vista.

El fenómeno considerado familiar y en el cual buscan apoyo dichas descripciones, es abiertamente distinto en cada uno de los autores y a veces nos sorprende su escasa o ninguna familiaridad para nosotros. Wernicke, acostumbrado a los fáciles manejos del encéfalo de su maestro Meynert, creía, en acuerdo al sentir de la época, que reducir síntomas psiquiátricos a expresiones corrientes de lesiones del cerebro era despojarlos de inmediato de su misterio y entrar en posesión dominadora de los órganos que los producen. A Bleuler, envuelto en la seductora atmósfera del freudismo, le era sencillo ver que en una catatónica que hace incesantes movimientos de acordonar zapatos, una manera de unirse en la acción a su antiguo novio zapatero. A Hoche conocedor de las investigaciones sobre mentalidad primitiva, le tentaba aproximar los síndromes psiquiátricos a determinados estados de aquella mentalidad.

Hoy asombra la soltura con que describe Wernicke la estructura de la conciencia después de haberla localizado en el llamado órgano de la conciencia, del cerebro:

«Séame permitido hablar de tres tipos o formas de conciencia que se diferencian por su lugar. La suma de los cuadros mnémicos del propio cuerpo cuya ligazón entre sí mediante haces de asociación no podría dejar de ser pensada con algún fundamento, constituye la conciencia de la corporalidad. Los cuadros mnémicos del mundo exterior suministrados por los órganos de los sentidos, constituyen otra parte igualmente cerrada —mediante asociaciones sometidas a una regularidad— de la conciencia, “la conciencia del mundo exterior”, y, finalmente tenemos en la conciencia de la personalidad las más complicadas ordenaciones de cuadros mnémicos y complejos totales que se refieren a vivencias personales del individuo y comprenden los intercambios de su corporalidad con el mundo exterior en totalidad. Ella es, en cierta medida, la resultante de los dos tipos de conciencia recién nombrados y representan una etapa superior de desarrollo de la conciencia y que para muchos idiotas no es casi alcanzable».

«Algunos ejemplos serían aquí necesarios... Se trata de la conciencia de la corporalidad cuando un enfermo cree ser de marfil o de vidrio y por ello carente de sentimiento... La conciencia del mundo exterior está comprometida cuando al enfermo le aparece todo como ajeno o inhóspito, cuando cree estar en el cielo o en un banco y desconoce a las personas a su alrededor tomando a Dios Padre por el Diablo, al kaiser o a un criminal por parientes cercanos, en lo cual las caras se cambian mientras el enfermo las contempla».

«Si ha enfermado la conciencia de la personalidad, el enfermo se tomará por un criminal o se culpará de la enfermedad de su compañero de pieza y dará por muertos o amenazados por desgracias a sus parientes en los casos de melancolía; o él se sentirá exaltado, más capaz de realizaciones y más desinhibido que antes; será exigente, alegador, presumido y otras cosas semejantes en los casos de manía; o bien él es objeto de atención especial y general, de complot y persecuciones y fue cambiado cuando niño, pues es de alta alcurnia —en el caso de la locura primaria—. Todas estas concepciones falsas merecen —ya que se refieren a una alteración parcial de sólo una parte de la conciencia— ser incluidas entre los síntomas focales de las enfermedades del espíritu»¹.

¹ Carl Wernicke: *Gesammelte Aufsätze und Kritische Referate zur Pathologie des Nervensystems*. Berlin, H. Kornfeld, 1893 (Traducción privada del Dr. Brenio Onetto).

Wernicke discierne el valor de los síntomas según la vía seguida por el supuesto estímulo hasta el cerebro, vías que supone terminadas en lugares distintos si vienen de órganos receptores distintos, pues si así no fuese, los estímulos respectivos de que son portadores se mezclarían confusamente. La claridad psíquica depende de la posibilidad de hacerse de un espacio propio en el encéfalo. Estímulos venidos de la intimidad del propio cuerpo, como es el creerse con la mitad de él transformado en animal, deben ubicarse en lugar distinto a los venidos del mundo exterior, como es el tomar por policías a los cuidadores del patio. Localización distinta apunta también a pronóstico y tratamiento distintos; hay casos, como el de su *locura primaria*, en que se alteran los tres lugares de la conciencia.

Por eso, cuando investiga, sólo es sensible para aquel aspecto del síntoma que alude a una perturbación psíquica circunscribible desde el punto de vista anatómico. El campo de su visión es así dirigido por un prejuicio casi imperceptible. Kraepelin, por ejemplo, que será guiado en seguida por el prejuicio wundtiano de la existencia de funciones psíquicas distintas combinables entre sí, verá tanto en la conciencia de que la mitad del cuerpo está transformada en animal, como en la de que los cuidadores son policías, la alteración de una y la misma función psíquica, la del juicio. En vez de hablar de trastornos de la *somatopsique* y la *alopsique*, dirá que se trata en ambos casos de uno y el mismo síntoma, un juicio delirante, la variedad de los cuales no alude a localizaciones anatómicas diversas ni hace variar el diagnóstico o el pronóstico.

Que la visión parcial de los fenómenos es movida desde aquello considerado como más familiar y no por incapacidad primaria para la descripción abarcadora de todo el ámbito del síntoma mismo, lo prueban en el propio caso de Wernicke sus finas descripciones de los afectos patológicos, de las ideas sobrevaloradas, del delirio explicativo. Anotamos a este respecto su alusión a la perplejidad, incluida por él entre los síntomas generales de las psicosis, en cuanto no es de suyo algo localizable: «Como fenómeno agregado —dice— aparece la más de las veces la perplejidad con sus diferentes formas de expresión, desde la intranquilidad (“algo está pasando”), de la sorpresa, del cambio del reír al llorar, del desamparo, de la defensa instintiva, hasta el pavor más intenso».

Pero el funcionamiento psíquico parece tan oscuro como el del sistema nervioso; no se divisa puente de paso entre ambos; en consecuencia, reducir fenómenos psíquicos indiscernidos a fenómenos nerviosos no nos familiariza

con los primeros. Por eso, pese a la perennidad de muchos aportes de Wernicke no podríamos sin más, tomar la línea wernickiana de investigación.

Lo mismo sucede respecto a la mentalidad primitiva cuya intelección es más embrollada de lo que se creía en la época de Hoche y no parece hoy una vía adecuada.

El intento de Bleuler y Freud de reducir los síntomas a expresiones de deseos y fantasías no satisfechos, en cuyo caso cumplirían parecido papel, verbi-geraciones, estereotipias, ideas delirantes y alucinaciones, pues cabe que todos apunten a un modo uniforme y fantástico de vivir aquello que la realidad negó, no es tampoco convincente, por cuanto no hay una relación reversible entre la forma tomada por los síntomas y las apetencias del individuo. Es decir, si bien en el movimiento estereotípico de acordonar zapatos podemos ver todavía un amor iluso con un zapatero, a la inversa, y si sólo supiéramos de este amor fracasado, no podríamos decir *a priori* que él va a expresarse necesariamente en la estereotipia de las manos u otros síntomas propios de la esquizofrenia; bien podría traducirse en síntomas psíquicos neuróticos, en trastornos psicósomáticos o simplemente en nada. Es la forma expresiva tomada por una fantasía o un deseo, lo que le da su rango cualitativo patológico y por tanto la forma en sí no es neutra ante el contenido que expresa. Un amor fracasado puede expresarse patológicamente en forma de obsesiones, perseveraciones, angustia, ideas delirantes, ataques histéricos, estupores de diverso tipo, etc., y desde el punto de vista del rango cualitativo respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sería absurdo colocar esos síntomas en niveles parecidos. Pasa aquí lo mismo que en otros dominios humanos: es posible quizás imaginar que los ideales de los griegos, de los medievales o de los modernos, pudieron expresarse a través de otras formas artísticas políticas o sociales diversas de las que realmente escogieron, pero sería absurdo no ver que la forma dórica, la gótica y la barroca les dieron una vida y un rango peculiar que habría sido distinto si hubieran optado por otros modos expresivos, aun supuestos los mismos ideales. Desde la forma dórica cabe adentrarse en el mundo íntimo de los griegos, pero, a la inversa, si únicamente conociésemos su mundo íntimo sólo un azar permitiría presumir la arquitectura dórica como vía probable de expresión de aquel mundo.

Así, la forma adquirida por un síntoma no es, desde el punto de vista de la psiquiatría como ciencia, puro indicio de que allí en las entrañas del alma algo ocurre, sino lo que verifica y estructura el mundo mórbido dándole rango y dig-

nidad peculiares. El síntoma es inseparable del contenido anímico que porta, como lo es el dórico o el gótico del alma de sus pueblos.

Es, de un lado, la obscuridad del proceso en cuya virtud los contenidos anímicos escogen tal o cual forma, forma a la cual llamamos síntoma y que lleva al diagnóstico; y de otro, el hecho de rebajar al síntoma desde la categoría de configurador vivo y directo del mundo mórbido del enfermo al de sustituto menesteroso de ímpetus no realizables por vías normales, lo que no hace más familiar el conocimiento de los síntomas si se les reduce a meros sustitutos de deseos y fantasías irrealizados.

Esta necesidad de ver los síntomas como formas vivas configuradoras de la existencia morbosa lleva a la investigación clínica fenomenológica. Se trata en ella, como lo haría un estudioso del arte, de otorgarle suficiente espacio y tiempo al síntoma para que hable por sí mismo antes de referirlo precipitadamente a otros fenómenos de engañosa familiaridad. Para eso el fenomenólogo coloca provisionalmente entre paréntesis las consideraciones respecto al origen del síntoma y lo retiene ante su vista hasta que revele su ritmo íntimo; en cierto modo, rescata la dignidad de ellos frente al psiquiatra explicativo y al comprensivo que lo ven como mera señal de algo más importante que ocurre en el fondo. En sus descripciones buscará palabras que no velen lo íntimo del síntoma, de tal modo que él conserve su frescura y resonancia originaria, aun cuando el enfermo ya no esté presente; si la descripción no lo logra, la cambiará por otra. En su empeño aclaratorio el fenomenólogo recurrirá a los aspectos negativos, a lo que el síntoma no es, poniéndolo frente a síntomas similares, a la inversa de lo ocurrido en la mayoría de las descripciones clásicas, que, como ya se ha dicho, marcan más bien las semejanzas con trastornos patológicos más conocidos.

Veamos de paso dos descripciones típicas, no fenomenológicas, de síntomas catatónicos, extraída una de la *Psiquiatría Clínica* de Kraepelin, y la otra del *Tratado* del mismo nombre, de Mayer-Gross. En la primera, como es notorio, se relaciona el fenómeno con la función psicológica de la voluntad. En la segunda se pone a la vista su semejanza con síntomas neurológicos y expresiones simbólicas corrientes.

Dice Kraepelin a propósito de una enferma: «dos síntomas nuevos se presentan a nosotros en toda su pureza: la estereotipia y el negativismo. El primero consiste en una tendencia a repetir hasta la saciedad el mismo movimiento voluntario... El segundo se traduce en su resistencia estúpida a cada tentativa

hecha acerca de ella, en su mutismo querido, en fin, en la imposibilidad completa de adquirir sobre ella una influencia cualquiera»².

Y Mayer-Gross: «La gran *variedad* de *estereotipias de movimientos* abarca todas las posibilidades, desde el simple comportamiento neurológico motor, hasta las complicadas hipercinesias de un carácter altamente simbólico. Algunas son casi idénticas a los tics extrapiramidales o a las sacudidas musculares de origen cortical, tales como el clásico morrito (Schwanzrampf), el girar rítmico de la cabeza hacia un lado o las sacudidas desordenadas (balísticas) de los brazos... Todos estos movimientos pueden significar tanto lo que corresponde a los movimientos normales semejantes como lo exactamente opuesto, como también puede carecer enteramente de significado psicológico»³.

Mucho de lo afirmado es correcto, pero no despierta por dentro lo típico del síntoma, la vivencia que surge en nuestra intimidad cuando lo contemplamos. Un fenomenólogo acudiendo a un ejemplo quizás diría: cuando ante un enfermo encucillado en el mismo lugar tenemos la viva y contradictoria impresión tanto de que él busca activamente esa posición y lugar, como también de que ello es imperiosamente impuesto desde su fondo anímico, estamos en presencia de una estereotipia o en general de un signo catatónico, pues idéntica vivencia contradictoria tenemos ante actitudes negativistas, verbigeraciones, saltos, carreras o muecas estereotipadas.

En seguida intentaría una descripción general de lo catatónico parecida a ésta: son alteraciones de la motilidad *vivenciadas por el observador* «como producidas con cierta intención» desde el fondo psíquico, pero sin coordinación con las esferas habituales del pensar y del querer, ni con lo solicitado en ese momento por el ambiente.

Se completa el cuadro apuntando a la manera cómo son vividos por el observador otros movimientos anormales: así los carfológicos dan la impresión de querer librarse de algún estímulo que molesta; los coreicos y parkinsonianos de ser sufridos y no queridos por el enfermo; los tics, pese a veces a su expresividad, de ser automáticos, etc.

Hemos aludido antes a la descripción del autismo de Bleuler. Wyrsh, en el *Tratado* de Reichardt, la precisa de este modo: «No es como muchas veces se re-

2 E. Kraepelin, *Introduction a la Psychiatrie Clinique*. Traducción de la 2ª edición alemana, por A. Devaux y P. Merkle. Ed. Vigot Freres, París, 1907, pág. 41.

3 Mayer-Gross, *Psiquiatría Clínica*. Versión castellana de José Cortado. Ed. Paidós. B. Aires, 1958, 3er tomo, págs. 308 y 381.

presenta falsamente, un alejamiento del enfermo de la «realidad» o del «mundo externo», sino que significa que aquél comprende e interpreta esta totalidad sólo en el sentido de sus deseos y «complejos» o de sus alucinaciones y delirio y en función de tales se comporta»⁴.

Un fenomenólogo lo describiría, más bien, como una peculiar forma de conducta en la cual el enfermo da la impresión de estar activamente vuelto hacia adentro, sin interés por coordinarse a la conducta de los demás o a lo requerido por el ambiente. Provocan esa impresión en el observador la falta de iniciativa y de interés por hablar o a la inversa, la incoercibilidad verbal, el descuido inexplicable de la vestimenta y el aseo, la absoluta falta de búsqueda de provecho en las situaciones habituales, a la inversa del maniaco y el paranoico que reclaman por todo, la mirada como activamente dirigida hacia nada, la mímica sin relación con el estado afectivo mostrado en ese momento: alegría, tristeza, vergüenza, etc. Debería acompañarse esta imagen del autismo, con la provocada por estados aparentemente similares, como la indiferencia, la perplejidad, o la intensa preocupación por problemas no resueltos. Pero la vivencia que el síntoma despierta en el observador no es sólo circunscrible frente a síntomas directamente pesquisables, como la conducta autística o los signos catatónicos, sino que también frente a aquellos vividos en la intimidad del enfermo como el robo de pensamiento, las representaciones obsesivas o la angustia. En tal caso se procura reconstruir una imagen que una al fenómeno clave confesado por el enfermo, la manera adecuada o inadecuada de narrarlo, las palabras usadas, el tono y el vigor de la voz, la actividad o pasividad en el relato, la resonancia afectiva, la mímica y el resto de la conducta, porque así como en una tela un objeto pintado adquiere su calidad tanto de sí mismo como de la distribución de la luz y del resto del cuadro, también el síntoma confesado varía de calidad según cuál sea la luz y el contorno que le proporciona el sujeto. Variación de calidad significa no rara vez variación de valor diagnóstico.

De esta manera, cuando un enfermo responde afirmativamente con un breve sí a nuestra pregunta sobre robo de pensamiento y requerido a explicar cómo lo sabe, dice en frases desvaídas que los demás anuncian cosas pensadas por él, o aluden por gestos a su pensamiento, o sencillamente, que de otro modo no se le cortaría el pensamiento de repente; y sin que mientras lo cuenta se altere su mímica habitual, su tono de voz o su postura corporal, estamos casi de seguro

en presencia del clásico síntoma de la esquizofrenia. Si en cambio, contesta sobresaltado que se lo roban, indica con la mano a los compañeros del patio como culpables y entra en detalles más espontáneos de cómo ocurre esto, puede tratarse de un síntoma observado en la alucinosis alcohólica. Si el enfermo, presa de agitación responde a gritos diciendo que se lo roban del barrio tal, confesión acompañada de mímica y de gestos amenazadores, mirada ebriosa, facies seborreica, no sería raro de que se tratase de un síntoma de la amencia; a lo menos la prudencia aconseja suspender el posible alcance hacia la esquizofrenia que pudiera sugerir el síntoma.

Si se trata de pensamientos iterativos es importante saber si el enfermo hace causa afectiva con ellos, o si su aparición la estima absurda o angustiosa. En el primer caso es un pensar perseverativo, propio de cualquier estado de agotamiento, en el segundo un pensar obsesivo; pero el fenomenólogo debe acompañar la descripción del fenómeno, como en el caso del robo de pensamiento, de la descripción del modo de contarlo, de la conducta, de la postura frente al mal que aqueja.

Por ejemplo, si el enfermo con voz medida y pausada cuenta reiteradamente sus obsesiones, pide fórmulas al médico o se las crea él mismo para combatir las, es correcto en sus modales, respetuoso en el trato, pulcro en el vestir, responsable frente al hogar y al trabajo (pese a las explosiones provocadas de vez en cuando por sus obsesiones), y si, además, le angustian y tiene cierto vago o explícito sentimiento de culpa, se está casi seguramente ante una *neurosis obsesiva*. Si las obsesiones no provocan angustia y son contadas fríamente a solicitud del médico, se está quizás ante una *forma pseudo-neurótica de la esquizofrenia*.

Si las representaciones obsesivas se alimentan de las conversaciones corrientes, de los sucesos cotidianos y el individuo se ensimisma en ellas, abandonando toda actividad, eludiendo el contacto con las personas, no participando en la vida de la familia y más bien respondiendo hoscamente a sus requerimientos, es probable que se trate no de una neurosis obsesiva de suyo de mal pronóstico, sino de una reacción psicopática obsesiva, cuya mejoría, como se sabe, se obtiene con el cambio de ambiente, la psicoterapia sugestiva o de apoyo, o incluso, los tranquilizadores corrientes.

De ahí que la historia clínica deba contener los síntomas, la manera cómo se han obtenido, la descripción textual hecha por el enfermo, la tonalidad afectiva del relato y la entrevista, su repercusión en la mímica, conducta espontánea y provocada, tanto frente al examinador como al ambiente del hospital y de la

4 M. Reichardt, *Psiquiatría General y Especial*. Traducción, Morales Belda. Ed. Gredos, Madrid, 1958, pág. 374.

casa, el cuidado en el vestir y en el arreglo personal, el sentido del tacto social, de la oportunidad, de las distancias sociales, del control de las necesidades instintivas, todo ello descrito de manera de provocar en quienes no hayan visto al enfermo la imagen viva y rigurosa de él. De importancia similar a la conducta y a las vivencias del enfermo son los rendimientos en el sentido de hacer notoria la calidad de éstos. No se trata de obtener un cociente intelectual o un índice de deterioración, que para el clínico fenomenólogo adquieren el valor de exámenes de laboratorio, al lado del L.C.R., el electroencefalograma o la uremia y de los cuales bien pudiera prescindir en muchos casos; sino de la insustituible necesidad de integrar la imagen del cuadro mórbido con experiencias sencillas y de significado inmediatamente intuible que aludan a la aptitud para realizar operaciones fáciles a cualquier hombre normal. Prueba de esta especie son los meses del año a la inversa, la prueba de Head, el cálculo elemental, los ensamblados, la reproducción de figuras con cerillas y otras, cuyo alcance se ha mencionado en otros trabajos.

En todo caso es diverso el significado del diagnóstico de un amaneramiento, unas alucinaciones, unas ideas delirantes, si se dan en personas en las cuales aquellas pruebas son exitosas o imposibles. La descripción entera debe traslucir, además, el estado de conciencia del enfermo, dado el valor distinto de los demás síntomas en conciencias despejadas o alteradas. A veces sólo el modo de repetir los meses a la inversa o de ejecutar la prueba de Head da los únicos indicios reveladores de la existencia o persistencia de una leve alteración.

No debiera confundirse esta descripción orientada a la presentación viva de la imagen de la enfermedad, con las exhaustivas descripciones de la conducta de enfermos orgánicos y esquizofrénicos hechas por Goldstein y en las cuales se procura dar notoriedad a los diversos trucos y rodeos de que se valen los enfermos para realizar funciones que en la vida normal les eran posible de un modo más económico. Cuando el enfermo confiesa ser amenazado u obstaculizado por manejos corporales extraños es, a juicio de Goldstein, defensa biológica de un organismo reducido en sus posibilidades para no caer en la reacción catastrófica que le significaría darse cuenta de su menoscabo. Las alucinaciones y las ocurrencias delirantes le permiten a lo menos culpar a otros de aquello de que ya no es capaz; por eso no interesan tanto en sus relatos la descripción acabada de las alucinaciones mismas, de su manera de contarlas, etc., como su mera existencia, lo cual indica ya limitaciones en el actuar, que es lo que a través de pruebas o de la conducta espontánea debe poner en descubierto el examinador.

La investigación clínica fenomenológica circunscribe los fenómenos morbosos de acuerdo al modo de vivenciarlos el observador. La justeza o arbitrariedad la mide tanto su aproximación exclusiva al fenómeno estudiado y no a toda la gama de fenómenos similares, como el hecho de que ese modo sea compartido por otros observadores.

Un reparo surge a este respecto, reparo que pudiese anular al método mismo. El material clínico psiquiátrico, como ya lo indicó Kurt Schneider, viene de tres fuentes: la conducta, la expresión y las vivencias⁵ del enfermo. Que el observador percibe directamente la conducta y la expresión mímica no cabe duda, pero, ¿cómo puede observar las vivencias, algo que de suyo existe para el yo del enfermo y no del médico? ¿No tiene que valerse de las confesiones del paciente y, a través de ellas, presumir su existencia sin poder jamás mirarlas a la cara, como es la exigencia de un saber fenomenológico? ¿No parece que la esencia de la vivencia es ser para sí —para el propio yo— y no para otro? ¿No es fundamental su inmanencia a la conciencia?

Sin embargo, ya en la vida corriente andamos disimulando nuestros estados de ánimo, nuestras inquietudes, nuestros pensares íntimos; tememos su revelación al menor descuido. En medio de un grupo hay no sólo la convicción de estar varios vivenciando colectivamente lo mismo, sino que el claro sentimiento de que tal o cual cosa consentida por nosotros es rechazada por otros y viceversa, todo lo cual obliga a una espontánea cautela en los comentarios posteriores. Ante una ocurrencia valiosa, una alegría o una tristeza, buscamos amigos con quien compartirla y no quedamos tranquilos mientras no viene la convicción de que ellos vivencian nuestro vivenciar del momento, del mismo modo como transcurre en nosotros.

Mientras más acusada es una vivencia, más hay tendencia a compartirla y, en consecuencia, más obliga a precauciones si eso no se desea. A veces, el que pese a nuestro esfuerzo, no despertemos en otro la vivencia mostrada; es prueba de que ella está poco vivenciada por nosotros mismos. Una vivencia plena no sólo es comunicable, sino contagiosa. En la existencia cotidiana se diferencia ya a quien expone mecánicamente algo y deja frío, y a quien vive lo que expone.

5 Vivencia es la conciencia que el yo toma de algo y no este algo mismo. Por tanto, vivencia no es un sinónimo de fenómeno psíquico. Dentro del fenómeno psíquico de fantaseo, por ejemplo, la vivencia de fantaseo es la conciencia que el Yo tiene de la Fantasía a la vista —quizás construida por él mismo—, pero no es vivencia sino que objeto de una vivencia. Esto diferencia básicamente una Psicología Fenomenológica de cualquier psicología introspeccionista clásica.

Los fenómenos psíquicos se mueven en una escala oscilante de tendencia a la comunicabilidad: máxima en el vivenciar plenamente explicitado y definido, y mínima o nula allí donde el fenómeno psíquico ya no se vivencia (vivencia = conciencia reflexiva de algo), si no que transcurre casi como un mero acontecer. Tal es el caso de esas imágenes a la deriva que discernimos vagamente cuando, tendidos, nos abandonamos al puro reposo.

Hay incluso vivencias que son intersubjetivas por naturaleza, como las perceptivas: sumiría en asombro el que algo percibido no lo sea simultáneamente por otros. De ahí el profundo trastorno en esta zona del vivenciar mostrada por los esquizofrénicos al configurar sus alucinaciones en medio de una pura subjetividad, ajena a la coparticipación de otros. Son también intersubjetivas las vivencias judicativas, pues no sólo se comparte objetivamente la verdad, sino que agrada que lo sea a través de las palabras nuestras. Vemos la caricatura de esto en el paranoico indignado cuando no adherimos, no sólo a sus creencias, sino a su manera de formularla, y una grave merma en el esquizofrénico ajeno a toda urgencia de comunicabilidad.

Las vivencias de fantaseo ocupan un lugar medio, pero el celo natural para guardarlas indica de alguna manera que también tenderían a escaparse. Justo por eso la facilitación en su comunicabilidad es un indicio mórbido valioso. Reserva no es un mero no comunicar, es un guardar algo de un modo activo y celoso y nada se guarda con tanto cuidado como el mundo de las fantasías.

Constitutivo básico de las vivencias, decía Husserl, es la intencionalidad, el ser conciencia reflexiva de esto o lo otro. Puestos en el punto de vista de la ciencia psiquiátrica y no de la fenomenología pura⁶, que era el suyo, cabe, quizás agregar a la intencionalidad, la tendencia a trascender a otros, a la comunicabilidad: *una vivencia se constituye así por intencionalidad y trascendencia*. Aún más, sería esto un nuevo rasgo diferencial entre lo psíquico —en el nivel vivencial y no del mero acontecer— y lo físico, ya que no sabemos que las cosas estén aspirando a comunicarse entre sí, dentro de la autonomía y respeto recíproco de su propia individualidad, que es el propio de las vivencias.

Para la psiquiatría tienen importancia diagnóstica entre otras, las perturbaciones de la comunicabilidad y las de la intencionalidad, siendo las últimas más difíciles de pesquisar por ausencia de investigaciones acuciosas al respecto.

6 Véase en el N° 2-3, 1959, de la *Revista de Filosofía*, nuestro artículo: «Conciencia Fenomenológica y Conciencia Psicológica».

Tal vez la intencionalidad muestra alteración cuando el enfermo vivencia judicativa y no perceptivamente un objeto de percepción, como en la percepción delirante, y cuando vivencia memorativamente (como algo sucedido) y no imaginativamente, a los productos de su fantasía, como en las fabulaciones delirantes o en las alucinaciones de la memoria; en general están más conservadas las múltiples variaciones de la comunicabilidad.

Las vivencias se expresan ante todo en lenguaje. Para el diagnóstico vale de un lado, la variación en los niveles normales de comunicabilidad de cada esfera de vivencias, por ejemplo: el que no importe que algo percibido no lo sea por los otros (alucinaciones esquizofrénicas), o que se dé salida al mundo habitualmente reservado a la fantasía (como en algunos psicópatas, neuróticos y maníacos); y, del otro, la forma escogida de comunicabilidad: lenguaje sonoro, altisonante, rítmico, vigoroso, metafórico, escueto, pobre, vago, nuevo, adecuado, inadecuado, borroso, impulsivo, fluido, dificultoso, acelerado, lento, a la carrera, huidizo, breve, prolijo, disgregado, ideofugal, neutro, emotivo, afectivo, cuidadoso, amanerado, reservado, con vistas a complacer, a evadirse, a que lo dejen tranquilo. Valiosas son la iniciativa verbal dividida en oportuna e inoportuna, los silencios, sobre todo si abarcan determinados temas, el mutismo, las pararrespuestas, etc.

Se comprende, por ejemplo, el alcance diagnóstico diverso de esta aseveración: «yo tengo cien buques, casas, millones en los bancos, palacios de oro y cristal», si es hecha con lenguaje borroso, frases entrecortadas, a tirabuzones, sin vigor verbal, ni ritmo en el discurso, o bien si surge vigorosa, rítmica, fluida, sonora, unitaria, como dirigida a un solo pensamiento. En el primer caso, apuntamos hacia la parálisis general, en el segundo hacia la parafrenia, cuadros de pronósticos y tratamientos abiertamente distintos.

Una vivencia tiene sus límites, empieza, se desarrolla y acaba⁷. Husserl hablaba de un despliegue natural a cada vivencia en un tiempo propio no acomodado a la temporalidad del reloj; así unas lo hacen en un segundo, otras en días o años; unas terceras persisten indefinidas en estado naciente. Un enfermo que se queja de haber oído una voz y haber sufrido una descarga eléctrica, proporciona de inmediato dos vivencias pseudoperceptivas; en cambio otro, que en

7 Las vivencias se despliegan continua o discontinuamente; algunas después de un largo tiempo. Un problema científico puede, por ejemplo, preocupar toda la vida; los sucesivos despliegues son enriquecimiento de una y la misma vivencia; por eso decía Husserl que las vivencias se dan en el modo de la actualidad o de la inactualidad (actuales o potenciales).

ademán fanfarrón, inventa una larga aventura en los mares australes, en la cual entran naufragios, caza de focas y ballenas, escalamiento de cerros nevados, está desplegando en todo su ámbito una sola vivencia, el vivenciar de un fantaseo.

Un ejemplo de la historia de la psiquiatría pone a la mano la importancia de este aspecto. Los psiquiatras franceses del siglo XIX, se preocuparon largamente de la *interpretación delirante*, que para la mayoría era paralela al juicio delirante espontáneo. Hablaban de interpretación entre otras cosas, cuando, por ejemplo, un enfermo veía el retrato de un criminal en la prensa y suponía de inmediato que era un modo disfrazado de ponerlo a él como criminal. Separaban en la afirmación del paciente dos actos psíquicos diversos: la percepción inalterada del retrato, por tanto percepción normal, y el enjuiciamiento delirante del significado del retrato, donde yacía lo anormal; esta anormalidad del juicio no podía diferenciarse de aquellos otros juicios delirantes espontáneos o autóctonos, en los cuales el paciente por sí y ante sí se declaraba rey. En ambos casos la anormalidad aparecía en una misma esfera psíquica, la del juicio, diversa de la de la percepción.

Fue un progreso haber visto en muchas de las interpretaciones delirantes de una percepción, que ésta no queda al margen como simple punto de partida, sino que hace parte de la significación insólita, englobándola en una sola y misma vivencia, a la que por eso llamó Jaspers, *percepción delirante*. Puesta como unidad vivencial con sus diversos momentos integrantes (analizados por K. Schneider), la percepción delirante podía diferenciarse radicalmente (Jaspers), u ocurrencia delirante (Schneider) y en la cual no hay momento perceptivo alguno; esta diferencia abría el camino a la evaluación de su importancia diagnóstica. Como se sabe, mientras la percepción delirante es casi específica de la esquizofrenia, la ocurrencia delirante se da en esta enfermedad y en algunas psicosis orgánicas, mostrando una especificidad más baja.

Por el mismo camino iba a producirse la singular diferencia entre lo delirante primario y lo deliroide, según entren o no a hacer unidad⁸ con la vivencia en despliegue, momentos afectivos o racionales comprensivos. Si éstos no integran unitariamente la vivencia y sólo son concomitantes, aún cuando hubiese concordancia entre afectividad y contenido delirante, la vivencia es siempre

⁸ Insistimos que una y la misma vivencia puede estar presente (actual) o en reserva. (inactual); es normal que una vivencia se haga actual o inactual en cualquier momento, sin merma alguna de su unidad. En las neurosis se perturba este juego y ciertas vivencias pierden la posibilidad de hacerse inactuales (obsesiones).

delirante primaria. Los psiquiatras conocen las dificultades prácticas, a veces insolubles, puestas por la delimitación de tales unidades.

A la descripción de los trastornos de la comunicabilidad intersubjetiva, y ya discernida la unidad, agrega el clínico la ubicación de la esfera de intencionalidad a la cual pertenece o debiera pertenecer la vivencia, si es que aparece dislocada. Esferas de intencionalidad diversas son la perceptiva, la memorativa, la imaginativa, la judicativa, la volitiva, la práxica, etc., diversas en cuanto aluden a modos peculiares de tener *conciencia de algo*.

Intencionalidad es el modo en que la conciencia se hace presente su objeto; puede hacerlo perceptiva, imaginativa, judicativamente, etc.

En los enfermos mentales la intencionalidad dislocada hace aparecer fina vivencia en una esfera que no le corresponde; así algo a primeras luces perceptivo, analizado con calma suele ser mera fantasía a la que se atribuye, o memorativamente o delirantemente, existencia en la realidad: es el caso de las alucinaciones de la memoria y de las fabulaciones delirantes. El psiquiatra hace obra semiológica cuando restituye mentalmente la intencionalidad a su nivel verdadero y ubica el síntoma en acuerdo a la intencionalidad restituida y no a la dislocada. En este plano los avances prácticos han sido estimables. Veamos tres ejemplos corrientes: un enfermo huele el olor a té que sale a media tarde del jardín de una casa y supone de inmediato ser víctima de una celada; es una percepción delirante con esfera de intencionalidad judicativa. Otro encuentra en su cuarto un olor indescriptible; ayer le sucedió lo mismo; lo supone, puesto por sus enemigos; hay una vivencia alucinatoria olfativa y otra judicativa explicativa. Un tercero advierte desde hace meses emanaciones nauseabundas de su cuerpo, la gente en la calle se le acerca, lo insulta; cuantas veces ha subido a un vehículo colectivo los pasajeros y el chofer bajan protestando; si entra a una tienda los clientes huyen de inmediato y los empleados le gritan: «¡sale!»; un día va al mar a bañarse y los únicos dos señores cercanos le amenazan e insultan en su cara, echándole a empujones para que su hediondez que según le dicen ellos, ya ha invadido toda la playa, no obligue a tomar medidas policiales. Cuando el médico le asegura no exhalar olor alguno, contesta: «entonces no andaría huyendo de mí todo el mundo, me lo gritan muy claro a mi lado, no van a mentir todos».

Pese a la preponderancia perceptiva del relato, tanto el supuesto mal olor, cómo la conducta de la gente forman apretada unidad vivencial en largo e inacabado despliegue, no pudiéndose considerar separados (vivencias distintas), el mal olor y los empujones e insultos. El conjunto, dado el derroche de acción,

tiene el aire de una fábula, de lo imaginado, sólo que no con el acento puesto en el deseo de entretener o engañar a otro como en la pseudología, sino en la convicción para quien la cuenta de que todo es verídica realidad. La intencionalidad se ha dislocado desde el nivel de la fantasía al nivel de la actuación. Tenemos así una fantasía delirante, cuyos caracteres son justamente dar por realizadas fantasías que se desenvuelven en un tiempo indefinido (y no definido y breve como las fantasías constitutivas de las alucinaciones de la memoria); en las cuales uno es autor, coautor o víctima activa de una trama escenificada, con los caracteres de armonía, cálculo preciso en los movimientos recíprocos de las diversas personas, absorción total en la acción, propio de las tramas imaginarias. Como se sabe, en la fantasía delirante la calidad del relato reside en lo actuado («yo estaba en la creación del mundo y con Cristo formé nubes y vientos y me paseaba con mi Señor por la lluvia...» dice una parafrénica), a diferencia del juicio delirante propiamente tal, como el de los paranoicos, cuyo acento yace en la planificación, verificación y demostración de pruebas, respecto a las asechanzas de que es víctima o a los descubrimientos que se está a punto de hacer.

De la dislocación de la intencionalidad y de las alteraciones de la comunicabilidad surge en gran parte el concepto de incomprendibilidad. Como todo concepto científico, no alude de un modo vago y difuso al sentido trivial de la palabra, como cuando alguien llama incomprendibles a las alucinaciones, los actos obsesivos, las estereotipias, sino que se refiere de un modo principal a fenómenos delirantes; desde Jaspers el concepto marca la diferencia entre vivencias delirantes primarias, incomprendibles, e ideas deliroides, comprendibles. Las vivencias delirantes primarias son propias de los *procesos psíquicos*: esquizofrenia y parafrenia; en cambio las ideas deliroides aparecen en los *desarrollos o reacciones paranoicas a vivencias*. Desarrollos clásicos como se sabe son la paranoia de Kraepelin y el delirio pleitista.

Lo comprendible es lo claro a la razón o lo que surge naturalmente de estados emotivos o afectivos. Aparece natural el llanto de una madre ante la muerte de su hijo o el ver policías por todos lados si se ha cometido un delito. Esta comprendibilidad empática es la comprendibilidad por excelencia. Por eso en cierto modo comprendemos que una persona orgullosa y desconfiada en demasía, exagerando estos rasgos afectivos, acabe en una paranoia con francas ideas deliroides de grandeza o persecución.

En cambio es incomprendible empática y racionalmente una percepción delirante o una ocurrencia delirante primaria. Por tarada, extravagante y rara que

fuese la personalidad anterior del enfermo, nada hará que comprendamos el hecho de que al mirarse en el espejo y encontrar extraña su fisonomía concluya de un modo rápido e inequívoco que le han cambiado su cuerpo por el de un señor X (percepción delirante del propio cuerpo). La vivencia de nuestro cuerpo como un todo que hace unidad con nosotros, es algo tan primario que ninguna razón pueden ir más lejos y sustituirla.

Cuando la incomprendibilidad de un fenómeno psíquico lo es también para el propio enfermo —como el obsesivo que encuentra absurda su compulsión a lavarse las manos cientos de veces— él se vuelve a hacer comprendible para nosotros los observadores, *pues es comprendible que tales fenómenos sean incomprendibles. Lo incomprendible en las vivencias delirantes primarias es al revés, que aparezcan como comprendibles o a lo menos como naturales* para el enfermo. Una esquizofrénica se extraña de nuestro asombro cuando nos habla de sus diez mil partos por minuto, y una parafrénica, cuando cuenta que enterrada varias veces en un nicho del cementerio, ha estado en el ataúd durante meses hasta que otra enferma del patio tendida encima le ha injertado aliento gracias a lo cual vive y conversa con nosotros (fantasía delirante).

En la vivencia delirante primaria se disloca la intencionalidad y se altera la comunicabilidad. El enfermo da intencionalidad judicial o de suceso actuado a meras fantasías o a vivencias que en el normal tienen intencionalidad supersticiosa (como es el creer que la esposa es infiel porque se le ha cruzado un perro por la calle), o puramente perceptiva. En seguida, o no hay interés en comunicarla o se la reserva o se comunica en frases carentes de precisión y claridad conceptual, y sin embargo dando la impresión de que el enfermo estimase comprendible de inmediata para nosotros, cuanto nos está contando. La alteración de la comunicabilidad vivencial, imperceptible para el paciente, hace también incomprendibles en el esquizofrénico el lenguaje disgregado, los neologismos, el negativismo, el mutismo, las estereotipias, etc., todo «lo cual florece como si fuese la cosa más natural del mundo. Si el propio enfermo se asombrase algo, como en las primeras etapas de la enfermedad, nos parecería ya más comprendible»⁹.

⁹ Sin embargo, la perplejidad del enfermo en esta etapa es más ante lo enigmático que sucede, que ante lo que le sucede; vive el cambio como una especie de maraña de la que no logra desenredarse.

No cabe confundir esta incomprensibilidad, que apunta de modo preciso y operante a determinadas alteraciones de los constitutivos vivenciales (intencionalidad, comunicabilidad, modo natural, perplejo o de curiosidad de vivenciar las propias vivencias), con el problema filosófico y científico mucho más general, en torno al residuo de incomprensibilidad dejado por todas las cosas y a lo cual se alude en frases como éstas: «No comprendemos cómo es posible una alucinación»; o «no comprendemos en virtud de qué, personas víctimas de parecidos azares biográficos sufren unas, síntomas esquizofrénicos, otras síntomas histéricos, y otras equivalentes somáticos de angustia». Tal tipo de incomprensibilidad apunta a otro campo de investigación y señala caminos, pero no corresponde al concepto en juego, cuando se habla de incomprensibilidad esquizofrénica, con su núcleo en la vivencia delirante primaria y gracias a lo cual se acuña en seguida el importante concepto psiquiátrico de *proceso*, diferente del de *desarrollo*, *fase*, *brote*, *episodio* y *reacción*, concepto que a su vez abrirá a las nociones básicas de psicosis *endógenas* y *exógenas*, con toda su serie de implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

Proceso, en el sentido de proceso en lo psíquico -diverso a proceso psicótico orgánico a la manera de las demencias seniles, luéticas, arterioescleróticas-, es un postulado fenomenológico alusivo al hecho insólito de que en *un alma surja un nuevo modo de vivenciar con intencionalidades dislocadas y perturbaciones de la comunicabilidad, y todo con soltura, naturalidad, vigor, ritmo, hondura, calidad y a veces inusitada belleza*. Es como si la fuente originaria misma de las vivencias, el yo primordial, se hubiese alienado, y extrajese con frenesí desde un fondo oculto, modos de vivenciar ingénitamente nuevos. A esto alude Jaspers cuando pone en la base de las vivencias delirantes primarias la *transformación de la personalidad*¹⁰. Tal fuerza primaria como la de esta parafrénica que cuenta: «Asistí con las tres personas de Dios a la creación de las nubes y el viento, y tiramos un puñado de nieve y se abrió el abismo, y paseábamos por el abismo con la discorola y veíamos la tarde del mundo en la aurora de la mañana...», es lo que diferencia fenomenológicamente el *proceso psíquico psicótico*, del *proceso psicótico orgánico*, a su vez todo debilidad, flaccidez, pobreza, descascaramiento, puerilismo. Eso no significa de ninguna manera y quizás nadie lo ha pensado, que el *proceso* en el sentido de la esquizofrenia o la parafrénica no tenga también base orgánica.

¹⁰ Jaspers habla de transformación heterogénea y definitiva; lo último no es aceptable en principio en el momento actual.

Lo último es lo más seguro, pues si bien el vivenciar en los procesos es firme y vigoroso, el objeto de las vivencias¹¹, el tema mismo, es casi siempre monótono y aburrido.

La noción de proceso lleva como de la mano al concepto schneideriano de *Grund*, *fondo psíquico*, inspirado quizás en Schelling o Jacobo Boehme¹² pero que aquí, como el éter de la física clásica a la antimateria de la física nueva, no es más que un concepto científico límite, indicador de que en alguna parte, a espaldas de nuestros ojos, debe ocurrir el engendramiento de vivencias tan curiosamente nuevas.

Se objeta a la idea de *proceso* en tanto ruptura con la personalidad previa (en cierto modo lo dice Kretschmer), que la personalidad de muchos esquizofrénicos era ya un nudo de sorpresas y extravagancias. Pero el esquizoide juzga sus extravagancias como tales —en lo cual coincide con la apreciación que de ellas hace el individuo normal—, sólo que no puede o no se interesa por evitarlas; en cambio, al esquizofrénico neto, le parecen naturales. Y si esto pudiera discutirse, no cabe lo mismo frente al vivenciar delirante primario cuya distancia al vivenciar esquizoide es insalvable. Quizás si entre el esquizoide y el esquizofrénico haya, en el sentido genético y causal, la misma diferencia que entre la semilla y el árbol y sólo se trate de una metamorfosis, pero eso no toca en nada la diversidad fenomenológica puesta por lo incomprensible, en el sentido antes aludido.

Del concepto fenomenológico de *proceso* se pasa al de psicosis endógena, indicador de la existencia de una disposición especial (genética o adquirida), capaz de permitir un vivenciar tan singularísimo y, sin embargo, «tan natural»,

¹¹ Toda vivencia es la conciencia que el yo toma de un objeto, pero no es este objeto; se puede tomar conciencia de un objeto concreto en la percepción, de un objeto imaginado en la conciencia imaginativa, de un juicio en la conciencia judicativa. Justamente, en las psicosis endógenas llama la atención el entusiasmo con que se toma conciencia y se reflexiona sobre objetos, muchas veces insignificantes.

¹² Según el autorizado comentario de Alejandro Koyré, el término *Grund* en Boehme, igual que en Schelling, «designa a la vez la razón de algo y su causa, su fundamento real. Boehme podrá, pues, decir que el *Ungrund* encuentra su *Grund* en la divinidad «luminosa, porque es ésta la que le proporciona su razón de ser: el *Grund* del germen del ser es el ser».

Y en otra parte: «*Ungrund* término que designa la ausencia total de determinación, de causa, de fundamento, de razón (*Grund*), y que se estaría tentado a traducir por *abismo*, si Boehme no emplease, al mismo tiempo y en un sentido diferente, el término *Abgrund*, abismo sin fondo. El *Abgrund*, lejos de designar la ausencia pura y simple de todo fundamento y toda determinación en lo Absoluto, no hace más que indicar, tanto la falta de fundamento de la existencia como la ausencia de centro de realización en los seres que han perdido su propio *Grund*. El *Abgrund*, el abismo, designa así en el ser su propia nada, en la cual él está siempre presto a zozobrar, que busca englutirlo y en la cual él tiende a abismarse». Alejandro Koyré: *La Philosophie de Jacob Boehme*. Librairie philosophique. Vrin. París, 1929; págs. 280 y 281.

a diferencia del vivenciar del psicótico y orgánico, en todo momento desmantelado y hueco.

Este *brotar natural*, propio del *proceso, de la fase* (psicosis maníaco-depresiva) y del *desarrollo* (paranoia), es lo que los constituye en especies dentro del campo genérico de la endogeneidad.

El concepto de psicosis endógena es uno de esos conceptos ordenadores de los cuales no prescinde la ciencia en un cierto momento y que en este caso alude, como acaba de decirse, a la diferencia básica entre lo psíquico anormal que brota con «naturalidad plena» y lo que deja la inconfundible impresión «de lo venido a menos» (psicosis endógenas), pero de ningún modo disfraza un supuesto dualismo metafísico alma-cuerpo, ni se refiere a participaciones leves o masivas del sistema nervioso. El descubrimiento de lesiones o disfunciones que provoquen categóricamente la esquizofrenia o la psicosis maníaco-depresiva, no destruirá el concepto de endogeneidad, porque un concepto causal-explicativo cualquiera no anula conceptos fenomenológicos que sólo aspiran o a describir directamente o a ordenar lo descrito. Al respecto cabe afirmar que la psiquiatría fenomenológica no sólo no sustituye a las investigaciones causales o comprensivas, sino que, al contrario, las urge a buscar las causas o las motivaciones de las sucesivas unidades que ella elabora; les pide sí cordura, a fin de no precipitarse antes de tiempo en costosas investigaciones experimentales sobre fenómenos aún no bien discernidos o apenas barruntados.

Ignacio Matte Blanco (1908-1995)

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Nació en Santiago el 3 de octubre de 1908. Estudió medicina en la Universidad Católica de Chile, obteniendo su título de médico en 1931. Ingresó al Laboratorio de Fisiología de la Universidad Católica, desde donde fue enviado a Inglaterra en 1933 a perfeccionarse. Allí modificó sus intereses profesionales por el psicoanálisis, ingresando al Maudsley Hospital de Londres y al Instituto de la Sociedad Británica de Psicoanálisis hasta 1940. Ayuda a entender este cambio conocer que, antes de abandonar Chile, había sido psicoanalizado por el primer analista chileno, Dr. Fernando Allende Navarro (1890-1981), actividad que luego continuó en su etapa inglesa asistiendo a clases y seminarios de Ernest Jones, Melanie Klein, John Rickman, Melita Schmiedeberg y Anna Freud. En 1940 se trasladó a los Estados Unidos, desempeñándose en el Departamento de Psiquiatría del Johns Hopkins Hospital, en Baltimore. Regresó a Chile en 1944, dedicándose a la investigación y la docencia en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Chile del Prof. Dr. Arturo Vivado Orsini, entonces instalada en Clínica Universitaria de Psiquiatría del Manicomio Nacional, además formar privadamente un Centro de Estudios Psicoanalíticos que en 1949 se transforma en la Asociación Psicoanalítica Chilena. En 1948, luego de fallecer el Dr. Vivado, fue elegido Profesor Titular de Psiquiatría de la misma Universidad, continuando su desempeño en el Manicomio Nacional, luego Hospital Psiquiátrico, hasta 1959, cuando la Clínica Universitaria de Psiquiatría es traspasada institucionalmente al Hospital Clínico «Dr. José



Ignacio Matte.

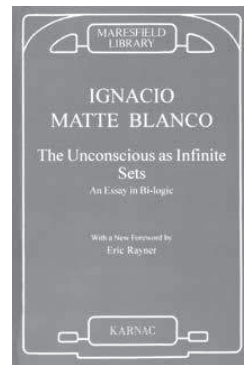
Joaquín Aguirre» de la Universidad de Chile. En 1966 migra a Italia, ingresando a la *Università Cattolica del Sacro Cuore*, en Roma.

Entre sus varias publicaciones es interesante recordar *Lo psíquico y la naturaleza humana*, Santiago, Chile, Editorial Universitaria, 1954; *Estudios de psicología dinámica*, Santiago, Chile, Editorial Universitaria, 1955; *The unconscious and infinite sets, an essay in Bi-logic*, Londres, Duckworth, 1975; *Thinking, feeling and being: Clinical Reflection on the Fundamental Antinomy of Human Beings in the World*, Londres, Routledge, 1988.

Falleció en Roma el 11 de enero de 1995.

REFERENCIAS:

- Cubillos L «Médicos destacados en dos siglos de historia de Chile 1810-2010»: neurología y psiquiatría (en preparación).
- Medina E «Antecedentes para la Historia del Manicomio Nacional y de la Clínica Universitaria de Psiquiatría» *Psiquiatría y Salud Mental* 2001; XVIII N°1: 41-50. Chile.
- Ojeda C «Ignacio Matte Blanco, Armando Roa Rebolledo y Juan Marconi Tassara: tres creadores en la psiquiatría chilena». *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39: 183-193.



The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-logic.

The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-logic¹

IGNACIO MATTE BLANCO

ÁMBITO, DELINEAMIENTO Y SENTIDO DE ESTE LIBRO²

Las dificultades actuales de la teoría psicoanalítica

En el curso de su desarrollo, el psicoanálisis ha sobrepasado de manera considerable su propia teoría, encontrándose a sí mismo en una situación comparable a la de un adolescente a quien sus ropas han quedado estrechas y se siente restringido, impedido e incómodo en sus movimientos. El hallazgo de hechos nuevos significativos —y no quiero decir por esto sólo las elaboraciones de los descubrimientos ya bien establecidos— se ha transformado en una creciente dificultad para dar cuenta de la falta de un marco de referencia apropiado en el cual los nuevos hechos pueden ser vistos y confrontados. El resultado es que mucha de la inabarcable riqueza ofrecida diariamente por la realidad clínica simplemente no es vista porque no calza con las teorías en uso. Si esta situación continúa indefinidamente el psicoanálisis como ciencia y como técnica de ayuda a los pacientes corre el riesgo de caer en una búsqueda circular y estéril de una siempre elusiva realidad psíquica; se transforma en un animal tratando de alcanzar su propia cola. Como resultado de esto la imagen de un analista dogmático y satisfecho de sí mismo que está cerrado y teme a los nuevos desarrollos ha llegado a ser crecientemente frecuente, lo que recuerda las fútiles sutilezas de algunos teólogos medievales o de algunos intérpretes del Talmud. Pero también recuerda, y esto es preocupante, la evolución de algunas especies animales las que en el

¹ Este libro fue publicado por el autor en 1975, en Compton Printing Ltd, Aylesbury, London. En la obra original el lector interesado podrá encontrar la abundante bibliografía utilizada. Traducción desde el inglés al castellano realizada por César Ojeda.

² Extracto de la primera parte de la Introducción a este libro.

curso del tiempo exageraron el desarrollo de ciertas características en detrimento de su sobrevivencia; por ejemplo, este fue el caso de algunos jabalíes salvajes cuyos colmillos llegaron a estar tan torcidos que finalmente les imposibilitaba el comer. No hay duda que la teoría psicoanalítica necesita una reformulación y nosotros en el presente estamos siendo testigos de varios intentos de hacerlo.

Parece necesario primero intentar comprender *dónde* la teoría psicoanalítica es insuficiente. Con el propósito de hacer esto satisfactoriamente uno debe tener algunas ideas claras acerca de una cuestión fundamental: la relación entre teoría por un lado y los hechos y hallazgos factuales por el otro. Yo creo que es exacto decir que en el momento presente una gran proporción de los analistas tiende a evitar el teorizar con el propósito de concentrarse. Así uno frecuentemente lo escucha en los hechos clínicos. Tal actitud parece ingenua y quienes la adoptan parecen estar inadvertidos de que ellos de hecho están viviendo de un préstamo. Ellos no parecen darse cuenta que los hechos que descubren son precisamente y nada más que aquéllos que las teorías que suscriben los hacen capaces y les permiten encontrar. Los ejemplos a favor de esta afirmación podrían ser multiplicados a voluntad y yo sólo mencionaré uno o dos. Cuando el así llamado complejo de castración fue encontrado, gran parte del material clínico fue interpretado en esos términos y nada fue visto, digamos, como introyección o envidia del pecho. No estaría garantizado asumir que los pacientes vistos en ese período no mostraban ningún signo correspondiente a estos últimos conceptos: sólo que tales signos no eran notados, por la simple razón que correspondían a conceptos que todavía no estaban disponibles. Del mismo modo, el tipo de interpretación que nosotros hacemos actualmente puede ser un reflejo preciso del material clínico a la mano pero no necesariamente un reflejo completo de él. No sabemos la cantidad de cosas que pasan inadvertidas por nosotros en los datos ofrecidos por nuestros pacientes, simplemente porque nosotros no tenemos los marcos de referencia que nos permitirían ver tales cosas.

Cuando por ejemplo escuchamos hacer interpretaciones en relación con el objeto interno o con el rol de contención jugado por el analista o con la envidia del pecho, también representada por el analista, frecuentemente, uno tiene la impresión de que tales interpretaciones son correctas y que se ajustan a la evidencia clínica. Al mismo tiempo, cuando observamos tal admirable actividad terapéutica, a veces no se puede evitar sentir que el terapeuta está convencido de que sus interpretaciones cubren la totalidad de lo que está ocurriendo al

paciente y que él está implícitamente traspasando su propia certeza de que no hay nada más a ser conocido acerca de eso. Es en casos de este tipo, en los cuales uno puede ver el íntimo lazo existente entre el marco de referencia empleado y el hallazgo de hechos. Interpretaciones del tipo recién mencionado están basadas, como fácilmente puede verse, en una analogía tridimensional. Si en vez de esa analogía usamos una con cinco o seis dimensiones, la totalidad del material presentado por el paciente podría ser visto con una luz muy diferente. Variadas interrelaciones hasta el momento invisibles podrían llegar a ser evidentes y uno podría tener una nueva comprensión del paciente. El «objeto interno» por sí mismo podría entonces transformarse en algo correspondiente más íntimamente a la realidad psíquica a través de lo cual podría ser posible darse cuenta que algo que, en una dimensión es experimentado como un objeto separado, puede llegar a ser, en otra dimensión, un constituyente del todo. Uno podría en este caso tener mejores posibilidades de aproximarse a una adecuada formulación de la pregunta que ha llegado a ser urgente en los tiempos recientes: ¿Cuáles son los respectivos roles de la unidad entre el individuo y sus objetos internos? Por un lado no podemos evitar el sentimiento de que cada individuo es uno y que es algo que confronta a otros individuos; y por el otro, no podemos rechazar la evidencia a favor del objeto interno. Debe ser reconocido que el psicoanálisis actual no tiene una respuesta satisfactoria a esta pregunta. Volviendo al objeto interno y su continente, podemos ahora considerar un camino alternativo para la comprensión de los datos dados por nuestros pacientes. La noción de un espacio multidimensional no es estudiada exhaustivamente en este libro y sólo se realiza una aproximación inicial. En cambio, la relación entre el espacio-tiempo y la espacialidad-temporalidad es el objeto de un estudio más detallado. Si el material ofrecido por nuestros pacientes es estudiado sistemáticamente en esta luz muchos de los hechos todavía desconocidos llegan a ser aparentes y nosotros estamos entonces en condiciones de entenderlos y ayudarlos mejor. Podemos, por ejemplo, encontrar que el mismo material muestra signos en varios niveles simultáneos. En un nivel más superficial nosotros podemos encontrar una relación entre personas separadas, mientras en un nivel intermedio o intermedio, en cambio, las personas son vividas como objetos que pueden estar dentro de uno o dentro de los cuales uno puede estar. Este es el nivel de la envidia de la identificación proyectiva y sus contenedores. En un nivel aún más profundo la distinción entre personas o entre objetos empieza a perder sentido en la misma proporción en que las nociones espacio temporales empiezan a

esfumarse. Correspondientemente, el concepto de agresión, después de haber pasado a través de niveles de magnitud infinita, empiezan a retroceder hacia el fondo. La unidad fundamental de objeto y sujeto es sentida en sí misma de una manera progresiva, hasta que en un momento, cuando hablamos de identificación proyectiva, deja de tener todo sentido; estamos en el nivel de *la matriz básica de la proyección y de la introyección*. La noción de envidia ya no es pertinente en este nivel.

Lo dicho es sólo un resumen y una descripción esquemática de una forma alternativa de mirar determinado material que ha sido primero interpretado en términos de la visión analítica actual. Sería posible dar muchos más ejemplos clínicos, los cuales mostrarían en detalle cómo, partiendo de las asociaciones del paciente, uno puede alcanzar diferentes tipos y diferentes grados de comprensión y de ahí en adelante de ayuda terapéutica de acuerdo al tipo de aproximación. El tipo de aproximación, a su vez, depende del marco de referencia usado en el estudio de la realidad o, como se dice habitualmente, depende de la teoría a la luz de la cual la realidad es vista. Por esta razón es imperativo alcanzar un claro nivel en el asunto de la relación entre hechos y teoría.

Hechos clínicos, marco de referencia y teoría

En este punto nosotros podemos preguntar: ¿qué es realmente un hecho, ya sea clínico o de otro tipo? La posición que asume que los hechos son cosas por sí mismas, independientes de la manera en que ellas son observadas, es frecuentemente encontrado entre los clínicos y es el origen de mucha teorización superficial de la cual las personas no están conscientes. Permítannos considerar un hecho muy simple: el tiempo en el cual un aeroplano llega a un determinado aeropuerto. Puede ser por ejemplo a las 6:30 y esto parece ser muy preciso. Pero, si el país al cual el avión llega ha adoptado el tiempo de verano, serán las 7:30. Entonces, será entonces igualmente verdadero decir que el avión llega a las 6:30 o a las 7:30. Ahora, si el país desde el cual el avión ha partido es muy lejano, el tiempo de llegada expresado en horas puede variar desde las 6:30 a las 19:30, de acuerdo al tiempo que ese país ha elegido para expresar la llegada en cuestión.

También podemos adoptar otra convención y correlacionar el tiempo de llegada con la salida del sol en el lugar al que el avión llega. En este caso, el avión llegará antes de la salida del sol, en la salida del sol o después de la salida del sol, de acuerdo al momento del año. Si en cambio preferimos cambiar el lugar en relación al cual medimos la salida del sol de la llegada, debemos entonces arre-

glar las cosas de tal manera que cada día del año el avión llegará exactamente a la salida del sol, sólo que la salida del sol será diferente los otros días del año.

Si en vez de adoptar un día de 24 horas adoptamos una convención diferente, nosotros podríamos fácilmente arreglar las cosas de tal manera que el avión llegue en un día determinado o en el siguiente de acuerdo a la convención preferida. Si consideramos ahora la palabra aeroplano, rápidamente nos damos cuenta que significa un complejo sistema de relaciones entre alas, fuselaje, métodos de propulsión, etcétera. Un pájaro tiene alas pero no es un avión. Los automóviles tienen motores como los aviones, pero ellos no son aviones. Alas, fuselaje, motores, etcétera, son ellos mismos, en un aeroplano, un conjunto de relaciones.

La posición recién señalada es generalmente adoptada por los filósofos de las ciencias y frecuentemente ignorada por los investigadores, quienes a veces parecen no estar conscientes que ellos nunca están describiendo hechos en sí mismos, porque tales hechos no existen. Quizás podría ser útil dar dos citas que clarifican el sentido del concepto que subyace a la palabra teoría. Von Mises (citado por Szasz, 1959) escribe: «desde el tiempo de Ernst Mach los científicos naturales han sabido que la explicación o la teoría de un grupo de fenómenos es sólo una descripción de los hechos a un nivel más alto». Por otro lado, Braith Waite (1953, pp. 367-8) dice: «La naturaleza no nos provee separadamente de hechos y leyes. Nuestras afirmaciones acerca de las leyes son una manera de describir los hechos observados y de predecir hechos hasta el presente inobservados. La forma de las afirmaciones de las hipótesis científicas y su uso para expresar una proposición general, es un recurso humano; lo que se debe a la naturaleza son los hechos observables los cuales refutan o fallan en refutar las hipótesis científicas (...) la función de las matemáticas en la ciencia ha mostrado ser no solamente la de admitir hipótesis de una forma pre-ordenada, sino la de proveer de una variedad de métodos para acomodar hipótesis en un sistema: el conocimiento de nuevas ramas de las matemáticas abre nuevas posibilidades para la construcción de tales sistemas».

Como puede verse, este autor habla de hipótesis, sistema y ley. En el psicoanálisis es común hablar de teoría. Personalmente yo prefiero emplear el término «marco de referencia» en vez de «teoría» porque esta última está históricamente cargada con una colección de significados que es mejor evitar. Me estoy refiriendo al hecho de que la palabra teoría frecuentemente evoca el concepto de suposición, el cual puede estar más o menos garantizado, ser preciso, o

consistir en elaboraciones que pueden estar más bien distantes de nuestras observaciones iniciales y las cuales pueden o no resultar verdaderas. En contraste, la expresión «marco de referencia» tiene un significado más restringido: el de un sistema de relaciones en el cual nuestra observación de la realidad directamente calza. En otras palabras es más inmediato y pretende estar más directamente en contacto con la realidad bajo estudio: es decir, estar más directamente al servicio de esta realidad y dispuesto a ser cambiado tan pronto como nuevas observaciones nos hagan conscientes que el marco de referencia no es capaz de describirlos satisfactoriamente. Sin embargo, tal distinción entre teoría y marco de referencia es en último término un asunto de convención y nosotros podemos acordar emplear ambos términos como sinónimos. Lo que parece ser importante tener en mente es que los propósitos de nuestra investigación científica al crear marcos de referencia que sean, por así decirlo, directamente sugeridos por nuestro contacto intelectual con la realidad, deben ser modificados en la medida en que nuevos contactos sugieren cambios en el marco que se está usando.

Las teorías psicoanalíticas y los conceptos básicos han llegado a ser manifiestamente insuficientes

El psicoanálisis ha sido desarrollado dentro del marco de tres conceptos íntimamente conectados: instinto, energía y espacio. El primero se refiere a la naturaleza biológica del hombre, mientras que los dos últimos establecen algún contacto entre los conceptos de mente y materia. Dado que ambos son también fundamentales en el estudio de la naturaleza inanimada, como el mismo Freud ha remarcado, esta «plataforma intelectual provisoria» puede ser «modificada, corregida y determinada más precisamente en la medida en que nuevas experiencias son acumuladas y filtradas». Pareciera que este es precisamente el caso de los tres conceptos. El concepto de instinto ha sido objeto de estudios intensivos entre los biólogos, los etólogos y los psicólogos, y aunque sus hechos esenciales no parecen haber cambiado desde los tiempos de William James, una enorme cantidad de información ha sido recolectada en el curso del tiempo, la cual es de gran relevancia para el psicoanálisis como una concepción y como una técnica. Mucho trabajo debe ser realizado con el fin de introducir esta información relevante dentro del pensamiento psicoanalítico y esta tarea ya ha sido comenzada por varios investigadores, dentro de los cuales está principalmente Bowlby.

El concepto de energía es la base de los puntos de vista dinámicos y económicos en el psicoanálisis tal como son generalmente aceptados. El concepto de espacio es el fondo para los puntos de vista topográficos y estructurales y para la noción de objeto. Como esta afirmación puede ser cuestionada merece algún comentario. Freud prefirió emplear el término topográfico pero, explícitamente, trató la expresión estructural como sinónimo. Lo topográfico claramente se refiere al espacio del mismo modo en que lo hacen expresiones como «psicología profunda», «inconsciente profundo», «superficie del aparato mental», «barrera», «manteniendo fuera de la conciencia», «retorno de lo reprimido», «proyección», «introyección», «objeto interno», «internalización», «externalización», «objeto externo», «contenedor», «explosión», «estallar en lágrimas», «reparación», «desviación de la energía» (sublimación), «desplazamiento», «volviéndose contra el self», y varios otros. Algunos en cambio, cuestionan la precisión de la visión de que la así llamada concepción estructural, es una concepción topográfica. Sin embargo, el hecho es que ella emplea la misma metáfora espacial del mismo modo que todas las expresiones recién mencionadas. Esto puede ser fácilmente visto y esta es una comparación topográfica. Freud también hizo un diagrama en el cual al menos algunas de las relaciones entre las tres instancias psíquicas son estudiadas en términos de una comparación con el espacio. Del mismo modo, el problema es que todas estas comparaciones espaciales ampliamente empleadas en psicoanálisis son apropiadas para describir fenómenos físicos y son insuficientes para describir fenómenos mentales. De hecho, todas esas comparaciones están basadas en una analogía tridimensional y es extremadamente improbable que los fenómenos psíquicos puedan ser descritos en términos de sólo tres dimensiones. Aún más, la literatura psicoanalítica es extrañamente silenciosa acerca de las premisas fundamentales del psicoanálisis. Freud no aludió ni hizo sugerencias sobre este punto, aunque es obvio que él pensó acerca de esto hasta el final de su vida. En su última frase publicada acerca del psicoanálisis se lee lo siguiente (Freud, 1941, p. 300): «el espacio puede ser la proyección de la extensión del aparato psíquico, ninguna otra derivación es probable, a pesar de las determinantes *a priori* de Kant acerca de nuestro aparato psíquico». La psique es extendida pero no sabe nada acerca de eso. Sé que no hay evidencia que muestre que él alguna vez pensó en aplicar conceptos espaciales a la mente que no fueran tomados de aquellos empleados en el estudio del «espacio material o el espacio tridimensional». Y la abundante literatura reciente acerca de las relaciones de objeto, objetos internos, etcétera, es en mi conocimiento, comple-

tamente inconsciente en sus puntos esenciales de la magnitud del problema y sus importantes consecuencias en el campo del trabajo clínico. Existe una gran necesidad de clarificación en este importante tema.

Consideraciones exactamente paralelas pueden ser aplicadas al uso de la noción de energía. Ha permanecido de una manera extraordinariamente vaga y nada esencial ha sido agregado a las intuiciones Freudianas iniciales. Como en el caso del espacio, la noción de energía parece ser de gran importancia en la comprensión de la mente, pero el uso hecho de ella por aquellos que investigan en la concepción estructural es tan insatisfactorio, que no es sorprendente que muchas personas se mantengan completamente lejos de ella. Términos tales como «des-sexualización», «des-agresivización», «energías mentales», «las fuentes autónomas de energía del ego», «reservorios de energía» y otros semejantes son extremadamente vagos. Si no se hacen intentos serios por profundizar nuestra comprensión de los conceptos básicos de energía psíquica como, por ejemplo, la cuestión de la posibilidad o imposibilidad de medirla y su relación (similitudes, diferencias o identidad) con otras formas de energía, entonces ningún proceso real puede ser llevado a cabo.

De tal modo que, finalmente, encontramos que los tres conceptos básicos del psicoanálisis se ven requeridos de revisión, puesto que ellos son insatisfactorios en su forma presente. Sin embargo, el problema es que mucho esfuerzo es desplegado en la aplicación de estos conceptos y en la descripción de la realidad clínica con su ayuda, y no se le dedica suficiente tiempo al estudio de los conceptos en sí mismos. Pareciera como si muchos implícitamente creyeran que este es el camino para ser «clínico».

Entre tanto, puede decirse con justicia que el psicoanálisis ha «negligido» de una manera considerable su propósito inicial de explorar la psicología del inconsciente y de ese misterioso mundo donde todo es tan diferente de lo que nosotros vemos en la vida consciente. Por eso es tan evidente que, tanto las aproximaciones estructurales como las de objeto interno, describen la mente en tales términos que las características del sistema inconsciente también se hacen innecesarias o se transforman en triviales. En el curso de su desarrollo el psicoanálisis ha llegado a ser menos psicoanalítico en el sentido de que, aunque continúa lidiando con los así llamados *contenidos* inconscientes, tiende a tratarlos como si ellos fueran gobernados por las mismas leyes que son vistas en la conciencia y aplicadas en el estudio de todas las otras ciencias. El psicoanálisis ha perdido sus características más distintivas. Si esto fuera el resultado de ob-

servaciones que nos conducen a corregir las formulaciones iniciales, entonces serían signo de progreso. Pero el hecho es que esto es el resultado de «negligir» el tema esencial del psicoanálisis, porque probablemente es extremadamente difícil. Si nosotros tuviéramos que describir este proceso de acuerdo a la tecnología del psicoanálisis temprano, yo diría que el descubrimiento del inconsciente ha sido reprimido en el pensamiento psicoanalítico y, subsecuentemente, reemplazado por racionalizaciones construidas elegantemente, las cuales pueden ser descritas en términos de espacio y energía material pero las cuales ocultan la realidad subyacente del inconsciente como «la verdadera realidad psíquica». Expresándolo paradójicamente, *el psicoanálisis ha deambulado lejos de sí mismo*. En el mismo sentido, Freud escribió: «Desde la vergüenza que todavía cae sobre nosotros, acostumbrados como estamos a la atmósfera de un mundo subterráneo, nos movemos en los estratos más superficiales del aparato mental» (Freud, 1933,p.68)

Actualmente me parece que la situación se ha trastocado. No sólo aquéllos que cultivaban la así llamada psicología del ego parecían sentirse mucho más en casa en «los estratos altos», sino también aquéllos que trataban con «el material profundo», como las relaciones tempranas del niño con su madre, usualmente tratan este material como si estuviera normado por las leyes del pre-consciente, aunque a veces algunas referencias al pasar son hechas en sentido contrario.

El ámbito y significado de este libro

Este libro es el resultado de una reflexión prolongada acerca de estos temas expresada a través de muchos años en los que, gradualmente, he llegado a desarrollar las ideas que estoy exponiendo aquí. Brevemente puede ser dicho que el significado esencial del presente trabajo deriva de un esfuerzo por pensar sistemáticamente acerca de la realidad psíquica en términos de la relación entre inconsciente—consciente (para emplear la formulación inicial de Freud), o simétrica—asimétrica (si usamos la dualidad conceptual que, como veremos, ofrece algunas ventajas sobre la anterior). Cuando digo «en términos de la relación consciente—inconsciente» no me estoy refiriendo solamente a la cualidad de ser o no consciente, sino a dos modos contrastantes de ser, visibles en esta relación. En otras palabras, la aproximación presente pretende tomar muy seriamente las características del sistema inconsciente descrito por Freud y llevar este significado hasta su conclusión lógica. También tiene el propósito de estudiar la

«omnipresencia» de este sistema en toda manifestación mental, como asimismo en sus infinitas interrelaciones con el así llamado modo consciente de ser.

Con el objetivo de ayudar a que el lector siga los argumentos que proponemos aquí, los cuales pueden inicialmente presentar alguna dificultad, parece recomendable dar una breve perspectiva del camino tomado. Si leemos lo que Freud ha escrito en el tema de las características del sistema inconsciente pronto nos daremos cuenta que él fue explícito en afirmar, especialmente hacia el final de su vida, que las leyes de la lógica Aristotélica no eran seguidas o respetadas en el sistema inconsciente o Ello: «las leyes lógicas de pensamiento no se aplican en el Ello, y esto es verdadero sobre todo en la ley de contradicción (Freud, 1933, p. 73). Poniéndolo de otra manera, él describió o se refirió a una deficiencia, a algo faltante y no a un tipo diferente de lógica. Pareciera que esta idea ha sido prevalente en la literatura más destacada, aunque no necesariamente de una manera explícita. Esta deficiencia puede ser considerada en dos sentidos: como llevando a un completo desorden, o como el resultado de un nuevo orden. Cuando Freud escribe (1933, p.73) que «nosotros nos aproximamos al Ello a través de analogías: le llamamos un caos o un caldero lleno de excitaciones hirvientes...», parece implicar la primera de estas dos alternativas. Pero, aún cuando escribe (1900, p. 507) que el trabajo del sueño no es simplemente más descuidado, más irracional, más olvidable y más incompleto que el pensamiento despierto, sino que completamente diferente de él cualitativamente y por esa razón no es inmediatamente comparable con él...», no parece estar pensando en la segunda alternativa. Sin embargo, permanece el hecho de que hasta donde me puedo dar cuenta, él nunca llegó a una descripción en términos lógicos precisos de este orden diferente. Es en este punto exacto que los desarrollos sugeridos calzan. En 1956 (Matte Blanco, 1959) propuse que «las características especiales del sistema inconsciente descritas por Freud, son distintas expresiones de un tipo de lógica que entonces yo formulé en términos de dos principios: los llamé *el principio de la generalización* y *el principio de la simetría*. Con su ayuda fue posible ver la íntima conexión entre las cinco características descritas por Freud para el proceso inconsciente como conceptualmente independientes, aunque de hecho ellas frecuentemente aparecen de forma simultánea. Con la ayuda de estos dos principios lógicos, estas cinco características fueron vistas como una íntima unidad, como la expresión de un tipo de lógica que podía ser definida precisamente, incluso si esa definición mostró una amplitud peculiar y característica de aproximación a la realidad. Además, la aplicación sistemática

de estos dos principios resulta en un tipo de pensamiento que difiere de una manera sorprendente de los habitualmente empleados en la ciencia que siguen la llamada lógica aristotélica. Se hace entonces posible verificar que la lógica del sistema inconsciente o lógica del Ello —que nosotros también podemos llamar lógica *simétrica* con el propósito de evitar las ambigüedades relacionadas con la emoción del sistema inconsciente y también con aquéllas del Ello— es muy consistente y siempre se adecua a los dos principios en cuestión.

En una serie de estudios me he focalizado en varias manifestaciones de esta lógica en una amplia variedad de fenómenos. Entre ellos puedo mencionar: el pensamiento esquizofrénico, sentimientos y *erleben* (1959, 1966, 1967a), el contacto inconsciente con la realidad externa (1960), la sincronicidad de Jung como un principio de relaciones no causales (1962), el contraste entre neurosis y psicosis (1964), varias aplicaciones a problemas psiquiátricos tales como la confusión mental (1965), la comunicación no verbal (1962 a), la formulación de los conceptos básicos del psicoanálisis (1968), la cuestión de la interpretación (1968a), la introyección y los problemas que surgen en relación con la noción de objetos mentales, tanto como en los mecanismos de la proyección y de la identificación proyectiva (1960 a, 1970), la cuestión de la «naturaleza» de la emoción y su relación con el pensamiento y con la conciencia y el inconsciente (1967). Considerando estos estudios como un todo pienso que se puede decir, con seguridad, que surgen varias conclusiones generales, algunas de las cuales se conectan con el estudio presente, en el sentido de que ellas representan los antecedentes generales que le dan el contexto sobre el cual los asuntos de este estudio son proyectados.

La observación clínica se afina si hacemos nuestras descripciones con la ayuda de herramientas lógico-matemáticas (las cuales son simples y fáciles de usar). Esto permite describir una variedad de hechos clínicos que de otra manera se nos habrían escapado.

La relación entre la a-temporalidad del inconsciente y la temporalidad de aquellos aspectos de nuestro self que están orientados hacia el mundo externo, puede ser explorada más allá. Como se puede ver (Matte Blanco, 1959) la a-temporalidad es una consecuencia necesaria del principio de la simetría, porque, si las relaciones asimétricas no están disponibles, no puede haber tiempo en el sentido físico matemático de la palabra. Debe agregarse que, por la misma razón, tampoco puede haber espacio. La consideración de este asunto me ha llevado a proponer (Matte Blanco, 1968) la visión de la a-espacialidad como otra

de las características del sistema inconsciente. Esta propuesta sólo requiere adicionar explícitamente otro aspecto de la así llamada lógica simétrica. Freud había considerado esta idea desde más de un ángulo, aunque no como una parte de un sistema lógico (ver especialmente Freud 1933, p. 74 y 1940, p.300). Si nosotros recordamos que tanto en el mundo físico como en el mundo de la mente, el tiempo y el espacio están inextricablemente ligados, la conveniencia de tal propuesta es evidente. Como ya está implicado en esta introducción, las características en cuestión descritas por Freud en el trabajo «El Inconsciente» (1915) el que se ubica, en su propia opinión (Jones, 1956, p.34) entre sus contribuciones más importantes, hasta ahora han jugado un rol comparativamente modesto en el desarrollo psicoanalítico. Es verdad que esta afirmación puede no ser completamente precisa si se la refiere al trabajo clínico, donde el desplazamiento, la condensación y el reemplazo de la realidad externa por la realidad psíquica son habitualmente empleados. Pero si nosotros consideramos los desarrollos teóricos y las concepciones psicoanalíticas, entonces es ciertamente exacto decir que ellas no han sido todavía exploradas de manera completa. Como una ilustración de lo dicho, es posible mencionar el que varios significativos hallazgos psicoanalíticos en la esquizofrenia son descritos en términos que ampliamente corresponden a la *lógica* del pensamiento consciente. Por ejemplo, yo soy incapaz de encontrar el rol que la a-temporalidad juega en la posición esquizo-paranoide de Melanie Klein. Además, la cuestión que debe destacarse es cómo podemos hablar de «poner dentro» o «introyectar un objeto», cuando el inconsciente no conoce «adentro» o «afuera» y tampoco conoce «objetos», y todo esto surge a partir de este particular aspecto del trabajo freudiano.

Inversamente, si nosotros partimos de estas características, reformuladas en términos lógicos, podríamos darle a los problemas la atención completa que ellos merecen (ver especialmente Matte Blanco, 1970). Rápidamente se hace evidente que nosotros estamos siempre, en un producto mental dado, confrontados con una mezcla de la lógica del inconsciente con aquella del preconscious y de la conciencia.

La proporción entre ambos componentes de la mezcla difieren enormemente de un caso a otro, de tal manera que al final existen innumerables tipos de casos. Con el propósito de simplificar el asunto he propuesto (Matte Blanco, 1968 *a*), siguiendo algunas observaciones hechas por Freud en «El inconsciente» (1915), distinguir gruesamente tres niveles, especialmente con relación al rol jugado por el espacio—tiempo y la a-espacialidad—atemporalidad, aun-

que la misma distinción se aplica también, naturalmente, a todas las otras características.

La conclusión general más importante que emerge de estos estudios es que la vida psíquica puede ser vista como una interacción dinámica y perpetua, en términos de tensión cooperación o incluso unión, entre dos tipos fundamentales de ser que existen dentro de la unidad de cada ser humano: Una, aquella del Ello estructural (o inconsciente no reprimido o sistema inconsciente o ser simétrico) el cual llega a ser comprensible con la ayuda del principio de la simetría; y la otra, aquella que es visible en el pensamiento consciente, el cual puede gruesamente ser comprendido con una lógica aristotélica. Esta formulación es una expresión de los descubrimientos de Freud en término de las ideas mencionadas que tienen la ventaja de permitirnos, como creo, bosquejar una riqueza freudiana inexplorada y, en la realidad clínica además, estimular nuevos desarrollos en el pensamiento teórico psicoanalítico. Se hace evidente que esta forma de mirar el asunto —la cual es en gran medida relacionada con la formulación freudiana de la mente en términos de ego inconsciente y consciente— es el resultado del estudio de la realidad clínica con la ayuda de instrumentos lógicos. Puede ser objetado que esto puede representar un abandono de la última concepción de Freud de la estructura triple del aparato mental (Ello, Yo y Superyo). En mi opinión más bien debiera ser visto como el intento de preservar algo valioso de la primera concepción y que de alguna manera es desplazada hacia el fondo en la última.

Todo lo expresado arriba constituye, tal como lo hemos subrayado, el marco sobre el que el presente estudio está proyectado, pero el tema se extiende en otras direcciones que calzan como partes integrales del todo que yo sólo he delineado.

Relación de la presente aproximación a los conceptos básicos de instinto energía y espacio

Se habrá apreciado que en la descripción del sentido y alcances de este libro ninguna mención sistemática fue hecha de «los principios y conceptos básicos» para tomar una expresión de Freud sobre los cuales el psicoanálisis está basado. Este hecho hace emerger la pregunta acerca de la relación entre esta aproximación y tales principios. En este sentido es posible decir que las cuestiones básicas acerca de la energía y el espacio, no son estudiadas aquí en sí mismas, al menos no

de una manera exhaustiva; en cambio, se hace el intento de desarrollar las bases de nuestro conocimiento psicoanalítico, partiendo de las características del sistema inconsciente, reformulado en términos lógicos. Esto no es un ataque frontal a las cuestiones de la energía y el espacio ni una retractación acerca de tales cuestiones. Ciertamente es una manera de aproximarse a ellas desde otro ángulo; precisamente aquel del inconsciente o modo simétrico de ser (y su relación con el modo asimétrico) el cual puede, al final, conducir a un desarrollo mucho más rico y a una clarificación de muchos de los problemas relacionados con estas cuestiones básicas. De hecho un lector atento se dará cuenta que la formulación de la pregunta acerca de la mensurabilidad de los procesos inconscientes toca el asunto de la mensurabilidad de los procesos psíquicos energéticos, aunque desde un ángulo muy diferente a la aproximación directa al asunto de la energía. Por otro lado, la consideración de la dualidad simétrico-asimétrico, nos lleva al problema del espacio-tiempo, cuyo estudio continuo es realizado a través del libro. Sin embargo, este problema puede ser abordado directamente, por ejemplo, en relación con la noción de dimensión.

Legítimamente puede decirse que después del estudio de los distintos temas de este libro, nuestro conocimiento de la energía y del espacio-espacialidad, en tanto cuanto están relacionados con la mente, surgen de manera destacada y profunda. Un ataque «lateral» sobre estos asuntos puede en la actualidad tornarse más fructífero que un asalto frontal.

La noción básica de instinto aquí es tomada como conocida y sólo algunos comentarios son hechos acerca de su relación con los temas estudiados en el libro.

La relación con las concepciones freudianas

En una primera mirada el presente estudio puede dar la impresión de algo considerablemente diferente respecto de las concepciones freudianas. En mi opinión permanece perfectamente bien dentro de estas concepciones, sólo que es formulado en términos que permiten futuros desarrollos de acuerdo con la experiencia clínica acumulada de muchas observaciones hechas por muchos analistas durante un largo período. Se puede mostrar que los desarrollos que expondremos más adelante habitualmente empiezan desde Freud y se hace un esfuerzo por entender su pensamiento y, siguiendo sus opiniones formuladas y deseadas (como las mostradas en la cita al principio de esta introducción), para modificarlas y desarrollarlas de acuerdo a la necesidad de hacerlas emerger des-

de la verdadera naturaleza de las cosas. Las numerosas citas de Freud a través del libro y los esfuerzos hechos para acometer y obtener conclusiones acerca de los variados pensamientos expresados por él, confirman que en ninguna ocasión yo he tomado ligeramente el pensamiento de Freud. Por el contrario, he hecho de él el objeto de un cuidadoso estudio e inevitablemente esto conduce, como Freud esperaba, a desarrollos y modificaciones de sus ideas, pero permanece dentro del mismo espíritu. He pensado que es necesario hacer estas cualificaciones, primero, para dar una mejor perspectiva de su trabajo de la manera en que yo lo veo y segundo, para evitar cualquier mal entendido.

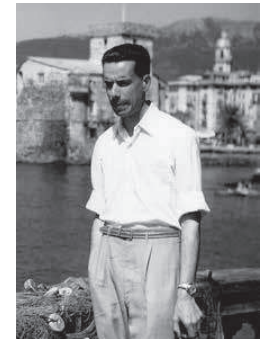
Una reflexión adicional puede ser relevante. Pienso que puede ser acertadamente dicho que el presente trabajo en gran medida vive en la atmósfera del Freud temprano, aquel de la heroica saga de la «*Interpretación de los sueños*» tanto como en la atmósfera del «*Esquema del psicoanálisis*». Ambos trabajos al principio y al final de su creación, representan dos fascinantes expresiones de su enorme creatividad. Como Strachey correctamente sostiene (1974, p.143), en este último libro hay «indicios de desarrollos enteramente nuevos». Si uno es cuidadoso y no toma literalmente lo que yo estoy simplemente diciendo, podría pensar de estos dos libros como las expresiones supremas de Freud como creador, en contraste con el Freud organizador de su descubrimiento, visto de una manera más destacada en otro de sus trabajos. Creo por ejemplo, que es el caso de «*El yo y el Ello*», a pesar de las protestas que esta afirmación puede provocar.

Espero que la presente aproximación pueda no sólo ser interesante para los analistas sino también ofrecer al mismo tiempo la posibilidad de nuevas formas de diálogo entre el psicoanálisis y la filosofía, las matemáticas, la lógica, la filosofía moral, la antropología y la sociología. Todas estas disciplinas han contribuido a darle forma al psicoanálisis. Tal vez la formulación que aquí ofrecemos pueda retribuirles a ellas, en una forma psicológica, algo de lo que les debe. Al mismo tiempo el psicoanálisis podría llegar a ser el lazo entre el inevitable control disciplinario de la civilización moderna y la imprevisible frescura de la emoción. No existe otra disciplina que sea al mismo tiempo científica y que se mueva en el ámbito de la emoción y por lo tanto en el del arte y también en el de la ética, la sociología y la política: brevemente, en el lado humanista del ser humano, porque tiene que ver simultáneamente con la dualidad inconsciente-consciente, o, usando el lenguaje propuesto, con la dualidad simétrico-asimétrico.

Juan Marconi Tassara (1924-2005)

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Nació en Valparaíso el 6 de marzo de 1924. Obtuvo su título de médico-cirujano en la Universidad de Chile en 1948. Su formación en psiquiatría la realizó en la Cátedra Titular del Prof. Ignacio Matte Blanco, en la antigua Clínica Universitaria de Psiquiatría del Manicomio Nacional, orientado inicialmente al psicoanálisis. A mediados de los años 50, influido por las ideas del Prof. Edwin M Jellinek y el Dr. Jorge Mardones Restat, inició sus trabajos epidemiológicos sobre alcoholismo y se interesó sobre aspectos socioculturales de éste y de la salud mental. En la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile alcanzó el puesto de Jefe de Clínica, donde también obtuvo la calidad de Profesor Auxiliar de Psiquiatría en 1964 con la obra «Una Teoría Estructural de la Psicosis». En 1965 se apartó de la docencia de la Cátedra del Dr. Matte, aunque manteniendo su cargo universitario, desempeñándose junto al Dr. José Horwitz Barak en el Hospital Psiquiátrico, además de colaborar con la Sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud, a cargo del Dr. Luis Custodio Muñoz. Esas experiencias le permitieron proyectar su acción profesional en los problemas más graves de salud mental, como eran el alcoholismo y la neurosis.



Juan Marconi Tassara

Su convencimiento de que el hospital no era el camino apropiado para una línea de asistencia e investigación en salud mental lo llevó en 1966 a instalarse en el Hospital Barros Luco, en la parte sur de la capital, donde fundó el Servicio de Psiquiatría, sobre cuya base elaboró y puso en práctica el primer Programa Intracomunitario de Salud Mental del país. Este se concretaría dentro del mar-

co del Programa Integral de Salud Mental, aplicando un sistema piramidal que incluía tanto la participación activa del equipo profesional de salud como de los usuarios. Las interferencias para el trabajo en la comunidad ocurridas a consecuencias del gobierno militar iniciado en 1973 limitó el proyecto de salud mental, lo que junto a otros sinsabores laborales universitarios lo llevaron a renunciar a la Universidad en 1981, dedicándose a la actividad profesional privada. Recuperada la democracia vuelve a la Universidad de Chile, continuando sus actividades de enseñanza, investigación y extensión hasta que por motivos de salud se aleja definitivamente en 2002.

Entre sus numerosas publicaciones cabe destacar «The Concept of Alcoholism», *Quart. J. Stud. Alc.*, 20: 216-235, 1959; «An experimental analysis of the hallucinatory-delusional type of reaction» *J Nerv Ment Dis* 1961; 133: 69-78; «Consideraciones sobre la metodología de la investigación en psiquiatría», *Acta psiquiatr psicol Amér lat.* 1961; 11: 341-348; «Un concepto de psicosis y su aplicación a la psiquiatría experimental», *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1962; 1: 81-87; Horwitz, J y Marconi, J (editores). *Evaluación de definiciones transculturales para estudios epidemiológicos en salud mental: aspectos metodológicos*. Servicio Nacional de Salud, Universidad de Chile. Santiago de Chile, 1965; Horwitz, J y Marconi, J. «El problema de las definiciones en el campo de la salud mental» *Bol. Of. Sant. Panam.* Vol. LX, 4: 300-309, abril 1966; Horwitz J, Marconi J y Adis Castro G, editores (1967) *Bases para una Epidemiología del Alcoholismo en América Latina* ACTA, Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires, 1967; «Política de salud mental en América Latina» *Acta psiquiatr. psicol. Amér. lat.* 22, 112, Buenos Aires, 1976; «Formación de personal para equipos de salud mental» *Acta psiquiatr. psicol. Amér lat.* 25, 204, Buenos Aires, 1979; «Programa integral de psicosis» *Acta psiquiatr psicol Amér lat*, 1980; 3: 211-222; «La Psiquiatría y la Salud pública: un modelo en Salud mental». Capítulo del texto *PSIQUIATRÍA* (Gomberoff M y Jiménez JP, Eds), Santiago de Chile, Medcom, 1982.

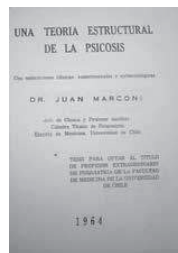
Su vida dedicada a la enseñanza y la investigación, además de su cualidad de pionero de la práctica psiquiátrica en un hospital general y de las labores en terreno del equipo de salud mental fueron reconocidos por las dos agrupaciones nacionales más importantes de la especialidad: en 1991 fue designado Miembro Honorario por la Sociedad Chilena de Salud Mental, y la Sociedad de

Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía lo nombró Maestro de la Psiquiatría Chilena. El Servicio de Psiquiatría del actual Hospital Barros Luco Trudeau (Servicio de Salud Metropolitano Sur) también lleva su nombre.

Falleció en Villarrica, IX Región de La Araucanía, el 17 de Noviembre de 2005.

REFERENCIAS

- Medina E «Panorama Histórico de la Salud Mental» Capítulo en *Psiquiatría y Salud Mental* (editores: Riquelme Véjar, R y Quijada Hernández, M): 41-81. Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental, 2007.
- Ojeda C «Ignacio Matte Blanco, Armando Roa Rebolledo y Juan Marconi Tassara: tres creadores en la psiquiatría chilena». *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39: 183-193.



Una teoría estructural de la psicosis.

Una teoría estructural de la psicosis

JUAN MARCONI

LA PSICOSIS COGNITIVA ESCINDIDA¹

Capítulo I. Introducción

a) El concepto general de psicosis.

El concepto de psicosis está firmemente arraigado en Psiquiatría, pero, a pesar de su continuo uso, es un hecho que su contenido es extremadamente vago. En 1955, Max Valentin² escribía al respecto: «Los términos «neurosis» y «psicosis» han sido utilizados aproximadamente, con sus connotaciones actuales, durante cerca de ochenta años, pero no puede pretenderse que, durante este tiempo, su significado haya logrado mucha aclaración».

En los últimos años, se aprecia un creciente interés por delimitar conceptualmente los diversos géneros de la clase «enfermedades mentales», ante el apremio provocado por el renacimiento de la Psiquiatría experimental y por la necesidad de evaluar en forma precisa los resultados de los procedimientos terapéuticos que, día a día, aparecen en el campo de la Psiquiatría clínica. Como ejemplo de este interés conceptual, pueden citarse los trabajos de Vanggaard³ y

¹ La sección N°1 de esta obra se titula UN CONCEPTO RELATIVISTA Y UNITARIO DE PSICOSIS: LA ALIENACIÓN DE LA CONCIENCIA DE REALIDAD. Los fragmentos acá seleccionados por los autores corresponden a la sección N°2, cuyo título general es el del epígrafe.

² *An Introduction to Psychiatry*. London, 1955

³ «The concept of neurosis». *Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl.* 136: 116-136. 1959.

Popov⁴ en el campo de la neurosis, y los de Jellinek⁵ y Marconi⁶ con respecto al alcoholismo.

En la sección anterior, hemos hecho una revisión crítica de los criterios utilizados, desde Pinel hasta nuestros días, para definir psicosis. El criterio sintomático (Pinel, Esquirol) es inadecuado porque el mismo síntoma puede ser, en una cultura dada, índice de psicosis, y, en otra, índice de normalidad. El criterio etiológico (Griesinger, Morel, Wernicke) es insuficiente, tanto porque desconocemos la causa de la psicosis, como porque, con toda seguridad, ella tiene una determinación causal múltiple. El criterio evolutivo (Kahlbaum, Kraepelin) aparece particularmente limitado hoy día, cuando podemos reproducir psicosis experimentalmente. El criterio de pérdida de unidad de la estructura de la personalidad (Bleuler, Freud) es demasiado amplio; comprende varios géneros de trastornos mentales (neurosis, psicosis, etc.). Por último, al criterio de continuidad o quiebre del curso biográfico individual (Jaspers), se le puede hacer la misma crítica, que al anterior, y, además, se puede objetar la inclusión del criterio evolutivo (incurabilidad) para el «proceso psíquico psicótico».⁷ Posteriormente, Kurt Schneider⁸ ha propuesto el uso de criterios empíricos paralelos, sintomático y etiológico; esto tampoco ha aclarado el problema. El empleo cambiante de uno o más de los criterios señalados para definir psicosis, ha hecho difícil la comunicación de la experiencia entre los psiquiatras, tanto en el campo clínico como epidemiológico y experimental.

En esa misma sección, hemos propuesto un criterio para definir psicosis, basado en la estructura y continuidad de la conciencia de realidad.

Hemos planteado que tanto la conciencia de realidad total, como sus componentes (conciencia afectiva o cognitiva de realidad), son aprendidas en el proceso normal de endoculturación, y su estructura varía, por lo tanto, de una cultura a otra.

Basándonos en estas ideas, hemos definido la psicosis, fenómeno descrito a nivel del individuo, como una alienación o mutación insólita y productiva de la

estructura de la conciencia de realidad o de uno de sus componentes (conciencia afectiva o cognitiva de realidad).

Este concepto genérico es unitario, está centrado en un carácter psicopatológico nuclear, y relativista, ya que la estructura de la psicosis puede variar de una a otra cultura. Dentro del género, podemos distinguir tres especies de psicosis: 1) Alienación de la conciencia total de realidad o psicosis oneiriformes, caracterizadas por dos criterios psicóticos de conciencia total de realidad: a) las pseudopercepciones escenográficas y b) los juicios deliriosos. 2) Alienación de la conciencia afectiva de realidad o psicosis afectivas, individualizadas por dos criterios psicóticos de conciencia afectiva de realidad: a) la intensidad desusada y la falta de modulación del ánimo o afectividad basal y b) los juicios deliriosos. 3) Alienación de la conciencia cognitiva de realidad o psicosis cognitivas, las cuales se subdividen, a su vez, en dos subespecies, unitaria o escindida. La primera muestra sólo criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad ante un estímulo dado; en la segunda coexisten, frente a un mismo estímulo, los criterios psicóticos y el «criterio normal de conciencia cognitiva de realidad». Los criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad serían: a) Los juicios deliriosos, b) las pseudopercepciones fragmentarias, y c) la mutación de las relaciones semánticas.

Cada una de las especies de psicosis estaría representada tanto por los cuadros clínicos de las psicosis naturales, como por psicosis experimentales.

En la presente sección, nos proponemos describir con mayor amplitud la subespecie psicosis cognitiva escindida, dado que ella comprende, en clínica, los síndromes de alucinosis crónicas, parafrenias y esquizofrenias agudas y crónicas, vale decir el material humano que constituye el grueso de la población hospitalaria psiquiátrica. Por otra parte, en psiquiatría experimental, hemos podido reproducir, como veremos más adelante, en voluntarios normales, la estructura psicopatológica propia de la psicosis cognitiva escindida.

b) La alienación de la conciencia cognitiva de realidad: psicosis cognitivas

La alienación significa la transformación en otra de una persona o cosa; aplicada a la conciencia cognitiva de realidad, implica la transformación o mutación estructural de ella. Si la estructura normal, sobre la cual se opera la mutación, varía de una cultura a otra y entre los subgrupos dentro de una cultura, también variaría la conciencia cognitiva de realidad alienada, la psicosis cognitiva, de una cultura a otra. Pero el carácter genérico de dicha psicosis, en cualquier

4 «History and present content of neurosis». Extracta I Congressus Psychiatricus Bohemoslovenicus. Lazne Jese-nik (Graefenberg), 1959.

5 *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press, New Haven, Conn. 1960.

6 «The concept of alcoholism» Quart. J. Stud. Alc. 20: 216-236, 1959.

7 «Eifersuchtwahn. Ein Beitrag zur Frage: Entwicklung Einer Personlichkeit oder Prozess». Ztschr. R.d.ges. Neurologie und Psychiat. I, 5: 567-637, 1910.

8 Sobre el delirio. Symposium sobre Esquizofrenia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1957. También en *Clinical Psychopathology* Grune & Stratton. New York, 1959.

cultura, será la mutación estructural de la conciencia cognitiva de realidad. Así, por ejemplo, si un campesino araucano analfabeto afirma como real que la aparición de una tormenta es un mal presagio para su hijo, que acaba de nacer, y en su cultura se enseña y acepta dicha creencia, diremos que está sano; pero si un experto meteorólogo afirma lo mismo en un congreso científico, podemos decir que sufre una psicosis cognitiva. También podremos inferir la existencia de esta última si el campesino aludido asegura con certeza, como real, que la tormenta es «provocada» por un vecino suyo «enemigo mortal» de su familia; creencia, esta última, no aceptada en su cultura.

La mutación estructural de la conciencia cognitiva de realidad que caracteriza a la psicosis cognitiva, tiene dos caracteres fundamentales: es insólita y productiva. Insólita, vale decir, desacostumbrada, inesperada, que no depende del proceso normal de maduración psico-biológica del individuo. Productiva, porque surgen estructuras nuevas de la prueba de realidad, a diferencia del déficit puro que se aprecia en la demencia o en la obnubilación simples.

La alienación de la conciencia cognitiva de realidad puede ser, como se planteó en la Sección N° 1, unitaria o escindida. La psicosis cognitiva unitaria (paranoia, delirio sensitivo de autorreferencia, etc.), se caracteriza por la mutación estructural total de los juicios analíticos de realidad frente a ciertos estímulos; frente a estos últimos, el sujeto sólo emite juicios usando criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad (delirante y pseudoperceptivo fragmentario). Por otra parte, en la psicosis cognitiva escindida, los criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad coexisten, simultáneamente, con los criterios normales, frente a un mismo estímulo; en ella, la alienación de la conciencia cognitiva de realidad es paralela a la normalidad de dicha conciencia, ante los mismos estímulos internos o externos.

La psicosis cognitivas, en general, afectan primariamente a la significación de realidad de cualquier material o experiencia psicológica analítica, de tipo cognitivo: percepciones aisladas, recuerdos, ideas, etc. Los criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad son: a) los juicios delirantes, b) las pseudopercepciones fragmentarias y c) la mutación de relaciones semánticas. Esta última subyacería a la disgregación del pensamiento y aparece sólo en la psicosis cognitiva escindida.

Los estímulos que incitan nuestra actividad cognitiva (percepciones, ideas, razonamientos, recuerdos, fantasías, etc.) tienen dos aspectos básicos inseparables para un observador ingenuo, pero que nosotros debemos analizar para

la mejor comprensión de los criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad. Ellos son: la estructura instrumental del estímulo y la estructura de su significado de realidad.

Al hablar de estructura de una percepción, un concepto, un razonamiento, o de un recuerdo, nos referimos a la configuración de la actividad o función mental específica usada para construir estos actos psíquicos, y a la relación entre dicha actividad y los materiales o elementos que intervienen en el acto: datos sensoriales, conceptuales, mnémicos, etc. Por ejemplo, una percepción con estímulo adecuado no tiene la misma estructura que otra sin estímulo adecuado; la visión de una fiera en el jardín zoológico es estructuralmente diferente a la visión de la misma fiera, en un mismo sujeto, durante un *delirium tremens*. La estructuración de un concepto determinado, no es igual cuando él se usa en un contexto de comunicación socialmente válida, o cuando se usa como neologismo. Estos dos ejemplos, elegidos intencionadamente, nos permiten plantear una diferencia básica entre el criterio delirante de conciencia cognitiva de realidad, y los otros dos criterios, pseudoperceptivo fragmentario y disgregatorio (este último se refiere, fundamentalmente, a mutación de relaciones semánticas).

El criterio delirante de conciencia cognitiva de realidad no implica, cuando aparece en estado puro (paranoia), un trastorno estructural instrumental de la actividad conceptual o el razonamiento. Por esto, es inadecuado plantear que la paranoia es una perturbación de los procesos intelectivos, en relación con la actividad razonadora de la inteligencia. Ese instrumento específico está normal, pero sí podemos afirmar que el componente cognitivo de la conciencia de realidad está alienado, mutado en su estructura interna. No hay trastorno estructural de la inteligencia como instrumento, sí lo hay de una función integrativa, la conciencia cognitiva de realidad; la inteligencia, se dice, se pone, en estos casos, al servicio del delirio, de la conciencia cognitiva de realidad alienada.

En cambio, en la pseudopercepción fragmentaria y la mutación de relaciones semánticas, el instrumento perceptivo y la función que integra los términos a sus referentes concretos (objetos, etc.), están estructuralmente alteradas. Por esto, algunas escuelas organicistas, quedándose en este nivel instrumental, han hablado de epilepsia sensorial para caracterizar las pseudopercepciones y de parafasia para englobar la disgregación. Pero hay algo más, ya que estos pacientes, no psicóticos (tumor cerebral, etc.) pueden tener pseudopercepciones fragmentarias o bien parafasia (arteriosclerosis cerebral, etc.), reconociendo los

pacientes que estos son trastornos propios de su afección orgánica, vale decir, no usan dicho material, alterado estructuralmente, para afirmar una realidad.

Pasemos, ahora, a analizar el significado del estímulo. Un estímulo puede ser evaluado, en cuanto a su significado, en relación con diversos marcos de referencia: moral, estético, utilitario, etc. Pero el marco de referencia fundamental para la comprensión psicopatológica de la psicosis, es la significación de realidad. Repitamos lo que citamos antes de Jaspers⁹: «la realidad, es constantemente un significar de las cosas, procesos, situaciones. En la significación, puede captar la realidad».

Lo específico de la psicosis cognitiva es la mutación estructural del significado de realidad de los materiales analíticos cognitivos. En el juicio delirante aislado, dicha mutación aparece sin trastorno instrumental cognitivo; en las pseudopercepciones fragmentarias y mutación de relaciones semánticas, la mutación se aplica a un material instrumental que, a su vez, tiene fallas estructurales. Después de una breve digresión histórica, trataremos de analizar con más detalles los tres criterios psicóticos de prueba de realidad.

Capítulo II. Breves antecedentes históricos del concepto de psicosis cognitiva escindida

Quisiéramos ilustrar, con algunas citas históricas, el hecho que nuestro concepto de psicosis cognitiva escindida es una elaboración de observaciones clínicas que datan desde la antigüedad. Hay dos aspectos esenciales para el enfoque histórico de nuestro concepto, a saber, que se trata de una perturbación de la significación de realidad basada en un material analítico, cognitivo, intelectual; y que existe una escisión, con coexistencia del criterio normal y de uno o más criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad.

Marcé¹⁰ cita a Coelius Aurelianus (traductor de Soranus), quien ya, en el año 100 D.C., distinguía entre la alienación mental y los estados caracterizados por perturbación primaria de la conciencia: «bajo el nombre de frenesí, comprendía la mayor parte de las afecciones agudas con delirio; lo definía como un violento delirio, con fiebre, que terminaba en la muerte rápida o en la salud; colocaba en la cabeza el asiento de esta enfermedad y trataba de distinguirla de la aliena-

ción mental. En los frenéticos, dice, la fiebre precede al delirio; en los alienados, la perturbación de las facultades intelectuales precede a la fiebre».

Morel¹¹ señala que Celso, en el año 27 A.C., reconoce tres tipos de frenesí: la manía, la melancolía y el delirio crónico. En este último «el paciente habla extravagancias continuamente, o bien se llena la cabeza de ideas vanas y quiméricas, aunque conserva aún la razón».

La posición de Soranus es la más antigua expresión de la alienación mental como una perturbación primariamente intelectual, cognitiva; así como también, las consideraciones de Celso señalan por primera vez la coexistencia del delirio crónico con la razón, con el juicio normal de realidad. Otros autores de la antigüedad, como Areteo de Capadocia (150 D.C.), comparten la posición de Celso.

La principal, preocupación de la mayoría de los autores antiguos, así como durante la Edad Media, y hasta comienzos del siglo actual, es la discusión acerca de las causas de locura. Sólo en algunos autores, que se ocuparon de las clasificaciones nosológicas, puede encontrarse un interés por el análisis psicopatológico estructural de las afecciones mentales. En este sentido, y circunscribiéndonos siempre a nuestro concepto de psicosis cognitiva, se puede citar a François Boissier de Sauvages (1706-1767), quien distinguía como su octavo género de perturbaciones nerviosas, las vesanias, o enfermedades que afectan la razón. Incluye en este género, especies tan dispares como la alucinación y el insomnio, pero, como recalca Marcé, Sauvages hizo resaltar de una manera especial el nexo común que une las vesanias, es decir, la perturbación intelectual, que debe admitirse como elemento diferencial de un grupo de afecciones mentales.

Zillboorg¹² señala, en la clasificación hecha por Thomas Arnold (1755-1826) el rubro «locura ideal y conceptual», «por el cual entendía el tipo de enfermedad en la cual las ideas y los conceptos son anormales».

Sólo a fines del siglo dieciocho comenzó, con la obra de Pinel (1755-1826), la observación clínica sistemática de los enfermos mentales. La comparación de un gran número de casos, dentro de un hospital psiquiátrico, hizo surgir criterios conceptuales más realistas que los contenidos en las clasificaciones puramente especulativas de los siglos anteriores.

9 *Psicopatología General*. Edit. Beta, Buenos Aires, 1955.

10 *Traité Practique des Maladies Mentales*. J.B. Bailliere et Fils. Paris, 1862.

11 *Traité des Maladies*. V. Masson. Paris, 1860.

12 *A History of Medical Psychology*. W.W. Norton & Co. Inc. New York, 1941.

Esquirol¹³ hace una descripción magistral de la monomanía, término creado por él para distinguir el compromiso parcial de la mente del compromiso total, propio de la manía. Dentro de la primera, aísla la monomanía intelectual, en los siguientes términos: «...el desorden intelectual está concentrado sobre un objeto único o sobre una serie de objetos circunscritos; los enfermos parten de un principio falso, del cual deducen, sin desviación, los razonamientos lógicos, y de los cuales obtienen consecuencias legítimas que modifican sus afectos y los actos de su voluntad; fuera de ese delirio parcial, ellos sienten, razonan, se comportan como todo el mundo; ilusiones, alucinaciones, asociaciones viciosas de ideas, convicciones falsas, erróneas, bizarras, están en la base de este delirio, que quisiera denominar monomanía intelectual». El calificativo «intelectual» expresa la estructura primariamente cognitiva de esta monomanía, término que comprende casi todas las psicosis no afectivas. Esquirol detalla incluso los fenómenos que, casi sin variación, nosotros admitiríamos como criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad: ilusiones, alucinaciones, asociaciones viciosas de ideas, convicciones falsas. Además especifica claramente la persistencia en el paciente del criterio de realidad normal, aunque no simultáneamente frente al mismo estímulo (concepto de escisión elaborado explícitamente en nuestro siglo, por Bleuler), sino en relación a un tema, lo cual corresponde a la psicosis cognitiva unitaria.

J. P. Falret¹⁴ describe con gran claridad la coexistencia de fenómenos psicóticos con el criterio de realidad normal. En su interesantísimo capítulo «Sobre la alienación mental», discute qué es la locura, la separa nítidamente del *delirium* y llega a afirmar: «Por otra parte, con el estado de razón, y de razón vigorosa, pueden existir los fenómenos psicológicos más extraordinarios que presenta la locura, aquellas que la caracterizan de la manera más positiva, las alucinaciones...» «Lo que es más notable aún que la aparición de alucinaciones en un hombre de espíritu sano, es la persistencia, la duración prolongada de estos fenómenos y su alianza con una razón firme y aplicada, con éxito, a los temas más elevados». Cita como ejemplos de esta última situación a Sócrates y Pascal.

Morel¹⁵ hace notar, al discutir los síntomas intelectuales de la locura, la conservación de la conciencia cognitiva de realidad normal. Escribe: «...es necesario admitir que existe una infinidad de grados en la capacidad que les queda a

los alienados de coordinar sus ideas, y de responder a menudo con mucha justeza a las preguntas que no constituyen el tema ordinario de sus preocupaciones patológicas».

Bucknill y Tuke¹⁶ citan a Locke, quien también expresó que «los alienados no parecen haber perdido la facultad de razonar...» Dichos autores aceptan la existencia de la monomanía intelectual y la denominan «locura delirante», la cual, «ejemplifica una indebida intensidad de las facultades conceptiva y perceptiva».

Jung¹⁷ hizo notar, a comienzos de este siglo, la persistencia de aspectos psicóticos normales en la hoy llamada esquizofrenia: «En la demencia precoz, donde de hecho existen aún innumerables asociaciones normales, podemos esperar que, hasta que aprendamos a conocer aquellos procesos muy finos que son realmente específicos, las leyes de la psique normal se harán manifiestas por largo tiempo».

Janet¹⁸ hizo, desde 1908 en adelante, la más explícita y amplia contribución a la psicopatología de la «aprehensión» de la realidad. En los pacientes neuróticos, que él estudia, describe una «perturbación de la aprehensión de realidad, por la percepción y por la acción».

E. Bleuler¹⁹ describió claramente, en 1911, la escisión de la conciencia cognitiva de realidad en la esquizofrenia, término este último que, para él, comprendía prácticamente todas las psicosis funcionales no maniacodepresivas. En su monografía, habla repetidamente de la «doble orientación», «doble registro» o doble contabilidad», y la describe así: «El material de la experiencia es depositado correctamente y el proceso del pensamiento realista lo utiliza adecuadamente; sin embargo, el proceso del pensamiento autístico, lo distorsiona. Pero los dos procesos transcurren paralelamente, sin interferirse mutuamente». «El esquizofrénico registra «doblemente» o, tal vez, si tiene diversas constelaciones independientes de complejos, su registro puede manifestarse tanto en la dirección de la realidad como en la de su delirio». «Las dos formas de pensamiento (realista y autístico) están, a menudo, bastante bien separadas, de modo que el paciente es capaz, a veces, de pensar en forma completamente autística y, otras veces, completamente normal». «El paciente no necesita darse cuenta de la pe-

13 *Des Maladies Mentales*, II tome. J.B. Bailliere, París, 1838.

14 *Des Maladies Mentales*. J.B. Bailliere et Fils. París, 1890.

15 *Traité des Maladies*. V. Masson. París, 1860.

16 *Manual of Psychological Medicine*. J. & A. Churchill. London, 1874.

17 «The Psychology of Dementia Praecox». *Nerv. Ment. Dis. Mon.* Núm. 3, 1936.

18 *Les obsessions et la Psychasténie*. F. Alcan. París, 1908.

19 *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Internat. Univ. Press. New York, 1950.

culiaridad de la desviación de su pensamiento autístico, a partir de su previo tipo realista de pensamiento.

Sin embargo, los pacientes más inteligentes pueden captar la diferencia durante años». «En ningún aspecto se destaca tan notablemente la «doble contabilidad» como en la orientación». Como puede apreciarse, Bleuler describe magistralmente el fenómeno de la coexistencia de dos tipos de juicios de realidad, uno de ellos normal, en la esquizofrenia. Sin embargo, en lugar de centrar en este terreno su concepto de escisión de la personalidad, lo define al nivel asociativo, siguiendo la tradición imperante a comienzos de siglo. Dice: «la escisión es la condición prerrequisito de la mayoría de los complicados fenómenos de la enfermedad. Es la escisión la que da el sello peculiar a toda la sintomatología. Sin embargo, detrás de esta escisión sistemática en ideas-complejos definidos, hemos encontrado una previa laxitud primaria de la estructura asociativa, la cual puede llevar a una fragmentación irregular de elementos tan sólidamente establecidos como las ideas concretas. El término esquizofrenia se requiere a ambas clases de escisión, las cuales, a menudo, se fusionan en sus efectos». La escisión, a nuestro juicio, se plantea en un nivel integrativo superior, en relación con el aspecto cognitivo de la conciencia de realidad, es decir en un plano estructural mucho más general que el de las asociaciones.

Jaspers²⁰ destaca también, aunque en forma menos enfática, la coexistencia del criterio alucinatorio de conciencia cognitiva de realidad, con el criterio normal; dice textualmente: «lo que asombra en estos enfermos (esquizofrénicos) es su excepcional capacidad para, en medio de sus alucinaciones, no perder nunca de vista la realidad y no olvidarse en ningún momento en qué consiste una prueba objetiva».

Por último, quisiéramos mencionar la posición de E. Minkowski²¹, quien señala como fenómeno primario, en la esquizofrenia, la ruptura del contacto vital con la realidad. Aunque su planteamiento destaca primordialmente el transtorno afectivo (lo cual, a nuestro juicio, es secundario a la mutación de la conciencia cognitiva de realidad), es importante señalar que este autor, por primera vez, indica la importancia del contacto con la realidad como un punto de partida para ordenar la sintomatología multiforme de la esquizofrenia

20 *Genio y locura*. Aguilar. Madrid, 1955.

21 *La Esquizofrenia*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1960.

Luis Custodio Muñoz Muñoz (1897-1892)

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS
CÉSAR OJEDA FIGUEROA

Nació en Vichuquén¹ el 17 de octubre de 1897. Hizo sus estudios primarios y secundarios en el Liceo de San Fernando y en el Internado Nacional Barros Arana, de Santiago. Estudió en la Universidad de Chile paralelamente pedagogía en castellano y medicina, siendo también dirigente de la Federación de Estudiantes de Chile entre 1928-29. Se recibió de profesor de castellano en 1928 y de médico-cirujano en 1931.

En el campo asistencial, fue desde 1930 hasta 1960 médico tratante funcionario del Manicomio Nacional, convertido en 1952 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago. Fue el primer Jefe de la Sección Salud Mental, de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud, desde 1960 hasta su jubilación en 1968.

En el campo docente, fue Profesor de Psicología y Pedagogía en el Instituto de Educación Física (1931-1946), Profesor de Psicología General del Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile (1932-1970), Profesor de Psicología General de la Escuela de Servicio Social «Dr. Alejandro del Río» (1936-1944) y Profesor de Psicología General y de Psiquiatría e Higiene Mental de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile (1940-1946).

Fue impulsor de la psicología educacional en el país, mediante una síntesis entre la psiquiatría, la pedagogía y la enseñanza de la psicología normal; así, investigó la influencia de factores individuales y familiares, tanto cognitivos cuanto emocionales, en el desarrollo y rendimiento del escolar, explorando tanto la fatiga escolar y el alcoholismo familiar, así como la asociación de las condiciones económico-sociales en la iniciación sexual femenina precoz extra-

1 En *mapudungun*, la serpiente del mar. Pequeña localidad cercana al mar, de la provincia de Curicó, VII Región del Maule, Chile.

legal. Fue pionero de la higiene mental nacional y de la prevención primaria del alcoholismo en la educación formal, actividades en las cuales impulsó la labor de equipos multidisciplinarios y las actividades intersectoriales entre Salud y Educación. Finalmente, fue uno de los iniciadores de la epidemiología psiquiátrica y de la planificación de la salud mental.

Entre sus varias publicaciones cabe destacar «Antecedentes para el estudio de la higiene mental del escolar chileno» *Bol. Educación Física*, Univ. Chile, 1945; *Problemas urgentes de la asistencia psiquiátrica en Chile* Imp. El Imparcial, Santiago, 1947 (39 pp); «El problema del alcoholismo y sus relaciones con la higiene mental» *Rev. Chil. Neuropsiquiatría*, II, 1:229-235, 1948; «Relaciones entre el standard de vida inferior y la iniciación sexual femenina precoz y extralegal» *Rev. Chil. Neuropsiquiatría*, III, 1: 185-191, 1950; «¿Qué es la psiquiatría social?» *Rev. Chil. Neuropsiquiatría*, IV, 1: 78-83, 1955; «Bases para un Programa de Educación sobre los Problemas del Alcohol» *Rev. Servicio Nacional de Salud*, II, 3: 293-302, 1957; «Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile» *Rev. Servicio Nacional de Salud*, III, 3-4: 277-309, 1958; *Introducción a la Higiene Mental* (SNS, Santiago de Chile, 1962 (69 pp); *Información y actitudes del profesional docente en materias de alcohol y alcoholismo* Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1967 (29 pp). Se incluyen parcialmente dos de ellas.

Falleció en Santiago el 26 de septiembre de 1982.

REFERENCIA:

1. Medina E «El Dr. Luis Custodio Muñoz» *Rev. Psiquiatría* (1991) VIII, 3: 835-839, Chile.

¿Qué es la psiquiatría social?

LUIS CUSTODIO MUÑOZ

Se ha discutido, y se seguirá discutiendo todavía, la necesidad de una nueva disciplina de lo sociológico: la Psiquiatría Social. Porque, ¿no existe ya la Medicina Social, cuyo objeto son «las relaciones recíprocas de la enfermedad y la salud, y las condiciones económico sociales de los grupos humanos? ¿No existe también la Higiene Mental, cuya esencia es, por una parte, el estudio y prevención de las causas que alteran la salud psíquica, y, por otra, el fomento de los factores favorables para una vida espiritual más plena, feliz y creadora? Y, por último, ¿no está también dentro del objeto propio de la Psiquiatría Fundamental el estudio conexo de las enfermedades y de las causas que las generan, a fin de orientar más racionalmente los tratamientos y la readaptación?

Si dirigimos la mirada al panorama de las ciencias sociológicas o sea a aquellas disciplinas que se reparten los hechos y fenómenos de la vida en sociedad, el problema de una nueva ciencia de lo social aparece aún más erizado de escollos y objeciones.

Claro es que si pensamos que los fenómenos sociales sólo debieran servir de objeto a una ciencia única, la Sociología General, cuya finalidad primera sería la de establecer las leyes que rigen el complejo dinamismo de estas formas de la vida, no podría detenerse el derecho a la existencia independiente de ciencias sociales que hoy nadie discute, como la Economía Política, la Ciencia del Derecho, la Demografía, la Etnología, la Antropología, la Historia, etc.

Corresponde a Jorge Simmel el mérito de haber sentado a firme el criterio de que diversas disciplinas científicas pueden, con pleno derecho e independencia, estudiar los mismos fenómenos sociales, siempre que los enfoquen desde un punto de vista nuevo.

¿Cuál sería este original enfoque, esta distinta perspectiva, que nos permita delimitar con luz propia el sector de los hechos sociales que justifiquen una nueva ciencia particular, la Psiquiatría Social?

En una breve comunicación sobre «El Objeto de la Psiquiatría Social» al Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en París en 1950, decíamos: «La psiquiatría puede ser considerada como una ciencia social, desde dos puntos de vista. Primero, en cuanto enfoca los trastornos mentales como problemas sociales, es decir, en su frecuencia estadística, en relación con el grado de invalidez que determinan, etc. En segundo lugar, *la Psiquiatría es social, en cuanto los hechos sociales mismos pueden ser causa directa o indirecta de trastornos psíquicos*». Y agregábamos: «Creemos, sin embargo, que lo que hay de esencial en el objeto de la Psiquiatría Social está expresado en el último criterio, es decir, que nuestra disciplina estudia los fenómenos o problemas sociales que alteran *causalmente* la salud mental de los individuos. Por ejemplo, son causa importante de trastornos, de desadaptación, y de angustia, la desnutrición, la vivienda antihigiénica, el vestido deficiente, el alcoholismo de los padres o de los sostenedores del hogar, el abandono material y educacional de los niños y adolescentes. A estos factores sociales, se los denomina comúnmente *standard de vida de los grupos humanos*, y son, creemos, las causas más importantes del malestar y desconfianza que hoy triunfan en el mundo, del odio de clases, de sentimientos de inferioridad y envidia, y de permanente tensión y angustia».

En pleno acuerdo con esta concepción de la Psiquiatría Social, hemos venido estudiando, a la luz de una extensa encuesta, desde hace más de 10 años, los diversos factores de la vida de miseria, en familias de escolares primarios de Santiago, y la relación de estos fenómenos con el fracaso del aprendizaje y la aparición de temperamentos patológicos y rasgos antisociales del carácter.

En un estudio sobre alimentación de 1.000 escolares de la Comuna de San Miguel, en 1949, estudiamos las correlaciones entre la desnutrición y los fenómenos patológicos indicados. El detalle de los resultados para las principales carencias en la alimentación fue, entonces, el siguiente: hubo dosis de miseria (menos del 50% de la necesidad fisiológica) de calcio en el 49,6% de los escolares; de vitamina A en el 34,8%; de ácido ascórbico en el 38,2%; de riboflavina en el 34,8%; de fósforo en el 18,5%; de proteínas en el 14,2%, de tiamina y de ácido nicotínico en el 13,9%; de fierro en el 13,6% y de calorías en el 7,4%.

Fue posible establecer las siguientes relaciones: 1) La desnutrición en vitamina A, tiamina, riboflavina, niacina y ácido ascórbico mostró en notable au-

mento en el fracaso escolar. Este fenómeno fue menos intenso en el caso de las deficiencias de proteína, calcio y fósforo. En cambio, la miseria en calorías no afectó en forma clara el fracaso del aprendizaje. 2) Los escolares con deficiencia en tiamina, riboflavina, niacina y ácido ascórbico eran, en notables proporciones, coléricos, con escasa tendencia a jugar, o tímidos y llorones. 3) Por último, en relación con algunos rasgos antisociales de carácter, se pudo comprobar un visible aumento del número de niños poco cooperadores en la escuela, mentirosos, ladrones, y desleales y acusetes, cuando había miseria de calcio, fósforo, fierro, vitamina A y riboflavina.

Otro problema fundamental del *standard de vida de miseria*, lo constituye en nuestro país la pavorosa realidad de la vivienda. Con el propósito de estudiar las condiciones del problema en las familias obreras, elaboramos una encuesta, que fue aplicada en 1943 en 800 familias de escolares primarios y 300 de estudiantes secundarios. Revisada y calibrada varias veces, sirvió por fin de base a dos investigaciones más rigurosas: una sobre 1.100 familias de la Escuela Superior de Hombres Núm. 31, de Quinta Normal, en 1950, y la otra sobre 1.000 de la Escuela Núm. 19, del barrio Independencia, en 1951. Vamos a referirnos a los hechos más importantes de estos dos últimos trabajos, cuyas colaboradoras fueron distinguidas enfermeras sanitarias de nuestros cursos de Higiene Mental.

En las 1.100 familias de Quinta Normal hubo un 25% cuya vivienda estaba constituida por una sola pieza; y en el grupo de 1.000 del barrio Independencia. El 16% estaba también reducido a tan mísero tipo de alojamiento. En las primeras, el 47,09% sólo disponía de un dormitorio común, y el 33,4% en las segundas.

Se buscó, en seguida, las relaciones de la vivienda con el rendimiento pedagógico, el temperamento y algunos rasgos del carácter moral: 1) En primer lugar, se comprobó que el fracaso del aprendizaje fue más alto en los escolares que procedían de viviendas inferiores —conventillo, mejora y rancho— y, en general, en los casos de promiscuidad de pieza y dormitorio. Los resultados fueron significativos para las deficiencias de ventilación, iluminación y alumbrado.) En segundo lugar, el tipo de vivienda inferior (pieza en casa particular, conventillo, cité, mejora o rancho) del grupo de escolares de Quinta Normal estaba en relación con un aumento de temperamentos exagerados y de rasgos antisociales del carácter. En el barrio Independencia, los niños cuya familia arrendaba una pieza en casa particular, y los que vivían en cité, conventillo o mejora, presentaron en mayor proporción temperamento apático y sin tendencia a jugar.

3) Y, por último, en cuanto al carácter social, los alumnos que tenían viviendas más deficientes, o sea, los cuatro tipos ya citados, mostraron las más altas cifras de casos que no colaboraban en la escuela, y de mentirosos y ladrones.

Otros trabajos dirigidos por nosotros han estudiado el vestido de los escolares y mostrado también correlaciones entre sus deficiencias y el fracaso del aprendizaje y la aparición de temperamentos patológicos y de rasgos antisociales de carácter.

Vamos a referirnos, ahora, a otro fenómeno social que altera profundamente los sentimientos, la personalidad y los valores de la vida: la prostitución.

En 1953 y 1954 hemos estudiado 720 prostitutas, y ha sido posible verificar la importancia decisiva que en la génesis de este fenómeno tienen las causas económico-sociales. Así, en el último grupo de 200 mujeres, correspondiente al presente año, estos factores, actuando en forma aislada o en combinación, aparecieron en la elevada proporción del 65,5% de los casos. En segundo lugar, se destacó la importancia de la trata de blancas, en el 45,5%. Fueron también condiciones importantes el alcoholismo de los jefes de hogar, la desorganización de la familia, etc.

Por último, consideremos el problema del alcoholismo, hecho social de alta gravedad en nuestro país, y sus consecuencias sobre la salud psíquica. En 1950 estudiamos el alcoholismo familiar de 950 familias de escolares en El Salto, y en 1952 el mismo fenómeno en 1.000 familias de la Escuela Núm. 51. En ambos trabajos, el alcoholismo de los sostenes del hogar mostró un notable aumento del fracaso de los escolares.

Los factores sociales, en cuanto de causas de trastorno psíquico, han sido puestos en un plano de relevante importancia, aun por psicólogos que consideran como lo más importante la vida instintiva y los factores hereditarios de la evolución de la personalidad. Así, por ejemplo, los psicoanalistas freudianos, frente al dinamismo fundamental de la libido, señalan como causa importante de neurosis las represiones del medio social que en última instancia no son sino el respeto a las normas de la moral, de la costumbre y de sus correspondientes tabúes.

Los antropólogos contemporáneos. Al enfocar las culturas primitivas, han abierto también un importante campo de investigaciones sociales, cuyos resultados fortalecen en gran medida el juicio sobre el papel decisivo que estos factores ejercen sobre la conducta anormal de los individuos. Gran significación parecen tener, en este sentido, los estudios sobre los regímenes familiares de

matriarcado y de poliandria y, muy en especial, las investigaciones de Margaret Mead y Malinowski en diversas tribus de la Oceanía.

En resumen, creemos que la Psiquiatría Social posee un objeto claramente definido: el estudio de los hechos sociales que son, por sí mismos, causa de trastorno, angustia y desadaptación. Nos hemos referido principalmente a los factores del standard de vida, porque en ellos se han centrado nuestros estudios. La suprema responsabilidad del psiquiatra social es ensanchar el campo y abarcar todos aquellos problemas que, como las crisis económicas, las revoluciones, la guerra, los odios de razas o de pueblos, están impidiendo el perfeccionamiento, la convivencia y la alegría del hombre.

Introducción a la higiene mental¹

LUIS CUSTODIO MUÑOZ

PALABRAS PRELIMINARES

El Servicio Nacional de Salud, leal a su política de propiciar soluciones a los problemas de salud mental de la población —los más urgentes en esta hora del mundo-, ha obtenido, en reciente acuerdo con las autoridades del Ministerio de Educación y de UNICEF, que en el plan de estudios de las Escuelas Normales se considere la asignatura de Higiene Mental.

El presente curso servirá de guía a los futuros profesores primarios en el fundamental propósito de reconocer los lineamientos de la salud mental, los principales factores que pueden alterarla y el modo de educar a niños y padres —en cuanto a su prevención-, y las medidas para fomentar el equilibrio emocional y una vida social más plena.

EL OBJETO DE LA HIGIENE MENTAL

De vez en cuando, surgen voces que niegan a la Higiene Mental su legitimidad de ciencia autónoma. Será útil, por esto, delimitar previamente su objeto, a la luz de un sobrio examen comparativo de las disciplinas psíquicas.

Numerosas ciencias teóricas y prácticas se reparten el vasto campo de los objetos mentales. En primer lugar, están las importantes disciplinas de la psicología, que consideran al hombre en sus etapas evolutivas, en los distintos pueblos y en sus aspectos normales y patológicos.

¹ Se trata de consideraciones introductorias al texto del mismo nombre. Este texto a continuación contiene 2 capítulos, el primero sobre causas de trastorno mental (hereditarias y ambientales) y el segundo sobre problemas de higiene mental del desarrollo (en sus períodos prenatal y natal, lactancia, parvulario, escolar y adolescente).

¿Cómo es posible esta pluralidad de ciencias psicológicas teóricas del hombre? Como ya lo estableciera Simmel, debemos aceptar que lo que separa una disciplina científica de otra semejante no es tanto su comunidad de objeto, cuanto el distinto punto de vista desde el cual se enfocan los hechos considerados. Así, frente a la psicología general, que es principalmente una teoría conceptual de los fenómenos psíquicos en cuanto trata de captar los aspectos generales de todo proceso mental, ocurra éste en el niño, el adolescente o el adulto, en el primitivo o el anormal, procurando determinar las ideas y definiciones que integran la nomenclatura de lo psíquico, han surgido las numerosas ciencias psicológicas especiales, que sólo recortan dentro del conjunto objetivo de lo mental un grupo particular o un aspecto especial de los hechos u objetos.

Esta vez nos interesa, por encima de todo, referirnos a las ciencias que estudian las conductas patológicas. Desgraciadamente, en el campo de la patología mental, la delimitación precisa de las disciplinas no ha sido establecida aún con perfecta claridad. Surgen discusiones sobre sus objetos, en que es menos fácil el acuerdo, por el hecho de que ya no se trata de ciencias puras, sino que el propósito se orienta principalmente a resolver los problemas prácticos de la clínica o a estudiar los factores que favorecen una perfecta salud psíquica. El criterio definitorio se complica, pues, con las distinciones entre ciencia teórica y ciencia práctica.

En el terreno de la patología mental, según Jaspers, sólo una ciencia podría ser considerada como pura o teórica: la psicopatología general. La psiquiatría, en cambio, sólo sería para el ilustre investigador alemán una disciplina práctica, en la cual se trata siempre de seres individuales que es necesario cuidar y curar, o cuyo perfil personal será necesario establecer en el campo del delito, y, en ciertos casos, en el seno mismo del devenir histórico. Mientras el trabajo entero de la psiquiatría se refiere al caso individual y concreto, la psicopatología queda en el dominio de los conceptos generales. El objeto de la psicopatología está constituido por el acontecer psíquico realmente consciente. Ella quiere saber qué y cómo experimentar con los seres humanos; conocer la dimensión de las realidades anímicas, y no sólo el vivenciar (*erleben*) de los hombres, sino también las condiciones de las que depende, las relaciones en que está y las maneras como se expresa objetivamente. La psicopatología es una teoría de lo patológico.

Vamos a referirnos ahora a las principales disciplinas médicas, y, por lo tanto, principalmente prácticas, que hacen de la salud mental el objeto específico de sus investigaciones.

¿Cuáles son estas ramas limítrofes y en cierto modo rivales de la higiene mental?

Desde luego, debemos considerar como ciencia básica a la psiquiatría que, de acuerdo con la concepción kraepeliniana, es la doctrina de las enfermedades psíquicas y su tratamiento. Como hace notar Tramer, su objeto debe extenderse hasta comprender todas las formas de alteración mental.

En la época contemporánea, al lado de la psiquiatría, ha surgido la higiene mental, nueva y apasionante disciplina cuyo concepto estaba latente en las principales escuelas de la ciencia psiquiátrica, pues a sus representantes no podía escapar la evidente necesidad de poner en claro las causas que generan o condicionan los trastornos psíquicos y de establecer una rigurosa profilaxis. Su precursor, sin embargo, fue un hombre ajeno a la medicina, el norteamericano Clifford Beers, iluminado apóstol, que viviera como enfermo el trágico dolor de los asilos a comienzos del siglo XX y quien, a su egreso, se propuso mejorar la triste situación de los alienados, interesando a las generaciones del mundo contemporáneo en el estudio de las causas que invalidan psíquicamente al hombre.

¿Dónde reside la esencia de la higiene mental? ¿Cuál es su objeto específico?

Según el consenso más general, el objeto de esta disciplina está constituido, en primer lugar, por las causas de la anormalidad psíquica y los métodos más eficaces de su prevención. Oigamos a Lemkau: «Poco a poco se va afirmando la opinión de que los trastornos mentales tienen sus causas, las cuales pueden ser prevenidas; y aun cuando la enfermedad esté ya en marcha, es posible todavía normalizar la conducta anómala». «El propósito de la higiene mental, agrega, es asegurar que las experiencias se integren satisfactoriamente, a medida que se van produciendo, para que la estructura de la personalidad pueda alzarse fuerte a través de las tensiones de la vida, asimilando estas experiencias con buen éxito.

En suma, hay en la higiene mental, así concebida, dos aspectos: uno esencialmente teórico, que investiga los factores que alteran la salud psíquica y otro, principalmente práctico, que tiende a aplicar las normas más eficaces, para defender la integridad de los mecanismos mentales y adaptar satisfactoriamente al individuo a su medio.

A pesar de las consideraciones expuestas, debemos reconocer que la delimitación del objeto de la higiene mental es un problema de honda dificultad. Desde luego, parece invadir el campo de la psiquiatría, ciencia que reivindica, como parte de su objeto, no sólo las causas que alteran la vida psíquica, sino también las normas de su profilaxis, arguyendo que una rama de la medicina que abandone la búsqueda de los factores etiológicos y no tenga en cuenta la profilaxis, estrechará peligrosamente el ámbito de su estudio y esterilizará sus posibilidades de curar, renunciando al pleno cumplimiento de su misión específica.

Desde otro sector de la medicina, ha surgido una nueva disciplina, que tiende a convertirse en poderosa competidora de la higiene mental; ella es la medicina social, hoy en plena labor de construcción.

La medicina social ha sido definida, por el Colegio Médico de Chile, como la disciplina que se ocupa de las relaciones recíprocas entre la enfermedad y la salud, y las condiciones económico-sociales de los grupos humanos. El pensamiento significativo de esta disciplina sería, pues, el estudio de las relaciones, principalmente las de orden causal, que es posible establecer entre el individuo sano o enfermo y las condiciones sociales del medio cultural en que vive.

Hay, indudablemente, una clara afinidad entre el objeto de la medicina social y el de la higiene mental. En efecto, también esta última disciplina es inseparable de las condiciones sociales en que se desarrolla, vive y actúa cada individuo, dado que, como ya lo reconociera Aristóteles, el hombre es «un animal gregario» (*Zoon politikon*) cuya personalidad y conducta general sólo pueden ser comprendidas, si se las enfoca con un criterio propiamente social.

Pero no sólo las causas sociales interesan a la higiene mental, ya que, como sabemos, los trastornos psíquicos pueden estar condicionados también por variadas y complejas causas orgánicas, como los defectos físicos que dependen de una herencia patológica o de secuelas de otras enfermedades infecciosas, o bien causas de naturaleza mental como la epilepsia, la oligofrenia o la neurosis, etc., afecciones en las cuales, como es obvio en las dos primeras, no aparece el factor social, y si así ocurre, como en muchas neurosis, puede no ser el principal.

Otra disciplina médica a la cual se considera muchas veces como una ciencia autónoma es la medicina preventiva. El Colegio Médico de Chile la ha definido como «la rama de la medicina que, actuando sobre el individuo, procura evitar las enfermedades o sus secuelas y precaver o retardar el efecto de enfermedades inevitables o incurables».

Si consideramos esta definición, podríamos concluir que la higiene mental no sería otra cosa que una medicina preventiva de las enfermedades psíquicas. Pero, como hemos dicho, al lado de las meras normas de prevención, la higiene mental se preocupa de investigar las causas que habrán de ser prevenidas, aspecto que la convierte en una ciencia teórica. Además, sus métodos preventivos, y sus relaciones con la medicina curativa y con las organizaciones de salud pública, son específicas y justifican su conversión en una disciplina independiente. Por último, la higiene mental se preocupa también de establecer medidas y técnicas para el fomento de la salud psíquica, y aún, completa su objeto el tratamiento precoz de los trastornos, en cuanto previene estructuras patológicas más complicadas y crónicas.

La higiene mental parece, todavía, confundir su objeto con el de la psiquiatría social, disciplina que ha nacido en nuestros días y sobre cuya definición no existe pleno acuerdo.

En Enero de 1955, se publicó en la «Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría» una ponencia sobre el mismo tema, «¿Qué es la Psiquiatría Social?», presentada por nosotros a las Jornadas Neuro-Psiquiátricas, celebradas en Santiago. Entonces decíamos: «Se ha discutido y se seguirá discutiendo todavía la legitimidad de una nueva disciplina de lo sociológico: la psiquiatría social. Porque, ¿no existe ya la medicina social, cuyo objeto son «las relaciones recíprocas de la enfermedad y la salud y las condiciones económico-sociales de los grupos humanos? ¿No existe también la higiene mental, cuya esencia es, por una parte, el estudio y prevención de las causas que alteran la salud psíquica y, por otra, el fomento de los factores favorables para una vida espiritual más plena, feliz y creadora? Y, por último, ¿no está también dentro del objeto propio de la psiquiatría fundamental, el estudio conexo de las enfermedades, de las causas que las generan, a fin de orientar racionalmente los tratamientos y la readaptación?»

A la luz de lo expuesto, se aclara, creemos, la distinción fundamental entre la psiquiatría social y la higiene mental, y, asimismo, entre aquélla y la medicina social. La psiquiatría social sería, pues, una ciencia sociológica y de investigación pura; en cambio, la higiene mental y la medicina social son ciencias médicas en que predominan los puntos de vista clínicos y prácticos, aún cuando, como hemos dicho, la higiene mental, ciencia de las causas de los trastornos psíquicos y de su prevención, tenga también aspectos teóricos de alto interés

que se refieren a la investigación de los factores etiológicos, no sólo de naturaleza social sino también biológica o psicológica.

En resumen, es difícil delimitar con precisión el objeto de la higiene mental. Fácil es invadir ciencias afines o conexas como la psiquiatría fundamental, la psiquiatría social, la psicopatología o la medicina social, y aún aspectos especiales de la medicina, como la llamada medicina preventiva. Hoy por hoy, sin embargo, la higiene mental constituye una disciplina ampliamente difundida, que orienta los esfuerzos del investigador por estudiar los complejos factores de un mundo en crisis; que crean al niño, al adolescente y al hombre las más variadas situaciones de tensión y angustia, cuando no de franca desadaptación o aniquilamiento.

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA HIGIENE MENTAL

Hemos afirmado que la higiene mental es una mezcla de ciencia teórica y de ciencia aplicada. En cuanto teórica, investiga los factores causales que condicionan los trastornos psíquicos. Esta labor de búsqueda supone procedimientos científicos, de los cuales el más fecundo es, sin duda, el método epidemiológico, orientado a establecer la gravedad y difusión de las causas dentro de los grupos humanos.

Pero la higiene mental es también una ciencia aplicada; en tal caso, sus fundamentos teóricos, además de provenir de los resultados del estudio de las causas del trastorno psíquico, proceden también de las ciencias biológicas, de la sociología, la economía, la antropología y otras ciencias sociales, de la psicología y diversas ciencias de la cultura. Todo este vasto conjunto de disciplinas científicas contribuye, en parte muy importante, a comprender los íntimos resortes de la personalidad humana y la génesis de las múltiples causas que pueden alterar los modos normales de su acción.

La higiene mental, en cuanto ciencia aplicada, y muy especialmente en sus aspectos de fomento de la salud mental, pasa a convertirse en un arte, y sus cultores, en modo semejante al artista dramático, deben poseer la plasticidad de imaginación que les permita penetrar y vivir las pasiones, los sufrimientos y los hondos motivos que mueven la existencia de los hombres, y, muy especialmente, las necesidades fundamentales de su conservación y adaptación. Sabiduría profundamente humana, la higiene mental lucha por prevenir los retrasos psíquicos, las formas múltiples de las psicosis, los variados cuadros de las neuro-

sis y todos los complejos patológicos que ponen en peligro la salud psíquica, trayendo invalidez, desadaptación y angustia en medio de un mundo cultural complejo y en permanente transformación.

La persona humana. Es importante tener presente en todo momento — para evitar los peligros del simplismo y de la afirmación dogmática—, que el hombre integral o sea la persona, es un conjunto armónico e inseparable de tres complejos grupos de funciones: orgánicas, psíquicas y sociales. Desde cada uno de estos campos, surgen fuerzas y hechos que influyen el funcionamiento vital, tanto en sus aspectos normales como patológicos.

Hasta ahora, la medicina ha concedido abrumadora importancia a las enfermedades orgánicas y apenas se ha preocupado de los trastornos mentales y sociales del individuo. Felizmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1949, ha aconsejado e impuesto en los países que la integran, la introducción de la Salud Mental en los Servicios de Salud Pública, en su triple gama de problemas: prevención y curación de los trastornos y fomento de la salud psíquica.

La Dirección del Servicio Nacional de Salud ha hecho ver la necesidad de crear en todo hospital regional, junto a los cuatro servicios fundamentales — Medicina, Cirugía, Obstetricia y Pediatría—, un quinto destinado a la salud mental y acordado un plan progresivo de construcciones y programas de atención psiquiátrica en las zonas de salud.

¿Qué es la salud mental? De acuerdo con el concepto de persona, entendemos por salud mental la normal integración de las funciones biológicas, psíquicas y sociales del individuo en torno a los propósitos culturales de conservar la herencia de los siglos y de crear nuevas verdades y valores. O, para decirlo con palabras de la OMS: «La salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros hombres, y participar en los cambios de su ambiente natural y cultural; además, significa la satisfacción armoniosa y equilibrada de las necesidades instintivas y su integrada síntesis en el todo de la personalidad».

Cuando el individuo —en cualquiera época de su vida—, no logra satisfacer sus necesidades o intereses, sobreviene, tras la frustración, invalidez parcial o total y, en definitiva, angustia y desadaptación.

Bien conocida es la frase de Bleuler: «se podría manejar el mundo, sin brazos y sin piernas, siempre que se tenga un cerebro poderoso». La historia reciente nos proporciona un bello ejemplo de esa verdad. Franklin

D. Roosevelt, con sus piernas paráliticas por la poliomielitis, y a quien era preciso transportar en peso como a un niño, manejó sin embargo, porque tenía un cerebro poderoso, los destinos del mundo en el momento más crítico de su historia.

CUBA

José Ángel Bustamante O'Leary (1911-1987)

SILVIA BUSTAMANTE

Nace en ciudad de La Habana el 8 de enero de 1911, donde transcurre todo su desarrollo escolar. Durante su carrera universitaria en la Facultad de Medicina de La Habana fue dirigente estudiantil del Comité Estudiantil Universitario y participó activamente en la lucha por la Reforma Universitaria por lo que fue enviado a prisión.

Posteriormente al normalizarse la situación universitaria fue elegido presidente de la Federación Estudiantil Universitaria. En 1937 fue designado para asistir en México, al congreso de estudiantes socialistas en representación del CEU.

Es alumno interno de psiquiatría por concurso en el Hospital Calixto García. Se graduó en doctor en Medicina en 1938. A partir de esta fecha tiene una intensa actividad científica y asistencial ocupando cargos de dirección.

Participó activamente en las luchas médicas dentro de la Federación Médica de Cuba, los graduados del curso 1937 y 1938 conjuntamente con el ala izquierda médica forman el partido médico llamado Acción Inmediata.

En 1940 se casó con la Dra. María Luisa Rodríguez Columbié, doctora en filosofía y letras. De este matrimonio tiene dos hijos.

Desde 1939-1941 es nombrado por concurso como médico interno de la Sala de Psiquiatría del Hospital Calixto García.

En 1941-1945 nombrado por concurso médico adscrito al Servicio de la Cátedra de Neurología y Psiquiatría del Hospital Universitario Calixto García. Publica su primer libro *Manual de psicología y psiquiatría* en 1942 que es el primer libro de psiquiatría publicado en Cuba y estuvo como libro de texto en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana del 1943 al 1948.



José Ángel
Bustamante

Lo nombran jefe de servicio del Hospital Psiquiátrico de Mazorra en 1945. En 1945 por encargo del Colegio Médico Nacional visita a todos los países de América Latina para convocar un congreso en La Habana en 1946 para la creación de la Confederación Médica Panamericana.

En 1946 se realiza en La Habana el I Congreso Médico Social Panamericano en el que se crea la Confederación Médica Panamericana. Fue secretario general de esta organización y director de su revista. Siendo elegido presidente en 1948. su formación en psicoterapia fue importante en 1945 participa en los seminarios de psicoterapia con el Dr. Franz Alexander en Chicago y con el Dr. Sandor Rado en el Instituto Psiquiátrico de Nueva York.

Ocupó la plaza docente de instructor de la cátedra en Psiquiatría 1945-1960. En 1948 recibe entrenamiento en Psicoterapia por el Dr. Spartaco Scarizza durante cuatro años. En 1949 Seminario de Psicoterapia con el Dr. Leo Bertemier durante tres años.

En el año 1949 publica dos libros *Las enfermedades mentales en Cuba* y *El Psicodiagnóstico Miokinético de Mira*.

En 1950 se realiza el primer Congreso Mundial de Psiquiatría. Donde asiste con un grupo de colegas latinoamericanos. En este momento se produce un doble fenómeno, por una parte la psiquiatría europea y norteamericana en su primer congreso mundial hacen un recuento de todos sus desarrollos y logros, reuniendo en esta ocasión a Cerletti, Ana Freud, Alexander Bunkle y otros, y por otra parte, hace ver a los psiquiatras latinoamericanos ahí presentes las diferencias entre sus problemas y los allí tratados. Debido a eso surgió el empeño de realizar una reunión latinoamericana que se realiza en 1951 en Jalapa donde se decide realizar una investigación transcultural .

El grupo GLADET se desarrolló bajo su coordinación con sede en La Habana. Realizándose un estudio «La reacción de la familia frente al niño enfermo» propuesto por el Dr. Carlos A. Seguí de Perú.

Ya desde el congreso de Jalapa se realizaron esfuerzos para la creación de una asociación de psiquiatras latinoamericanos pero no fue hasta 10 años después que se pudo crear la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría (APAL), el 10 de septiembre de 1960 en La Habana, y se encomienda a Mata Gregorio la organización de su primer Congreso en Caracas.

Todo este esfuerzo de unir a los psiquiatras latinoamericanos responde a las ideas de Martí y Bolívar de la unificación de la América Latina en todos sus

aspectos. Denominada esta organización: Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales.

Trabaja como psiquiatra de 1960 a 1962 en el Departamento de Higiene Mental. Jefe del Servicio de Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Calixto García 1950-1960.

En 1951 es elegido Presidente del Colegio Médico Nacional. Y en 1956 electo Presidente de la Asociación Médica Mundial.

Durante la dictadura de Batista participa activamente en la lucha Clandestina. Publica el libro *Raíces Psicológicas del Cubano* 1959-1960 y *La escuela cultural de psicoanálisis* en 1960. En la década de los 60 realizó su trabajo investigativo sobre cómo los factores culturales influían en los trastornos psiquiátricos.

En 1961-1982 es nombrado director del Instituto de Neurofisiología y Psicología de la Academia de Ciencias. Jefe del Departamento de Psicología Médica de la facultad de Medicina 1962-1967. Desde 1964 comienza la formación de Post grado de los Residentes de Psiquiatría. En 1967 es nombrado profesor titular de psiquiatría en la Facultad de Medicina. Miembro del núcleo central del Partido Comunista de la Academia de Ciencias desde 1969.

De sus libros más utilizados y que han tenido más ediciones se encuentra *Psicología Médica* I, II y III tomos editados en 1968, 1969 y 1970, respectivamente.

En la década de los 70 aunque su principal actividad se realizaba como director del Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro y vicepresidente de la Academia de Ciencias de Cuba (1976-1982) Publica varios libros sobre clínica y terapéutica psiquiátrica entre ellos tenemos: El libro *Psiquiatría* tomo I en 1972 como este libro llena un espacio en la formación de los residentes especialistas. Al años siguiente publica el libro *Temas de psiquiatría* donde reúne muchos de los temas abordados por él en diferentes eventos y conferencias. *Manual de Psiquiatría* en 1973 dirigido a pregrado y a los técnicos y enfermeros que trabajan en los Servicios de Psiquiatría. *Psiquiatría transcultural* en 1975 conjuntamente con el antropólogo Dr. Antonio Santa Cruz.



El Dr. Bustamante y el Che.

Fue autor de 103 artículos científicos en su mayoría publicados en revistas nacionales e internacionales.

Fundador de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Miembro de Honor de la American Psychiatric Association de Estados Unidos, 1967. Fue miembro de sociedades científicas en Perú, Ecuador, Venezuela, México, Colombia, Argentina, Estados Unidos, Inglaterra, Francia, África. Donde fue invitado a impartir cursos y conferencias. También fue invitado a dar conferencias en la Universidad de Madrid, Barcelona, La Sorbona de París, Universidad de San Marcos Lima Perú, Cátedra del Dr. Matte Blanco Santiago de Chile, Cátedra del Dr. Fortunato Ramírez Montevideo, Uruguay y una Cátedra en la Facultad de Medicina de la Universidad de México.

Presidente de la APAL en 1975. Organizó el Congreso de la APAL en La Habana 1977. Miembro del Comité de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Desde 1961 director del Centro para el Estudio de las Neurosis.

Doctor honoris causa de la Academia de Ciencias de la URSS. En 1981 Asesor de Psiquiatría de la OMS.

En 1987 se celebró el IV Congreso Nacional de Psiquiatría. Donde se realiza un homenaje por toda su labor a lo largo de su vida. Al finalizar este evento, en plenas facultades, fallece a la edad de 76 años el día 14 de septiembre de 1987.

Psiquiatría transcultural: su concepto y factores que intervienen en su desarrollo

JOSÉ ÁNGEL BUSTAMANTE O'LEARY

CONCEPTO DE LA PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL

El marcado proceso de la Psiquiatría social, por una parte, y de la Antropología cultural, por otra, han favorecido el nacimiento y desarrollo de la *Psiquiatría transcultural*.

Las migraciones, propiciadas por el desarrollo de los medios de comunicación, han de exigir de los diferentes grupos humanos un esfuerzo de adaptación a otros medios culturales muy distintos a aquellos que nacieron.

El propio devenir histórico ha planteado problemas unas veces en el marco de la colonización y otras en el de las migraciones determinadas por el desarrollo desigual en el campo de la economía, todo esto ha unido grupos diversos en un mismo medio o, por el contrario, ha determinado diferentes niveles de desarrollo en variadas regiones, las cuales, por tal razón, ofrecen muestrarios culturales de muy disímiles estructuras y complejidades.

Si útil ha sido en múltiples aspectos y campos del conocimiento humano el desarrollo de la Psiquiatría social y Antropología cultural, se comenzará a recibir su acción favorable en el terreno específico de las alteraciones mentales.

Debemos, por ello, afirmar que si bien falta mucho para alcanzar a su metodología y sobre todo a sus instrumentos de investigación, no podemos desconocer la serie de aportaciones que en el terreno de las observaciones clínicas, la epidemiología y las modalidades nosológicas, nos brindan ya la Psiquiatría social y la *Psiquiatría transcultural*.

Consideramos como Ruesch (1961) y Wittkower (1965) que la *Psiquiatría transcultural* es una rama de la psiquiatría social, con sus específicas tareas

y metodología peculiar, que investiga, fundamentalmente, los efectos que la transculturación produce en el marco de las alteraciones mentales.

Es esta tarea doblemente difícil, pues a lo complejo del estudio de dicha transculturación, cuando se opera en comunidades desarrolladas, se añade la propia nosología psiquiátrica, aún en proceso de revisión en muchos aspectos.

La carencia de instrumentos de investigación adecuados a la compleja estructura social de comunidades muy desarrolladas ha enlentecido el prometedor aporte de la *Psiquiatría transcultural*, todo esto nos habla de la necesidad de esforzarnos para lograr el desarrollo de nuestra metodología y de los instrumentos de investigación para alcanzar niveles que correspondan a nuestras aspiraciones. En tal sentido, queremos dejar constancia de que el grupo de la *McGill University* (de Montreal, Canadá) ha representado y representa los últimos tiempos el más consecuente y organizado empeño hacia tal logro.

La palabra sajona *acculturation* fue usada por Powell (1889), para más tarde quedar opacada por Boas, al usar el término *diseminación* y posteriormente, en nuestro siglo, por el de *difusión*.

En relación con la denominación «transculturación», es el término que ha venido a incorporarse al uso común recientemente.

El investigador cubano, don Fernando Ortiz (1940), utilizó por primera vez la palabra transculturación y en relación con la misma nos dice: «Soy de la opinión que la palabra transculturación expresa mejor las diferentes fases del proceso de transición de una cultura a otra, a causa de que ésta no consiste meramente en la adquisición de otra cultura, que es lo que implica la palabra inglesa *acculturation*, sino que en este proceso comprende también necesariamente la pérdida o el arrancar de raíz una previa cultura, la cual sería definida como deculturación. Además de esto, lleva consigo la idea de la creación consiguiente de los nuevos fenómenos culturales, lo cual será llamado neoculturación».

M. Herkovits (1951) en su libro *El hombre y sus obras: la ciencia de la Antropología cultural*, nos dice que «de no estar tan firmemente fijada la palabra *acculturation* en la literatura antropológica, se podría usar transculturación, creada por el doctor cubano Fernando Ortiz».

Durante cierto tiempo la palabra propuesta por Fernando Ortiz fue usada en los medios de habla española como traducción de la inglesa *acculturation*, imperante en los medios antropológicos, pero en los últimos años fue incorporada de manera insensible al inglés y así vemos que tanto el uso de transculturación como de transcultural se extiende, y es así como paulatinamente se van usando

en nombres de instituciones, revistas y eventos científicos, tales como «Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales», «Transcultural Psychiatric Research Review and Newsletter» (publicación de la Universidad McGill, de Montreal, Canadá) y que se denominase «Transcultural Psychiatry» al simposio que celebrara en 1965 la Fundación Ciba.

Fue precisamente en dicho evento, celebrado por la Casa Ciba, que Wittkower (1965), en su trabajo «Recientes desarrollos de la Psiquiatría transcultural» propone que se use el término «Transcultural Psychiatry» cuando la observación del investigador científico se realiza en un medio en que incida varias culturas y el de «Cross-cultural» cuando esta observación se extienda de una unidad cultural a otra sin dejar de considerar que ambos son aspectos de la más amplia disciplina de la Psiquiatría cultural, rama de la Psiquiatría social, la cual está en relación con los aspectos culturales de la etiología, frecuencia y naturaleza de la alteración mental, así como el cuidado de los enfermos mentales en los límites de una unidad cultural dada.

Para Fernando Ortiz pues, lo transcultural está formado por el doble proceso de deculturación y neoculturación en el tránsito de una cultura a otra, como resultado del choque o interacción en un mismo medio de dos o más grupos culturales.

Para Wittkower, más bien sería la extensión de la observación del investigador científico de una unidad cultural a otra, quedando los otros aspectos en el marco del «Cross-cultural».

De todos modos creemos que la diferenciación establecida por Wittkower, al introducir el concepto de Cross-cultural (que por otra parte recoge la denominación que en la práctica han establecido los autores) es correcta y obedece a una división que surge de la dos variantes de la investigación.

Solo hacemos énfasis en que para nosotros tanto una como otra forma quedan en el marco *Psiquiatría transcultural*, término que debe abarcar todo el amplio campo de las investigaciones culturales pero creemos oportuno señalar que debemos realizar el ajuste necesario al uso de dicho concepto.

En otras palabras pedimos en relación con lo transcultural, lo que en 1935 se hizo con el término *acculturation*, esto es que se debe fijar adecuadamente la definición de transcultural, que en nuestra opinión se va extendiendo a las más variadas zonas, y esta matizada de modo variable, con lo cual puede llegar a perder fijeza y establecer confusión.

El desarrollo de los estudios transculturales y de modo especial, de la Psiquiatría transcultural es un problema de nuestros días que se va extendiendo de modo manifiesto de continente a continente, siendo América, Asia y África, donde ha alcanzado mayor difusión; en Europa y Australia, su avance ha sido muy reducido.

Podemos, no obstante, hacer una síntesis que tomando los variados aspectos que acabamos de consignar, nos ofrece dos grandes direcciones... el estudio epidemiológico, por una parte, y el clínico antropológico por otra.

Tanto uno como otro utilizan los métodos e instrumentos que en el momento actual posee la disciplina, creados por los investigadores sobre la marcha y aun en permanente revisión.

En este sentido vemos como el grupo de la Universidad de McGill orienta sus investigaciones de modo fundamental, incluido en la primera modalidad y de igual manera, investigadores latinoamericanos, africanos y asiáticos lo hacen en la segunda modalidad.

LA PSIQUIATRÍA

La Psiquiatría es la rama de la medicina que estudia las enfermedades mentales. Es la rama médica que más tardíamente logró su desarrollo. Esto se debía a las características especiales de su objeto de estudio, las enfermedades mentales, ya que las mismas, durante siglos fueron consideradas expresión de la actividad de los demonios, más tarde de los espíritus para finalmente, alcanzar su jerarquía médica tras larga discusión sobre el factor de lesión orgánica concomitante en la gran mayoría de ellas.

En todo un primer periodo, las enfermedades mentales son consideradas como obra de espíritus y demonios, como acabamos de señalar, alcanzando su máxima expresión con los monjes Spranger y Kraemer dominicos encargados por Bula de Inocencio VIII de realizar las tareas necesarias para *Malleus maleficarum* en el que desarrollaron todos los aspectos que servían para identificar a las brujas, así como los medios para castigarlas.

Juan Luis Vives, nacido en Valencia, España (1492), en su libro *Anima et Vita*, refuta el contenido del *Malleus maleficarum* y, valientemente ataca el criterio imperante sobre las brujas, a las que califica de infelices enfermas.

Johan Weyer (1515-1588) en su obra *De prestigiis daemonium*, ataca la demonología y defiende el criterio de que muchas de las manifestaciones ofrecidas

por las llamadas brujas no son otra cosa que expresión de la fantasía propia de la enfermedad. A ello añade su actividad médica al atender a una joven histérica que ofrece un cuadro similar a lo que llamamos ahora «anorexia nerviosa», a la que la Inquisición trataba de enjuiciar como bruja. Tras alcanzar el apoyo del duque William, logró curarla, actuando así como un pionero de la futura Psiquiatría.

Ph. Pinel (1745-1826) constituye otro hito en el desarrollo de la Psiquiatría. Como producto de la Revolución Francesa lleva a la Bicêtre en el espíritu humanista que ésta le había otorgado y es reconocido por tanto como señalador del inicio de una etapa en la naciente Psiquiatría.

Pero más bien son sus continuadores: Esquirol, Lasague, Falret, Magnan, Baillarger, Regis y Seglas en Francia; y Griesinger, Weynert, Kahlbaum y Hecker, en Alemania, los que echaron las bases sobre las que Kraepelin ha de construir el edificio nosológico de la Psiquiatría, con lo cual esta penetra en su etapa constitutiva.

Pero antes de proseguir el desarrollo de lo que ha de ser la Psiquiatría clásica, pasemos a recordar las aportaciones de los que han producido el desarrollo de la Psiquiatría dinámica.

A. Mesmer (1733-1815) precursor de lo que posteriormente ha de ser la psicoterapia, descubre el hipnotismo, al que no denomina así lo que consideraba una expresión del magnetismo animal. Luego Brayd lo denominó hipnotismo, alcanzando con Jean Charcot (1825-1893), gran neurólogo francés el auge de su fama y la interpretación que este le diera de que era un expresión de la fascinación sensorial.

Charcot, en la Salpêtrière, estudio varios casos de histéricos y llegó a considerar que el hipnotismo es una manifestación de la histeria.

S. Freud, desde Viena, se trasladó a París para recoger, de la enseñanza directa del maestro Charcot, la técnica del hipnotismo.

H. Berheim (1837-1919) le otorgó al hipnotismo la interpretación que ha de llegar hasta nuestros días, es decir, que este no es otra cosa que una manifestación de la sugestión.

Es bueno señalar que la comisión designada por la Academia de Medicina de París integrada por Franklyn y Lavoisier para estudiar la actividad de Mesmer, mantiene en sus conclusiones que no otra cosa que la sugestión puede producir los hechos señalados por el mismo pero si ello es cierto, no es menos cierto que

Berhein es quien, de forma clara y científica, determina el carácter sugestivo de la hipnosis.

S. Freud (1856-1939), de regreso a Viena en unión de Breuer, aplica la hipnosis en un grupo de histéricas estudiadas con anterioridad por este, las que ofrecen posibilidad de estudiar la génesis de los síntomas neuróticos. Breuer consideró que es un estado especial, al que llamo hipnoide es la base para tal desarrollo, en tanto que Freud estimó que es la represión, al mantener el inconsciente determinadas pulsiones instintivas que modulan la estructura del Yo y que la represión o defensa evita, al no permitir su base, a la conciencia.

El desarrollo posterior de la psicoterapia, a lo largo de los aportes de Alexander, W.Reich, Adler, Horney, Fromm, Sullivan, Dollard y Miller existencialistas, soviéticos y franceses, así como la del grupo de Moreno y otros, nos ha ofrecido un equipo terapéutico *sui generis* que ha enriquecido y jerarquizado esta especialidad.

De todos modos, lo que queremos destacar es el papel que tales autores han juzgado en el desarrollo de una Psiquiatría dinámica, lo que viene a incluirla en el seno de las grandes aportaciones de esta especialidad.

La unión de Kraepelin y Freud se logra a través de Bleuler, quien toma la influencia del psicoanálisis por medio de Jung y con ello logra aplicar al estudio de la psicosis, sobre todo la demencia precoz estudiada por Kraepelin, un concepto más dinámico y psicopatológico que dé curso y pronóstico llegando a establecer la esquizofrenia.

Los aportes de Wagner, Jauregg, Meduna, Sakel, Cerletti y Jean Delay, entre otros, le añaden al empeño psicopatológico y diagnóstico el conjunto de materiales terapéuticos que le permiten a la Psiquiatría penetrar, por los años 40, en idéntico nivel al utilizado por otras especialidades médicas.

Los últimos aportes de los fenomenólogos, psicoanalistas y córticoviscerales han permitido, no solo a la Psiquiatría, lograr su ritmo como especialidad, sino influir sobre la medicina como totalidad.

Efectivamente, la medicina, que había logrado tras grandes esfuerzos penetrar en el cenáculo de los aristócratas de las ciencias, obedeciendo a las exigencias de la física, la química y la matemática, presentado para ello como documento probatorio de sus carácter indiscutiblemente científico la ley de Virchow, ve más tarde el empeño de la Psiquiatría, su hermana menor, como especialidad joven de ser aceptada de modo idéntico, dándole condiciones similares y al des-

cubrir el *Treponema pallidum* en los cerebros de los que padecían parálisis general progresiva, abre las puertas a la misma.

Desgraciadamente solo en ésta y en un pequeño grupo de afecciones psiquiátricas podemos observar el cumplimiento de la mencionada ley de Virchow, en tanto que las grandes entidades psiquiátricas no observan la más ligera comprobación: la esquizofrenia, los cuadros paranoides, la psicosis maniaco-depresiva y la neurosis no ofrecen la más tenue señal somática o anatomopatológica. Esto determinó durante el tiempo de cierta discriminación de la Psiquiatría y una actitud especial de los clínicos que al no comprender el trasfondo de la lucha, se anticiparon a negar el carácter científico de tal especialidad.

El desarrollo de esta situación, que cada vez incluía mayor número de entidades nosológicas que no encontraban explicación en la presencia de francas alteraciones somáticas, y crea un difícil problema a la clínica y, por ello entra en crisis la medicina, pues no solo es posible que un número tan crecido de afecciones quedara fuera de la ley de Virchow, ya que entonces, tales afecciones no tenían existencia real o por el contrario, la ley de Virchow no prueba de forma adecuada tener un carácter universal.

Esta es la gran crisis en la que entra la medicina, en los primeros años de la segunda década del presente siglo, hasta encontrar su total superación con el nuevo enfoque de la concepción unitaria psicósomática.

El desarrollo de la psicoterapia y los psicofármacos ha abierto a la Psiquiatría un amplio marco de actividad, pero desde donde ha sido más influida que a su vez habría de ejercer mayor influencia es en el terreno de los nuevos criterios sobre Salud mental y Psiquiatría social.

No hay dudas de que la Psiquiatría es una disciplina que recoge en su seno dos influencias: por una parte, las ciencias naturales, ya que los trastornos mentales ofrecen una biodinámica; los estudios de genética y los vectores de transmisión (DNA y RNA) de los procesos bioquímicos, neurofisiológicos y metabólicos, así como los psicofármacos nos hablan del aspecto o vertiente natural de tales afecciones. Por otra parte, las ciencias sociales, la cultura, influyen sin duda alguna en las modalidades sintomáticas de las enfermedades mentales. No hay otra modalidad de enfermedad tan influida por los factores sociales como la enfermedad psiquiátrica.

Al penetrar en el tema objeto de la Psiquiatría, podemos decir que el conjunto de enfermedades que su estudio comprende, de manera general, se puede clasificar en siete grupos fundamentales: neurosis, psicosis, cuadros orgáni-

cos, oligofrenia, trastornos córticoviscerales y trastornos situacionales y de la personalidad.

Las neurosis ofrecen una patología que altera, en un menor grado que la psicosis, el sistema de relaciones del *Yo* con la realidad, sin que se pueda deducir de tal afirmación que son alteraciones leves, pues en ocasiones llegan a adquirir gravedad manifiesta.

Ofrecen en resumen, trastornos de los tres procesos (conativo, afectivo y cognoscitivo) como expresión de su lucha contra la ansiedad y el empeño por establecer el equilibrio perdido y, de igual modo, incapacidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

La psicosis, por el contrario, nos muestran una sintomatología que encierra una mayor alteración en el sistema de relaciones *yo-realidad*, razón por la cual las alucinaciones, los delirios y los trastornos del curso del pensamiento hacen su aparición. Todo ello con idéntica relatividad a la señalada en las neurosis, pues a pesar de su mayor profundidad, en ocasiones algunos cuadros psicóticos agudos ofrecen muy buen pronóstico y su carácter reactivo o sintomático hace que al desaparecer el brote se restablezca la normalidad más absoluta.

Los cuadros orgánicos son aquellos en los que las funciones psíquicas se alteran como consecuencia de infecciones, intoxicaciones y alteraciones neurológicas. Su carácter, que conduce a la disolución de la personalidad, los convierte en afecciones muy graves.

Su origen orgánico es indiscutible y su etiología variada (sífilis, senilidad, tóxicos, infecciones, y otras), es por esta razón que se organizan en diferentes grupos.

La oligofrenia, de forma opuesta, incluye los cuadros en que un escaso desarrollo nos ofrece un deterioro mental. Este puede ser variado y ofrece diferentes modalidades, pero siempre sobre la misma base del escaso desarrollo mental.

Los trastornos córticoviscerales o psicomotrices son la expresión somática de las alteraciones emocionales.

Los trastornos situacionales, determinados por situaciones conflictivas desencadenan cuadros psicopatológicos más o menos pasajeros en el sujeto de carácter reactivo, y por último, los trastornos de la personalidad, con énfasis en los factores genéticos o personalidad psicopática o en los factores sociales o sociopáticos completan el marco de estos trastornos.

De todos modos, esta clasificación que hemos hecho y señalado reúne, de forma general, las distintas afecciones psiquiátricas, mas no habla de manera

específica de cada una de las diferentes entidades; no obstante, podemos asegurar que desde el punto de vista de nuestro enfoque, el cual nos conduce a revisar la Psiquiatría para la mejor comprensión de los propósitos de la *Psiquiatría transcultural*, si creemos que ello es suficiente.

Para el desarrollo de cada una de las neurosis, psicosis, demencias, y otras, siempre queda a disposición del lector la revisión del tema en un tratado de psiquiatría, el cual sí cumple su función al penetrar en estos aspectos.

Permítasenos, no obstante, recordar que las neurosis incluyen una serie de variedades: neurosis de ansiedad, histérica, compulsiva y fóbica.

La psicosis abarca los grandes cuadros psiquiátricos denominados esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, cuadros paranoides, reacción psicótica aguda.

La demencia incluye la modalidad senil, arterioesclerótica, orgánica, sífilítica y esquizofrénica.

La oligofrenia ofrece las variedades, idiocia, imbecilidad y retraso mental.

Los trastornos córticoviscerales nos muestran la ulcera gastroduodenal, la hipertensión, el asma, y otras.

Y los trastornos situacionales, los que nos presentan los encarcelados, refugiados, sordos y ciegos, así como otras semejantes.

Todo este conjunto ofrece la más variada interrelación, razón por la cual unos cuadros pueden asemejarse a otros y de igual modo entidades muy distintas ofrecer cuadros sintomáticos similares.

Por ejemplo: la histeria, que es una neurosis; y un cuadro paranoide, que es una psicosis, pudieran asemejarse en el caso de que la histeria lo sea de disociación, ya que esta alteración de la conciencia facilita el desarrollo de una patoplastia que le hace presentar los caracteres de un cuadro esquizofrénico.

De todas formas, dos hechos resultan importantes: la necesidad de distinguir los variados cuadros psiquiátricos y, asimismo, calibrar de modo adecuado el perfil que las facetas culturales juegan en la modalidad que estos mismos cuadros ofrecen en variadas latitudes.

No hay dudas de que los cuadros orgánicos tales como demencias, trastornos causados por traumatismos, tumores, alteraciones del metabolismo, y las psicosis mayores tales como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, en general, muestran un conjunto más estable de sus organizaciones sintomáticas, y si bien es cierto que siempre la cultura puede intervenir en su vertebración, no lo es menos que su acción limitada.

Por el contrario, las neurosis, la reacción psicótica aguda y algunos cuadros paranoides, entre otros, ofrecen un campo propicio a la influencia cultural, razón por la cual la *Psiquiatría transcultural* actuará como consecuencia lógica en el ámbito de tales entidades.

La acción indiscutible de los factores culturales en algunos cuadros esquizofrénicos y cuadros paranoides crónicos, así como también en algunos cuadros orgánicos, nos obliga al natural y consecuente diagnóstico diferencial, por lo tanto, todo el campo de la psiquiatría queda incluido.

Por ello no queda más remedio, a quien aborde la *Psiquiatría transcultural*, que dominar como premisa obligada el campo de la Psiquiatría, ya que es ésta su fundamento.

Queda pues, bien aclarado que quien pretenda dominar la *Psiquiatría transcultural*, tiene primero que reconocer la Psiquiatría, pero a ello debe unir el dominio de la Antropología cultural o social y los variados factores culturales en todos sus aspectos, ya que son éstos los que, influyendo sobre el desarrollo de las modalidades psiquiátricas, dan lugar a las variantes transculturales.

LA ANTROPOLOGÍA SOCIAL O ETNOLOGÍA

Es de suma importancia comprender de inicio que la Antropología no se diferencia de otras ciencias sociales por tener un campo de estudio peculiar a su disciplina. Al surgir esta nueva ciencia, se interesó fundamentalmente por aquellas sociedades llamadas «primitivas» o «salvajes», cuyo interés analizaremos más adelante. Pero vemos que este campo es compartido por otras disciplinas, especialmente por la demografía, la psicología social y las ciencias políticas. Por otra parte, tenemos el extraño fenómeno de que la Antropología ha venido desarrollándose cuando estas sociedades muestran tendencia a desaparecer o, por lo menos, a perder sus características más significativas. Esto lo hemos visto ejemplificado en los últimos años, durante los cuales los antropólogos han canalizado más y más sus intereses investigativos hacia las llamadas sociedades «civilizadas», tanto desarrolladas, como subdesarrolladas. Nos preguntamos entonces ¿qué es la Antropología? Por ahora nos contentaremos con decir que la Antropología procede de una concepción particular del mundo o de una forma original de enfocar los problemas, descubiertos tanto durante el estudio del fenómeno social de estas sociedades primitivas, como en el proceso de destacar ciertas características generales de la vida social.

El primer problema es el de la clasificación. ¿Es la Antropología, cuya aparición ha causado tanto impacto en las ciencias sociales, en sí una ciencia social? Indudablemente que lo es, ya que se interesa por el grupo humano. Pero por ser definición del término una «ciencia del hombre» ¿no cae también dentro del campo de las llamadas ciencias o estudios humanísticos? Y, por otra parte, ya que existe una rama llamada Antropología física ¿no se le podría clasificar como perteneciente a las ciencias naturales? Nadie puede negar que la Antropología abarca estos diversos aspectos.

Entremos pues a considerarlos. Primero el de la Antropología física. Esta rama se interesa en aquellos problemas tales como la evolución biológica del hombre procedente de especies animales inferiores y sus divisiones actuales en diferentes grupos, basándose en sus características físicas, anatómicas y fisiológicas. ¿Puede ser, entonces, descrita como un estudio «natural» del hombre? El definirla como tal equivaldría a olvidar que, por lo menos, las últimas etapas de la evolución del hombre —aquellas que han venido a diferenciar las razas del *homo sapiens*— ocurrieron bajo condiciones muy diferentes de las que imperaron o imperan en el desarrollo de otras especies vivientes.

Desde el periodo en que el hombre adquirió el poder del habla, fue él mismo quien determinó, muchas veces de manera inconsciente, el proceso de su propia evolución biológica. Cada sociedad humana condiciona su propia perpetuación física mediante un cuerpo complejo de reglas tales como la prohibición del incesto, la endogamia, la exogamia, los matrimonios preferenciales entre ciertos grados de parentesco, la monogamia, la poligamia, o sencillamente mediante la aplicación sistemática de patrones morales, sociales, económicos y estéticos. Al condicionarse estas reglas, una sociedad determinada facilita mejor ciertos tipos de uniones o asociaciones y prohíbe otros.

De manera consecuente, la Antropología física, aunque utiliza conocimientos y métodos directos de las ciencias naturales, tiene vínculos muy íntimos con las ciencias sociales. En un gran sentido, la Antropología física es el estudio de los cambios anatómicos y fisiológicos que son a su vez el resultado directo, en las especies vivientes, del surgimiento de la vida social, del poder del habla y del sistema de valores o, para usar un término más general de la cultura, materia de estudio de la Antropología social.

Si los términos «Antropología social» y «Antropología cultural» fueran simples intentos de diferenciar ciertos campos de investigación, no hubiera mayores dificultades en sus definiciones. Pero la preferencia que existe en el Reino

Unido por el primero de estos términos y en Estados Unidos por el segundo, y la luz arrojada sobre esta discusión en la controversia que recientemente sostuvieron el norteamericano George P. Murdock y el inglés Raymond Firth (publicada en el *American Anthropologist*, Vol. 53, No. 4, parte 1, 1951, páginas 465-489) muestra que cada término, cuando se escoge, se hace influido por razones teóricas definidas, aun cuando en algunos casos la selección del término ha sido fortuita, especialmente en lo que se refiere a las cátedras universitarias. Parece que el término Antropología social se comenzó a usar en Inglaterra, porque había que encontrar un nombre con que bautizar una nueva cátedra universitaria para diferenciarla de otras ya establecidas.

Resulta difícil establecer diferencias cuando comparamos los términos «cultural» y «social». El concepto de cultura se origina en Inglaterra ya que fue E. Tylor quien lo definió primero como «ese complejo total que incluye todo conocimiento, creencia, arte, moral, derecho, costumbre y cualquier otra capacidad o hábito que el hombre adquiere como miembro de una sociedad», se refiere, por tanto, a las diferencias específicas entre el hombre y los animales, conduciéndonos así a la antítesis clásica entre «naturaleza» y «cultura». Visto desde este punto de vista el hombre aparece, principalmente, como *homo faber*. Las costumbres, creencias e instituciones se observan como técnicas comparables con otras técnicas más materiales, aunque, sin duda, puramente intelectuales —técnicas que promueven la vida social haciéndola posible, tal como las técnicas de la agricultura hacen posible que el hombre satisfaga sus necesidades de alimentación—. La Antropología social aborda el estudio de la organización social —un campo extremadamente importante, pero sólo uno de los muchos de que está compuesta la Antropología cultural—. Esta forma de plantear el problema parece ser típico de la ciencia norteamericana, al menos en sus primeras etapas de desarrollo.

Probablemente no es pura coincidencia que fuera en Inglaterra donde primero se empleara el término Antropología social, ya que, ese era el nombre de la cátedra universitaria otorgada a *sir* James Frazer, quien estaba muchos menos interesado en «técnicas» que en creencias, costumbres e instituciones. Fue A. R. Radcliff-Brown, sin embargo, quien hizo salir a la superficie el verdadero significado del término cuando definió su propio campo de investigación como las «relaciones sociales» y las «estructuras sociales». La idea dominante aquí no fue la del *homo faber*, sino la del «grupo», y el grupo considerado como tal, es decir, como la totalidad del complejo de formas de comunicaciones sobre la

que está basada toda la vida social. En realidad no existe contradicción, ni siquiera oposición, entre los dos puntos de vista. La mejor prueba de esto hemos de encontrarla en el desarrollo del pensamiento sociológico francés, donde sólo unos años después que Durkheim había demostrado que los fenómenos sociales podían estudiarse como «cosas» (que expresado en otra forma no es más que el punto de vista de la Antropología cultural), su sobrino y alumno, Mauss, simultáneamente con Malinowski, postuló la tesis de que las «cosas» (artículos manufacturados, armas, implementos y objetos de ritual) son en sí y de por sí fenómenos sociales (lo cual representa el punto de vista de la Antropología social). Podemos decir que tanto la Antropología cultural como la social cubren el mismo campo de interés científico, pero que mientras la primera comienza en las técnicas y cosas materiales y avanza hacia arriba, hacia las «supertécnicas» de la actividad social, política e intelectual, que hacen posible la vida en sociedad y determinan las formas que han de tomar, la segunda, en cambio, comienza en la vida social y se desarrolla hacia abajo, hacia las cosas y hacia las actividades donde éstas se manifiestan.

La Antropología social se desarrolló a partir del descubrimiento de que todos los aspectos de la vida social —la economía, la técnica, la política, la estética y la religión— constituyen un complejo significativo y que ninguno de estos aspectos puede ser comprendido profundamente, a no ser que se le considere en conjunto con todos los demás. Por lo tanto, sus investigaciones parten del todo social hacia las partes o, por lo menos, le dan precedencia al primero. Una técnica material o social no solo tiene un «uso», sino que también cumple una función, y una función implica, si se ha de comprender debidamente, las consideraciones sociológicas y no sólo las históricas, las geográficas, las mecánicas y las fisicoquímicas. El complejo de funciones nos trae, a su vez, un nuevo concepto, el de «estructura», y la importancia que en la investigación antropológica hoy en día se le otorga a la estructura social, es de sobra conocida para que tengamos que detallarla aquí.

La Antropología cultural llega casi de forma simultánea a una concepción similar, pero por vía enteramente diferente. En lugar de partir del punto de vista estático del grupo social, como un tipo de sistema o de constelaciones de sistemas, parte de la problemática de la dinámica social —dado que la cultura se manipula de generación en generación— arribando a la misma conclusión, es decir, que el sistema de interconexiones entre todos los aspectos de la vida social juega un papel mucho más importante en la transmisión de la cultura que

cualquiera de estos aspectos considerados separadamente. De esta forma, los estudios sobre «cultura y personalidad» (que en tradición antropológica cultural provienen de las enseñanzas de Franz Boas) se unieron, por esta vía inesperada, a los estudios sobre «estructura social» y podemos decir que comenzaron con Durkheim, aunque fue Radcliff-Brown su propulsor más destacado.

Tanto si consideramos la Antropología como «social» o como «cultural», su objetivo siempre es descubrir la «totalidad del hombre» tal como se revela, en el primer caso, en sus relaciones estructura/función, y en el segundo, en su mentalidad. Es por ello comprensible que un enfoque «cultural» lleve a la Antropología a una aproximación con la geografía, con la tecnología y con los estudios prehistóricos e históricos, mientras que el enfoque «sociológico» tenga asociaciones más directas con la psicología, la psicología social y la psiquiatría.

De todas estas consideraciones, que creemos se apartan de lo puramente teórico, parece surgir una conclusión inicial: bajo ninguna circunstancia se puede desvincular la Antropología de las ciencias naturales (a las que la une la Antropología física) ni de los estudios humanísticos, con los cuales está íntimamente conectada por la geografía, la arqueología y la lingüística.

Consideramos necesario hacer algunas observaciones sobre las relaciones entre la Antropología y la Sociología. La sociología debiera ser considerada, por el mero hecho de su nombre, la ciencia de la sociedad *par excellence*, la ciencia que corona o sintetiza todas las otras ciencias sociales, tal como se lo imaginó Comte. Pero que desde las grandes ambiciones de la escuela de Durkheim terminaron en un fracaso, la sociología en ninguna parte ha cumplido esta función de síntesis. En algunos países, particularmente en Europa y América Latina, la sociología sigue la tradición de la filosofía social, en la que el conocimiento de investigaciones concretas (adquirido en fuentes secundarias o terciarias), sólo sirve para apoyar o destruir hipótesis. Por otra parte, en los países anglosajones, algunos países latinoamericanos y los países asiáticos, la sociología se está desarrollando como una disciplina especial en el mismo nivel y paralelamente a las otras ciencias sociales; estudia las relaciones sociales dentro de grupos y comunidades, mayormente desde un punto de vista experimental, y sus métodos y campos de interés se diferencian poco de la Antropología sociocultural.

Este enfoque corresponde a los grupos sajones, los cuales, por otra parte, consideran a la Etnología como la ciencia de la generalización que estudia las leyes de la vida de los pueblos, y la Etnografía como la ciencia de la descripción ciudadana.

Los soviéticos no aceptan esta división; para ellos sólo existe una ciencia, esto es, la Etnografía, la que forma parte de las ciencias históricas y su principio esencial: el materialismo histórico.

Consideran que ésta tiene relaciones con las ciencias sociales y las naturales. Por tanto, con la Geografía, Arqueología, Antropología, Lingüística, Ciencia del Arte, Historia de la Religión, Historia de la Técnica, Economía Política, y otras.

Su investigación no queda reducida al estudio de los pueblos primitivos, sino que abarca tanto a éstos como a los fenómenos de la vida contemporánea.

Su temática, dice Tokarev, surge del propio estudio de las diversas facetas de la vida de los pueblos.

Para este autor los problemas que abarca esta disciplina son los siguientes:

Problemas del estudio de la composición étnica nacional en la población de los países. En muchos casos este problema adquiere una gran intensidad al encontrarse relacionado con disputas por territorios fronterizos, se apela a la composición nacional de su población. Estas discusiones de hecho encubren la lucha de intereses imperialistas.

Problemas de la Etnogénesis y los vínculos históricos entre los pueblos.

El estudio de las cuestiones del origen de los pueblos se ha desarrollado de forma particularmente amplia en los últimos años. Durante el estudio de estas cuestiones se utilizan, conjuntamente con los materiales etnográficos, los de la Arqueología, la Antropología, la Lingüística, la Historia y de otras ciencias, pero el mismo problema concierne perfectamente al dominio de la Etnografía, puesto que esclarecer el origen de los pueblos como tales significa, en primer lugar, comprender, entender cómo, cuándo, de qué fuentes se formaron los aspectos étnicos de los pueblos en cuestión, con todas las particularidades de su género de vida cultural y cómo, progresivamente en el camino de su desarrollo histórico, se cambió este aspecto étnico, admitiendo poco a poco nuestro modo contemporáneo.

Problema del desarrollo étnico nacional en la época contemporánea. El proceso de la consolidación nacional (la formación de las más importantes nacionalidades a través de los caminos recíprocos de acercamiento, unión y asimilación de los grupos étnicos menores), se observa ahora en muchas repúblicas de la URSS en los enlaces del desarrollo económico y general con el crecimiento de la cultura. La consolidación nacional es una de las condiciones del florecimiento de las culturas nacionales en la época del socialismo y al mismo tiempo, es uno

de los resultados colaterales de este florecimiento. El estudio de dicho proceso es una tarea importante para los etnógrafos. En otras condiciones transcurre la consolidación nacional en los países coloniales y anteriormente coloniales, en donde los pueblos se unen estrechamente, se aproximan entre sí en el camino común de la lucha contra el imperialismo.

Estudio de las particularidades de la vida nacional de pueblos aislados.

Estas particularidades se conservan desde el pasado y juegan a veces un importante papel (positivo o negativo), en la vida contemporánea. Sobre todo es importante aquí el estudio de las supervivencias, del capitalismo y las relaciones precapitalistas entre los pueblos de la URSS, las cuales frenan el desarrollo socialista y contra las que se debe emplear la lucha. No menos importante es el estudio de las particularidades étnicas, de las tradiciones populares —tanto en el dominio de la cultura material como en el de la vida—, las que pueden resultar en una o en otra forma de utilidad para la vida contemporánea.

El estudio de aquellas mismas formas supervivientes, de residuos procedentes de tempranos estadios del desarrollo de la humanidad (en el dominio de la economía de la vida social, de la cultura), como el de los pueblos de la URSS en el pasado, así como en los extranjeros, particularmente entre las poblaciones culturales atrasadas, tiene una gran significación científica y en otros sentidos, y justamente para el examen de los problemas históricos generales: para las investigaciones de la historia del régimen de la comunidad primitiva, historia de la economía, de la familia, de la cultura, y otras. Este lado de la etnografía tiene gran importancia, ya que permite el conocimiento de muchos campos, pues casi todo lo que sabemos sobre el régimen de la comunidad primitiva —las mismas nociones de los clanes, tribus, matriarcado, grupos matrimoniales, y otras tempranas formas de la vida social—, igual que aquello que conocemos sobre distintas formas del desarrollo de la cultura, es tomado de antecedentes etnográficos.

No solo las formas antiguas de la vida popular, sino su reconstrucción, la que ocurre en nuestros días, presenta un serio interés para los etnógrafos. Diferenciándose de la Etnografía anterior, que se interesaba solo por el modo de vida antiguo; para los científicos soviéticos es importante el estudio del propio proceso de reconstrucción de la vida del pueblo, y las nuevas formas de vida socialista que antes no existía en lugar de alguno. Es verdad que en este aspecto ha comenzado un trabajo serio en los últimos años y aún no se alcanzan grandes resultados.

El estudio de la creación popular, las artes plásticas, la música, la danza, las artes dramáticas, el folklore, tiene una extraordinaria importancia para las revelaciones de aquellos valores que sitúan a un pueblo en la cultura universal. En la cultura de cada pueblo, aunque sea pequeño, aunque sea atrasado, hay algo valioso; en la mayoría de las veces estrechamente vinculado con la creación de las masas trabajadoras. Este campo aun es insuficientemente estudiado, es aquí una de las importantes tareas de las ciencias etnográficas contemporáneas. Junto a esto se hace necesario recalcar que la Etnografía, al estudiar la creación popular, con frecuencia y en la práctica, contribuye a su renacimiento y ulterior desarrollo.

PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL

La Psiquiatría transcultural es la rama de la Psiquiatría que estudia las variantes que a los cuadros psiquiátricos imponen los factores culturales, y tiene su primera expresión en el planteamiento de Kraepelin (1904), quien casi al mismo tiempo que crea el conjunto de entidades nosológicas que ofrecen un orden a la Psiquiatría, destaca que ha notado diferencias sintomáticas en una de las afecciones que acaba de describir entre los habitantes de Java y Alemania.

Más tarde Bleuler (1908) realiza idéntica observación entre ingleses e irlandeses y entre bávaros y sajones.

Ya estos dos grandes maestros de la Psiquiatría, señalan pues, de modo concreto, sus respectivas observaciones, razón por la cual muchos hacen llegar hasta ellos el inicio de la Psiquiatría transcultural.

Por nuestra parte consideramos todo el valor que tienen las brillantes y precisas observaciones de Kraepelin y Bleuler, pero tenemos que reconocer que ello sólo hubo de ser un anticipo genial, mas no el inicio de esta disciplina y no por otra razón que porque no se encontraban dadas aun las condiciones para su desarrollo, cosa que ha de ocurrir más tarde cuando toda una serie de aportaciones y coincidencias facilitan el terreno a los que van a dejarla construida.

Es más tarde que Hib Van Lom (1928) descubre en Malaya una entidad en la que la confusión y agresividad han de dar tono sintomático y que ha de ser una equivalencia de la demencia precoz, a la que denomina *amok*.

John Cooper (1934), describe con posterioridad entre los indios ojibwas un trastorno mental con conducta homicida y temores canibalísticos al que deno-

mina *windigo*. Y de igual modo, entre los lapones y esquimales, un cuadro que ofrece gran sugestibilidad y al que denomina *artic histeria*.

P.M. Yap (1934) estudia un cuadro, idéntico al descrito por Cooper, entre los malayos y lo denomina *latah*.

En 1953 Carothers produce su informe sobre el medio africano que es publicado por la Organización Mundial de la Salud.

En 1955 aparece el *International Journal of Social Psychiatry*, que es dirigido por J. Bierer y M. Opler.

En 1956 se produce la publicación por M. Opler del libro *Culture Psychiatry and Human Values*, libro que presenta una magnífica expresión de los postulados y fundamentos de la *Psiquiatría transcultural*, ya que si bien no es un manual de la materia, no es menos cierto que este aborda los aspectos de la influencia de la cultura en la personalidad, la enfermedad, la Psiquiatría y las relaciones de la nosografía y la cultura.

En el mismo año se crea la *Sección de Psiquiatría transcultural* en el departamento de Psiquiatría de la Universidad McGill, en Montreal, la que ha venido desarrollando desde entonces una loable actividad bajo la dirección de E. Wittkower. Inmediatamente edita la *Review and Newsletter* que ha de ser su órgano de expresión hasta que más tarde publica su revista.

Posteriormente (1957) se construye como expresión de la actividad latinoamericana (Dávila, México; Seguin, Perú, y Bustamante, Cuba) el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) el que lamentablemente no continuo sus esfuerzos más allá de 1961.

Su disolución no fue causada por la falta de actividad de los grupos nacionales, pues el estudio inicial sobre «El niño enfermo» se hubo de realizar en cada uno de ellos y se iniciaron algunos otros.

Lo que lamentamos es que la GLADET no haya continuado y nos atrevemos a hacer un llamado para que sea tomado nuevamente el pabellón y se produzca un esfuerzo en tal sentido el cual entendemos que puede ser la celebración del próximo Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en el que se puede crear una sección que prosiga tales empeños.

En 1962 se produce el Primer congreso Pan Africano de Psiquiatría en Abeokuta, Nigeria, congreso que representa la vinculación activa de un continente como el africano, tan importante para la *Psiquiatría transcultural* por razones étnicas e históricas.

En 1963, la *Sección de Psiquiatría transcultural* de la Universidad de McGill edita su Revista, a la que denomina *Transcultural Psychiatric Research*, que ha sido sin duda, hasta el momento actual, la más exhaustiva recopilación y divulgación de la publicación mundial en esta disciplina.

El mismo año surge «Cross Culture Institute», en Washington el que ha sido centro de investigaciones transculturales de los Estados Unidos de Norteamérica.

En 1965 surge la revista *Psychopathologie Africaine*, órgano de la Sociedad de la Psicopatología e Higiene Mental de Dakar, bajo la regencia del Doctor H. Collomb. Es esta publicación la más alta publicación del medio africano y desde su publicación ha servido para ofrecer la producción fundamental del continente africano en este terreno y estrechar las relaciones con otros continentes.

En 1966 se produce el IV Congreso Mundial de la Psiquiatría en Madrid, en el marco del evento organizado en nombre de la Asociación Psiquiátrica Mundial, se instala en una de las sesiones plenarias a las *Psiquiatría transcultural*, con lo cual se pone en evidencia el reconocimiento que da el Congreso al colocarla como tema fundamental, reflejándose así el desarrollo alcanzado por esta disciplina que, a partir de dicho evento, logra su mayoría de edad.

En 1967 nuestra Academia de Ciencias crea el Departamento de Psiquiatría transcultural, con lo que podemos incorporar a dicho departamento —que dirigimos desde entonces— todo nuestra actividad canalizada anteriormente en el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales.

Una de las primeras actividades del Departamento fue la de crear su órgano de expresión que venimos publicando desde 1967 con el nombre de *Psiquiatría transcultural*.

El II Congreso Pan Africano en Dakar, Senegal presidido por H. Collomb; el Simposio de Psiquiatría transcultural de Brasil presidido, por el Profesor Leme Lopes; el de Frankfurt, a cargo de von Baeger; el Seminario de africanistas de la Academia de Ciencias de Cuba en La Habana; el Coloquio Africanista auspiciado por la UNESCO en La Habana, cierra así el cuadro de la creciente actividad de *Psiquiatría transcultural* en el año de 1968.

En el mes de julio de 1969, el II Congreso Internacional de Psiquiatría Social incluye una sección de *Psiquiatría transcultural*.

Posteriormente la Asociación Mundial de Psiquiatría, al crear sus Secciones tomando en consideración aspectos más importantes de la Psiquiatría para encargarle su atención y desarrollo, crea una *Sección de Psiquiatría transcultural*

con lo que queda confirmada la importancia que alcanza y el reconocimiento que le otorga la agrupación de los psiquiatras de todo el mundo.

Esta es la trayectoria descrita por la *Psiquiatría transcultural* que, como se puede ver, es muy joven, ya que ofrece un desarrollo de apenas quince años.

La Psiquiatría transcultural *es una rama de la Psiquiatría social*.

Ya hemos señalado que la Psiquiatría es la rama de la Medicina que estudia las enfermedades mentales. Cuando recibe el influjo de la Sociología, esto es, de los problemas sociales, nos ofrece la Psiquiatría social. Cuando el influjo es recibido de la Antropología cultural, tenemos la *Psiquiatría transcultural*.

La Psiquiatría social es, pues, la rama de la Psiquiatría que toma en consideración todos los aspectos sociales que envuelve a la enfermedad mental y, de ese modo, se preocupa por los factores sociales que desarrollan en el medio que estudia, así como también los naturales que permiten modificar dichos factores o la relación que guardan con el individuo, para de este modo evitar la aparición de determinada afección mental o, por el contrario, facilitar la recuperación de aquellos que las han llegado a producir.

De esa forma abandona el método clásico de recibir al enfermo en el consultorio o manicomio y, de modo inverso, aconseja penetrar en la comunidad y realizar las actividades indicada para promover los cambios necesarios (Psiquiatría de la comunidad, Hospital de día, y otros) a los objetivos señalados.

De esta manera la prevención resulta orientada por la Psiquiatría social con más facilidad.

La *Psiquiatría transcultural* recibe la influencia de la Antropología cultural y, como consecuencia, su campo es el del estudio de los efectos de la transculturación en los cuadros que ofrece las enfermedades mentales.

El asilo de alienados de La Habana

JEAN GARRABÉ

La historia de la fundación del asilo de alienados de La Habana que J. Joaquín Muñoz relata en un artículo publicado en 1863 en los *Annales Médico-Psychologiques*, firmándolo como socio extranjero de la *Société Médico-Psychologiques*, es ejemplar de la manera en que, en ciertas épocas, circulan las ideas entre países y continentes, ideas novedosas sobre problemas sociales, políticos y económicos, en este caso la asistencia que deben las autoridades a los locos o enfermos mentales.

A inicios del siglo XIX, durante la revolución francesa, aparece la publicación de Philippe Pinel (1745-1826) de las dos ediciones de su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (La primera, de 1800 fue inmediatamente traducida en castellano). Allí Pinel sustituía la noción de locura por la de «alienación mental», enfermedad que se podía estudiar y tratar con los métodos de la medicina clínica abandonando los métodos físicos bárbaros que se utilizaban hasta entonces para tratar a los locos, tales como cadenas, bastonazos, sangrías, duchas frías, etc. Lo anterior provocó la reflexión para saber cómo y cuándo se podría realizar este programa. Pero incluso en Francia hubo que esperar hasta 1838 para que, en un régimen de monarquía constitucional el parlamento adoptase una ley, inspirada por J.E.D. Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, instituyendo en todo el país, asilos de alienados, precisando su organización y las responsabilidades confiadas a los médicos que debían dedicarse al tratamiento, sin olvidar los recursos económicos necesarios para ello. Los primeros alienistas aparecieron a mediados del siglo XIX, los especialistas que se iban a dedicar a esta tarea muy distinta de las que asumían hasta entonces los médicos.

Aun así, no surgieron, ni en Francia ni en otros países europeos, que adoptaron legislaciones parecidas como en España durante el reino agitado de

Isabel II, muy rápidamente estas instituciones con médicos que se dedicasen al tratamiento de la alienación. En la patria de Pinel y Esquirol hubo que esperar el fin del siglo XIX para que con más o menos dificultades se construyesen asilos de alienados en todas las provincias. En Enero de 1843, solo veinte años antes del artículo de Muñoz, varios jóvenes médicos de ideas avanzadas fundaron una revista, *Les Annales Médico-psychologiques*, «destinada a recoger particularmente todos los documentos relativos a la ciencia de las relaciones entre lo físico y lo moral, a la patología mental, a la medicina mental de los alienados, y a la clínica de las neurosis». Debemos citar entre otros, los nombres de Jules Baillarger (1809-1890), conocido más tarde por su descripción de la «locura de doble forma», los actuales trastornos bipolares, y Laurent Cerisi (1807-1869) o Cerise como escribió su nombre este italiano doctorado en Torino que en 1834 se instaló en París. En 1852 unos años después de la Revolución romántica de 1848 en la que ha participado este grupo de jóvenes médicos, forman el comité de redacción de los *Annales* convirtiéndola en la revista de la sociedad. Rápidamente ingresan en ella socios extranjeros que comunican sobre la situación de la asistencia a los alienados en su país. Muñoz fecha su artículo en París lo que hace suponer que estaba entonces en la capital gala sin que sepamos con que motivo ¿viaje de estudios u otro? Habla de sus maestros pero no sabemos cuales ha conocido personalmente y cuáles son los que conoce por sus escritos.

El texto de Muñoz es particularmente interesante porque vemos que las dificultades con las que se ha enfrentado en el siglo XIX son las mismas que en otros países, en otras épocas u bajo otros regímenes políticos incluso en el siglo XXI. La autoridades son primero muy favorables a los proyectos para mejorar las condiciones de asistencia a los alienados o enfermos mentales, pero luego, por motivos como una mala gestión de los créditos reservados a tal fin, errores en la elección del terreno, la ubicación o construcción de los centros asistenciales, edificios y sobre todo el no confiar la dirección a un médico sino a un administrador, la realización del proyecto acaba de enfrentarse con mucha dificultades o se malogra. Puede ser, aunque Muñoz no lo diga explícitamente que la situación política en Cuba que iba a llevar a la primera guerra de independencia complicase aun más las cosas y que declare que siempre ha contado con el apoyo del gobernador general.

Établissements d'aliénés. Quelques considérations critiques sur l'histoire et la situation actuelle de l'asile d'aliénés de l'île de Cuba

J. JOAQUÍN MUÑOZ¹

C'est en 1828, lorsque M. le général don Francisco Dionisio Vives était gouverneur supérieur de l'île de Cuba, que fut fondé à la Havane le premier asile destiné à recevoir les aliénés. Dès le mois de juillet de la même année, les autorités locales furent invitées à faire désormais conduire au dit asile tous les aliénés (hommes) provenant de leurs districts respectifs ; elles reçurent en même temps les instructions nécessaires pour effectuer cette séquestration ; et vers le mois de septembre suivant, l'établissement avait déjà reçu *trente-sept* de ces malheureux.

Avant cette époque, les fous étaient dispersés çà et là dans les prisons publiques, confondus avec les criminels, ou bien dans des cachots qui semblaient avoir été construits tout exprès dans les hôpitaux de la ville. Ils y étaient incarcérés lorsque, soit par suite de l'état de fureur dans lequel ils tombaient, soit par leurs actes d'extravagance ou de libertinage, ils devenaient dangereux ou troublaient la tranquillité et la morale publiques. Autrement, ils avaient le droit d'errer où bon leur semblait : Beaucoup d'entre eux servaient d'amusement aux gamins, qui les poursuivaient dans les rues.

L'édifice destiné à recevoir les aliénés (hommes) avait été construit à l'une des extrémités de la ville, dans le voisinage de la maison générale de bienfaisance, sur un terrain adjacent au cimetière de la capitale.

¹ Médecin en chef de l'asile des aliénés de l'île de Cuba. Membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Les frais de construction et d'installation furent, en grande partie, couverts par des souscriptions volontaires des habitants de la ville. Les fonds propres de la maison de bienfaisance pourvoyaient à l'entretien des malades, aux dépenses d'administration, etc.

L'ensemble des constructions présentait la forme d'un carré long et se composait : 1° de deux grandes salles, l'une disposée pour dortoir, contenant vingt lits; l'autre servant à la fois de réfectoire et de dortoir; 2° d'une troisième salle destinée à l'infirmerie, pouvant contenir douze lits; 3° d'une série de cellules au nombre de dix-huit ou vingt. Toutes ces habitations recevaient l'air et la lumière par des fenêtres très élevées munies de barreaux de fer et donnant à l'extérieur de l'édifice, et par un porte fermée également de barreaux de fer, s'ouvrant à l'intérieur sur une galerie couverte qui faisait le tour des constructions; 4° des habitations pour le préposé et les employés, une cuisine, un lavoir et un grand réservoir dans lequel les aliénés se baignaient en commun; enfin, une cour centrale complétait l'édifice.

Les dimensions de ces constructions étaient calculées pour quatre-vingts aliénés à peu près; néanmoins, à une certaine époque, on y logea plus de cent de ces malheureux.

La gestion économique ainsi que la surveillance intérieure de l'asile furent confiées à un préposé responsable, sous l'autorité de l'administration générale de la maison de bienfaisance de la Havane.

Un médecin externe visitait tous les jours l'établissement; mais il n'avait d'autre obligation que celle de diriger les soins médicaux à donner aux aliénés atteints de quelques maladies accidentelles. Quant au traitement de la maladie mentale elle-même, on comprend qu'il devait être nul. En effet, les seuls moyens que l'on appliquât alors dans ce but, consistaient ordinairement dans l'usage de bains froids et des affusions froides: plus tard, on y ajouta l'exercice corporel. Mais ces moyens étaient prescrits, non par le médecin, mais par le préposé et par les employés subalternes chargés de la surveillance immédiate des aliénés; on peut juger, d'après cela, de leur efficacité. Quant à l'exercice corporel qui compléta ce traitement, il est à présumer que le but principal n'était pas celui de guérir les malades, mais bien de tirer parti de leur travail; aussi la manière dont on traitait ces infortunés n'était-elle évidemment pas des plus charitables.

Il paraît qu'à une certaine époque le médecin de l'asile entreprit, de son propre chef, de traiter les aliénés par le système homœopathique; mais il n'ob-

tint aucune résultat, et les malades furent de nouveau abandonnés aux soins des surveillants.

Quant aux femmes aliénées, elles furent reçues, dès l'année 1829, à la maison de bienfaisance de la Havane. On avait fait construire, à cet effet, une section dans le lieu le plus retiré de l'édifice. Cette section se composait : 1° d'une salle isolée au milieu d'une grande cour, et dont la capacité était calculée pour recevoir une vingtaine de lits. Cette salle, dépourvue de galeries couvertes, recevait l'air et la lumière par une porte et des fenêtres munies de barreaux de fer, qui donnaient sur la cour; elle était destinée à servir de dortoir; 2° d'une douzaine de cellules adossées à d'autres en nombre égal, s'ouvrant, les unes dans une petite cour séparée du reste du quartier par une porte grillée de fer; les autres, dans une troisième petite cour qui se confondait avec la cour principale; 3° deux autres grandes cellules, pouvant contenir chacune huit lits, et séparées par une mince cloison, avaient été construites vers une extrémité du quartier, et étaient destinées, je crois, aux aliénées de la classe nègre. Ces deux cellules recevaient l'air et la lumière par de petites fenêtres munie de barreaux de fer, mais située vers la partie supérieure du mur, et par une porte qui ouvrait du côté de la grande cour; 4° quelques habitations pour les surveillantes, une large galerie couverte, où s'ouvraient les portes de ces habitations, et un bassin de 4 mètres carrés d'étendue sur 1 mètre de profondeur, et qui servait de baignoire commune pour les folles, complétaient cette section, destinée, dans le principe aux aliénés exclusivement, mais qui, plus tard, devint la demeure commune des mendiantes et des folles: En effet, l'administration de l'hospice n'ayant pas assez de place pour loger les mendiantes qu'elles recevait en grand nombre à la maison, fut obligée de les placer dans la section des folles; et comme le nombre de ces dernières augmentait aussi, on fit construire, il ya une dizaine d'années, deux autres grandes salles dans le même quartier, pour servir de dortoir à une quarantaine de ces malheureuses, qui partagèrent le même asile avec les mendiantes, pendant plus de trente ans.

Cette section était dans le commencement sous la surveillance d'une ancienne infirmière de l'hospice, qui se faisait aider par quelques mendiantes et quelques-unes des folles devenues tranquilles par suite de la chronicité du mal.

Plus tard, lorsque l'administration de l'hospice fit venir de sœurs de charité pour les charger de la direction des services généraux et économique et de l'assistance personnelle dans les différentes section, le quartier de folles fut mis sous la surveillance de deux sœurs de charité qui, se faisant toujours aider

par les mendiants et quelques folles tranquilles, remplacèrent avantageusement l'ancienne infirmière dont l'aptitude n'était certes pas très-grande pour ce genre de service.

Là, d'ailleurs, comme dans la section des hommes, le médecin visitait tous les jours l'établissement ; mais son seul devoir était de diriger les soins médicaux à donner aux aliénés atteints de quelques maladies accidentelles. Le traitement de la maladie mentale était, de même que chez les hommes, abandonné aux sœurs de charité, chargées de la surveillance immédiate des malades.

Telle était, à peu de chose près, la situation des aliénés à l'île de Cuba, laquelle, on le voit, n'était pas brillante. Cependant, si l'on tient compte de l'époque où ces malades reçurent les premiers bienfaits de l'autorité supérieure, on ne peut que reconnaître les excellentes dispositions qui animaient le gouvernement de la colonie en leur faveur. Ce qui est réellement surprenant, c'est que, nonobstant tous les progrès qui s'étaient accomplis en Europe dans cette spécialité, la situation de nos pauvres aliénés soit restée la même pendant plus de vingt-sept ans. Ce n'est, en effet, qu'en 1855 que le gouvernement supérieur de l'île dirige de nouveau son attention sur l'asile des aliénés.

C'est alors seulement, et quand la population de l'établissement avait dépassé le chiffre de 200 aliénés (120 hommes et 86 femmes), que le gouverneur supérieur, D. José de la Concha, s'occupa d'améliorer la situation des aliénés. Il sépara d'abord l'administration de l'asile de celle de l'hospice général de la Havane, pour la mettre sous la dépendance de l'État, et assigna dans le budget général de l'île une subvention annuelle de 250 000 francs, pour subvenir aux besoins de l'établissement. Puis il fit construire, aux frais de l'État, un nouvel hôpital, en dehors de la capitale, pour y transférer les aliénés de deux sexes, en faisant de ce nouvel établissement un asile général pour recevoir les aliénés de l'île entière.

Cette grande et belle réforme devait évidemment avoir des résultants avantageux pour notre asile : la protection que dès ce moment, allait lui accorder le gouvernement supérieur était pour lui notamment d'une grande importance ; et puis il était à présumer que les nouvelles habitations affectées aux aliénés seraient mieux appropriées à leur destination. Malheureusement, nous allons voir tout à l'heure que, sous ce dernier rapport, les résultants ne furent pas tels qu'on pouvait l'espérer.

Quant à l'idée de faire de notre asile un établissement général pour recevoir tous les aliénés de l'île, on verra plus loin qu'elle ne devait pas être considérée,

par la suite, comme très-heureuse au double point de vue des intérêts des malades et de ceux de leurs familles.

Pour mettre à exécution le projet de construction du nouvel hôpital, l'administration fit d'abord l'acquisition d'un vaste terrain dont l'étendue mesure près de 1500 mètres carrés, situé à 12 kilomètres de la capitale, et communiquant avec celle-ci par un chemin de fer qui traverse l'île dans tout sa longueur. Ce terrain offre une surface à peu près plane; cependant, sur quelques points, il présente de légers monticules ; il est planté de quelques grands arbres, principalement de palmiers, et est borné d'un côté par une petite rivière assez poissonneuse, dont l'eau est très-potable, quoique parfois peu limpide.

Outre les terres, il y avait sur cette propriété quelques anciennes constructions qui avaient servi de demeure aux précédents propriétaires; de plus, il y avait une briqueterie et un four à chaux.

Cet emplacement, qui semblait répondre au but que l'on se proposait d'atteindre, présentait cependant, à certains égards, de graves inconvénients.

En effet, l'endroit est très-malsain ; il y règne toute l'année des fièvres paludéennes, et puis la distance qui le sépare de la capitale rend les communications avec celle-ci peu commodes et très-onéreuses pour les familles des aliénés.

Les choix que l'on fit de l'emplacement où l'on voulait ériger les nouvelles constructions ne fut pas plus heureux ; elles furent établies dans l'endroit le plus bas de la propriété et le plus éloigné de la rivière.

Le plan de constructions de l'édifice, accepté par l'administration supérieure, ne répondait pas aux besoins des malades : la question d'économie fut seule prise en considération, et on négligea tout ce qui était relatif au traitement et au bien-être des aliénés. On ne songea qu'à les tenir en sûreté.

L'ensemble des constructions présente la forme d'un parallélogramme de 150 mètres de long sur 64 de large. Les habitations de nuit, pour les aliénés, se composent de huit grandes salles et de quarante-deux cellules. Quatre chambres, ménagées entre les dortoirs, sont destinées aux surveillants; huit autres pièces, groupées au bureau de l'économat ou servant de demeure à quelques employés. Une grande cuisine fait pendant à ce groupe dans l'aile postérieure.

Un bassin, creusé au milieu de la cour, sert de baignoire commune aux aliénés.

Toutes les habitations reçoivent l'air et la lumière par des fenêtres garnies de grilles de fer, percées dans le mur extérieur, et par des portes s'ouvrant sur une galerie couverte qui règne tout autour et à l'intérieur des bâtiments.

Cet asile peut contenir environs deux cent cinquante personnes. Il fut terminé vers l'année 1857. époque à laquelle on résolut de commencer la construction de l'asile des femmes, qui devait offrir les mêmes dispositions intérieures que celui des hommes. Mais je ne sais quelle cause de retard, soit matérielle, soit pécuniaire, survint; toujours est-il que les femmes durent rester à l'hospice de la Havane jusqu'en 1864.

Dès l'année 1856, les hommes avaient quitté leur ancienne demeure, et un an plus tard ils se trouvaient tous dans le nouvel asile. Ils y jouissaient de l'aire frais de la campagne ; ils pouvaient sortir pour vaquer à des travaux de terrassement, de transport de matériaux, etc., et jouissaient ainsi d'un peu plus de liberté et de bien-être. Mais était-ce là tout le bien qu'on pouvait leur faire? N'y avait-il pas autre chose à tenter en leur faveur? Ce nouvel asile, qu'on citait comme un modèle, méritait-il ce nom?

Les réformes introduites par le gouverneur de la Concha auraient donné de meilleurs résultats, si elles eussent été suivies de la réorganisation du personnel de l'asile, et si l'on avait mis à la tête de l'établissement un médecin spécialiste. Malheureusement cette idée ne vint pas à la pensée du chef supérieur, et la situation des aliénés, en tant que malades, resta la même que par le passé.

Les aliénés n'étaient soumis à un traitement médical que lorsqu'ils étaient d'une maladie accidentelle ou intercurrente. A cet effet, un médecin du voisinage venait à l'asile de temps en temps: et, lorsque de cas graves l'exigeaient, il venait même tous les jours.

Le traitement de l'affection mentale était toujours dirigé par les employés de l'asile; il consistait dans l'usage de bains froids et d'affusions froides; l'exercice corporel formait le complément de cette thérapeutique empirique.

La surveillance se réduisait à bien garder les portes. Pendant la nuit, les employés subalternes faisaient des rondes à tour de rôle.

Les repas se faisaient sous les galeries communes; on donnait à chaque aliéné un assiettée d'une espèce de bouille fait avec trois onces de viande, sept ou huit onces de légumes divers et du riz; puis on leur distribuait trois onces du pain, et chacun partant de son côté se retirait pour prendre son repas dans une des galeries. Quant aux agités et eux aliénés dangereux, ils ne quittaient jamais leurs cellules, et ils étaient servis, tant bien que mal, par ceux des aliénés tranquilles qui voulaient bien s'en charger.

Parmi les aliénés tranquilles, quelques-uns sortaient de l'asile tous les jours pour prendre part aux travaux de construction, de terrassement, de transport

de matériaux, etc. On en employait un certain nombre à la fabrication des briques et des tuiles, et aux travaux du four à chaux. Le nombre de ces aliénés était de 60 vers l'année 1862 ; la plupart de ces travailleurs étaient des déments ou des maniaques chroniques; il y avait aussi quelques imbéciles. La population de l'asile était à cette époque de 280 aliénés

Les moyens de correction consistaient essentiellement dans l'emploi de *ceps et des menottes*. Depuis quelques années, on commence à faire usage de la camisole de force, mais le ceps est toujours préféré.

Je n'ai pas besoin de dire ici que les réformes introduites par le général de la Concha en 1856 ne changèrent en rien la situation des femmes aliénées. Celles-ci restèrent à l'hospice de la Havane sous la direction des sœurs de charité; elles étaient visitées par le médecin de l'hospice lorsqu'il survenait quelque maladie accidentelle. Quant au traitement de l'affection mentale, il était en 1857, comme vingt ans auparavant, sous la direction des sœurs de charité et des infirmières.

Vers l'année 1861, l'asile d'aliéné de l'île de Cuba occupa de nouveau l'attention du gouvernement supérieur. On y créa une commission administrative et de surveillance, afin de réorganiser l'établissement. C'est sous les auspices du général D. Francisco Serrano, gouverneur supérieur de l'île à cette époque, que fut établie la susdite commission.

Cette commission se composait de sept membres, et était divisée en trois sections, section administrative, section médicale et section de comptabilité. Le président était un délégué de l'autorité supérieure. Un des membres de la section administrative remplissait les fonctions de secrétaire.

Les attributions de cette commission embrassaient donc la direction immédiate, l'administration et l'inspection ou surveillance de l'établissement: mais elle devait soumettre toutes ses déterminations à l'approbation du gouvernement supérieur.

Le premier soin de la commission fut de présenter à l'approbation de gouvernement un nouveau plan de reconstruction de l'asile, conçu sur une large échelle et suivant les principes établies pour la construction des asiles modernes, d'après le système accepté en France. Le nouvel asile devait contenir 500 malades de deux sexes; le devis de travaux, en utilisant les anciens

bâtiments, s'élevait à la somme de 800 000 piastres, environ *quatre millions de francs*.

Ce projet fut soumis à l'examen du gouvernement supérieur vers l'année 1862; mais rien n'a été décidé jusqu'ici.

En même temps, la commission prépara un projet d'ordonnances pour déterminer les bases constitutives de l'asile et établir réglementairement l'ordre et la régularité dans le service intérieur.

Dans ce projet d'ordonnance, on indiquait le nombre d'employés nécessaire au service de l'asile, les conditions d'administration et attributions de chacun d'eux; puis, les conditions indispensables pour l'admission des aliénés et les particularités relatives à leur assistance, aux entrées, sorties et décès; aux différentes classes de pension que l'on devait établir, etc.

Ce projet d'ordonnance fut présenté à l'examen du gouvernement supérieur; mais, de même que pour le projet de reconstruction de l'asile, aucune décision ne fut prise.

En attendant, la commission administrative de l'asile, sentant le besoin de réorganiser le service médical, fit des démarches auprès du gouvernement pour obtenir la nomination (ne fût-ce qu'à titre provisoire) d'un médecin-directeur qui, seul à ce moment, pouvait donner une bonne et profitable impulsion à l'asile.

Le gouvernement supérieur accueillit favorablement cette demande, et sur la proposition de la commission qui m'avait fait l'honneur de penser à moi pour remplir cette place, je fus nommé directeur-médecin de l'asile en janvier 1863.

Je connaissais déjà la situation de l'établissement, et avais même pris part à la formation du programme du plan de reconstruction de l'asile, que la commission avait présenté au gouvernement quelques mois auparavant, j'avais visité plusieurs fois l'établissement; il me fut donc facile d'arrêter ma règle de conduite.

Je commençai par préparer le règlement pour le service intérieur, qui devait servir de complément aux ordonnances présentées

par la commission, et vers le mois d'août 1863, je le soumis à l'examen de celle-ci, qui l'accepta. Mais, comme il fallait que ce règlement fût approuvé par le gouvernement supérieur, sa mise en pratique devait nécessairement subir le même retard que celle des susdites ordonnances, et il fallait attendre cette approbation:

En même temps, j'exposai à la commission administrative la nécessité de faire construire dans l'asile des hommes deux murs de séparation, de façon à transformer la grande cour de centrale en deux préaux latéraux, séparé par une cour de service correspondante à largeur des habitations destinées, en avant, aux bureaux de l'économat, et en arrière, à la cuisine générale. De cette façon,

on établissait une première division de l'asile qui permettait déjà de séparer, d'un côté, les malades tranquilles des agités bruyants, et, de l'autre, les services généraux des quartiers des malades. Pour les furieux et dangereux, je proposai que l'on organisât une section derrière l'une des moitiés de l'édifice, ce qui pouvait s'obtenir sans grands frais.

Mais ces modifications ne furent exécutées que d'une manière très incomplète.

Au moment de mon entrée en fonctions, on poursuivait activement la réédification d'une ancienne maison située dans le voisinage de l'asile des hommes, à l'effet d'y loger provisoirement les femmes aliénés, ainsi que l'avait résolu la commission, et, comme pour cette réédification, on n'avait pas adopté de programme médical, on commit à cet égard de grandes fautes. Je crus donc devoir proposer à la commission les moyens de remédier à quelques-uns des vices de construction que présentait cet asile des femmes. La commission approuva ma proposition et donna à cet effet les ordres nécessaires.

L'asile pour les femmes fut terminé vers le mois de juin 1864. Il se compose: 1° de huit dortoirs de 8, 10 et 12 lits; 2° de dix cellules disposées sur un seul ligne, sans galerie, et ouvrant sur une petite cour; 3° d'une grande infirmerie pouvant contenir 12 lits; 4° de deux réfectoires; 5° d'une grande salle de réunion; 6° d'une salle pour la lingerie; 7° d'habitations pour les sœurs de charité et pour les infirmières et servantes; 8° d'une chapelle pour les sœurs.

L'ensemble de ces habitations forme un parallélogramme de 85 mètres de long sur 46 de large. Il est divisé en cinq quartiers: un pour les tranquilles et convalescentes, un autre pour les aliénés âgées, un troisième pour les malades alitées, un quatrième pour les agitées et furieuses, le cinquième enfin est destiné aux aliénées travailleuses. Les quartiers sont indépendants les uns des autres, bien que communiquant entre eux pour les besoins du service. Le quartier des agitées, celui des femmes âgées et celui destiné à la buanderie, ont chacun une petite cour. Un puits situé à proximité de l'édifice fournit l'eau pour les besoins les plus urgents. L'eau est conduite dans l'intérieur de l'asile au moyen de tuyaux souterrains.

Cet asile est disposé pour *cent* aliénés; mais il y en a dans ce moment *cent cinquante-cinq*. C'est pour remédier à cet état de choses que l'on songe actuellement à agrandir l'établissement toujours provisoirement; c'est-à-dire en attendant que le gouvernement supérieur ait approuvé le plan de reconstruction présenté par la commission administrative en 1862.

D'autres réformes ont été introduites dans l'établissement sur ma demande, telles que l'installation d'une bonne pharmacie et l'organisation d'une salle de bains chauds et plusieurs ateliers.

Je proposai beaucoup d'autres améliorations, telles que : 1° la construction d'un quartier de pensionnaires ; 2° la réorganisation du personnel des employés subalternes, que je trouvais insuffisant eu égard au chiffre des malades; 3° la création d'une bibliothèque, etc., etc. mais aucune de ces réformes, quoique approuvées par la commission administrative, ne fut mise à exécution.

Quant à l'ordre et à la police de l'établissement, j'aurais pu les organiser suivant les principes adoptés dans les asiles de cette nature, si mes attributions n'eussent pas été aussi limitées, et si je n'avais eu à lutter contre l'opposition de l'administrateur, dont l'autorité égalait la mienne. Cependant, dans ce qui avait immédiatement rapport au service médical, je pus établir un certain ordre.

Ce court exposé historique suffira, j'espère, pour donner une idée des phases qu'a parcourues notre asile d'aliénés de la Havane.

Le lecteur verra que les progrès accomplis dans cette spécialité en Europe, et particulièrement en France, ont eu un certain retentissement à l'île de Cuba; car si nos tentatives n'ont pas été aussi heureuses que nous l'aurions désiré, nous n'en avons pas moins fait tous nos efforts pour mettre à profit les leçons et mes exemples des grands maîtres. Nous espérons d'ailleurs que nos peines ne seront pas perdues, et que nous aurons le bonheur de voir dans un avenir prochain notre asile d'aliénés à la hauteur de ceux d'autres pays plus avancés en civilisation.

Paris, 14 mai 1866.

Rafael Larragoiti Alonso (1912-2002)

JOSÉ FRANCISCO PÉREZ MILÁN

SIGNIFICACIÓN DE SUS APORTES A LA PSIQUIATRÍA

Resumen

El Doctor Rafael Larragoiti Alonso, graduado de doctor en medicina en 1941, fue un destacado especialista en psiquiatría que introduce en el país la impronta de los hallazgos biológicos en la terapéutica de las enfermedades mentales siendo pionero en aplicar en Cuba las técnicas utilizadas en las décadas de los años 40 y 50 como el TEC, la lobectomía frontal, la psicocirugía transorbitaria y la psicofarmacología. En los años 60-70 reportó resultados con la diálisis peritoneal a pacientes esquizofrénicos. Su labor como investigador estuvo vinculada a partir de 1959 y por muchos años al Instituto de Investigaciones Fundamentales del cerebro, adjunto a la Academia de Ciencias de Cuba. Como psiquiatra se desempeñó durante varios años en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.



Rafael Larragoiti Alonso.

Se destacó como excelente comunicador, siempre actualizado en lo más novedoso de los hallazgos biológicos relacionados con la psiquiatría. Su mérito indiscutible en nuestro país fue la introducción prudente en la práctica médica de todos los medios diagnósticos y terapéuticos de corte biológico desarrollados y aplicados en la época para el mejor conocimiento, mejoría y bienestar de los enfermos mentales, difundiendo con maestría la información de los aspectos biológicos que comenzaban a aportar los incipientes hallazgos de esa temática en el campo de la psiquiatría. No obstante su orientación biologicista, sus artículos versaban además sobre análisis en la psicopatología clínica y nunca me-

nospreció a la clínica que conjugaba juiciosamente con las nuevas herramientas diagnósticas y los tratamientos novedosos.

Conocedor cabal y actualizado de esas tendencias biologicistas que asomaban a la especialidad y un docente entusiasmado en hacer llegar con la mejor didáctica a los psiquiatras en formación de las últimas seis décadas del pasado siglo. Incansable escritor de literatura científica sobre el tema y de los resultados de sus investigaciones, publicó más de 200 artículos sobre los aspectos biológicos de las enfermedades mentales, que dedicó con mayor frecuencia, tanto a la esquizofrenia, que acaparaba la atención de la psiquiatría desde sus albores, como a los desórdenes afectivos, a los que dio tanta relevancia como a la anterior psicosis de mayor dedicación en la época.

Publicaciones más relevantes

Esquizofrenia. Consideraciones sobre algunos factores biológicos. Publicación de la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 1979

Monografía de 163 páginas en caracteres de bajo puntaje que recoge de forma detallada la descripción de los hallazgos, tendencias e hipótesis biológicas fundamentales en la época, de esta psicosis, integrando la información en consideraciones y reflexiones basadas en su experiencia de psiquiatra clínico e investigador. No obstante la información vertida en la obra, expone ésta de manera clara y pedagógica para el aprendizaje del especialista interesado en actualizarse. Contiene 209 bibliografías referativas.

Bioquímica y Terapéutica de los Trastorno Afectivos.

Monografía, publicación de la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1980. Monografía de 150 páginas que describe las hipótesis bioquímicas, así como las observaciones y hallazgos que dieron origen a las mismas, los resultados en el campo de la neurofisiología y la aplicación de estas teorías a los métodos terapéuticos biológicos que han surtido efecto en los desórdenes afectivos, fundamentalmente de la depresión a quien dedica básicamente esta obra, escrita de forma que el lector pueda tener una visión abarcadora, pero de clara manera, de las teorías de la época de estos impactantes trastornos del humor. Se revisaron 103 bibliografías.

Estado actual del tratamiento de la esquizofrenia

RAFAEL LARRAGOITI ALONSO

Una vieja canción de la resistencia italiana durante la segunda guerra mundial repetía un estribillo que dice: «Hace quien quiere hacer y quien quiere aprender, aprende.» Parto del principio de que todos los que me escuchan quieren aprender, pero queda por ver si soy capaz de decirles algo que no conozcan, aunque mi deseo es, como en ocasiones anteriores, que sea útil el tiempo que voy a tomarles.

Observé una vez a dos niños pequeños a quienes se habían puesto en las manos un reloj despertador. Uno se limitó a oír el tic-tac y a contemplar la esfera, pero el otro, con dedos todavía torpes, quiso quitarle la tapa, tratando de encontrar lo que sonaba en su interior. La tendencia natural de este niño fue no sólo oír y mirar, sino indagar que es lo que producía el ruido. Supongo también que los que me escuchan tienen una mente inquisitiva y no se conforman con la contemplación de los fenómenos, sino que están ávidos por conocer más de ellos, buscando sus causas en un nivel cada vez mas profundo.

Es bien sabido que no hay palabra que se escuche más atentamente para un enfermo que sufre de un dolor que la del médico que le prescribe un remedio para este. Imaginen ahora que antes de mi exposición se les hubiera servido un refresco que llevara una sustancia capaz de provocar en ustedes un deseo intensísimo de conocer el estado actual del tratamiento de la esquizofrenia y que esa sustancia estuviera produciendo sus efectos: estarían ya verdaderamente desesperados por que comenzara a hablarles del tema. Claro que todos esto es pura ficción y que ustedes no están desesperados ni mucho menos, pero conjeturo que algún día tal sustancia llegue a existir y que sirvan para favorecer el mantenimiento de la atención y el aprendizaje.

Hoy, sin embargo, sin ayuda química, tenemos que emprender nuestra tarea. Primero, hay que acelerar el alcance del tema: nos referimos a algunos tra-

tamientos somáticos, no a todos, excluyendo además, de nuestra exposición a los métodos no farmacológicos, como los de tipo conductual, recondicionamiento, rehabilitación, resocialización, etc., que tiene el objetivo fundamental de obtener del enfermo el mayor rendimiento posible, dentro de sus limitaciones. Como es conocido, no nos dedicamos a este importante campo y lo dejamos a los expertos en él.

Los fenómenos psíquicos, por supuesto, pueden tener distintos grados de complejidad y no se ponen en acción el mismo número de neuronas cuando una rata oye una señal que ha aprendido para ir al comedero que cuando un hombre considera las causas y consecuencias de tal o cual acontecimiento, para tomar una decisión, pero esto no quiere decir que su base material sea diferente. Hay un cambio de «calidad» en el fenómeno psíquico del hombre con respecto a la conducta de la rata, pero el cambio de calidad no significa un cambio de asiento. Y, precisamente, los tratamientos psicofarmacológicos de las afecciones mentales han sido una demostración muy clara de esto, por que son capaces de modificar la conducta de la rata y la del hombre y también la dirección de los pensamientos de éste, el actuar sobre los neurotransmisores y los receptores de las neuronas del cerebro. Bloquéense los receptores dopaminérgicos y se tendrá la acción peculiar de los neurolepticos; impídase la reincorporación de algunas aminas a las neuronas efectoras y se tendrá la acción de algún antidepressivo; bloquéense los receptores beta-adrenérgicos y se tendrá la acción especial de propanolol y otros cuerpos del mismo tipo disminúyase o impídase la acción de algunas enzimas y se producirán cambios que mejoran o empeoran determinadas manifestaciones sintomáticas.

Los trastornos circulatorios, infecciosos, metabólicos, tóxicos, etc., dan alteraciones psíquicas sólo en la medida en que afectan las funciones del cerebro. Las neuronas deben recibir oxígeno y glucosa y la sangre es la encargada de llevárselos, como también debe hacer llegar a ellas otros elementos que intervienen en su metabolismo. La permeabilidad de los vasos y la barrera hematoencefálica puede afectar a ese tráfico de materiales, pero en último término, siempre es el funcionamiento de las neuronas, siempre es la transmisión del impulso nervioso por medio de los neurotransmisores, lo que constituye la base material de toda la vida psíquica.

¿Quiere esto decir que ella no puede afectarse más que por trastornos generados en el interior del cerebro? Desde luego que no, porque el cerebro es capaz de modificar su actividad a tenor de los estímulos que recibe. De hecho,

cada vez que se produce un cambio en el medio exterior se produce una modificación en la actividad de determinadas neuronas, modificación que es la base material del aprendizaje. Si las actividades cerebrales pueden cambiarse por trastornos internos y también por influencias exteriores, el problema consiste en conocer hasta qué punto estas influencias, es decir, los mecanismos de aprendizaje, pueden producir enfermedades, o, puestos de otra manera, si algunas o todas las enfermedades mentales son simplemente conductas o representaciones aprendidas. Una cosa que parezca tan simple ha sido y es objeto de los más enconados debates en varios trastornos psiquiátricos. ¿Es la esquizofrenia una resultante de acontecimientos exteriores de determinado tipo o es una enfermedad que no tiene que ver con los acontecimientos anteriores? O, todavía, una tercera posibilidad, ¿es una enfermedad para la que existe una predisposición, pero sólo una predisposición y requiere determinados acontecimientos exteriores para desencadenarse? O bien, ¿basta sólo la predisposición y no hace falta los acontecimientos exteriores?

Las posiciones extremas en la manera de enjuiciar estos problemas tienen hoy pocos partidarios. Aún autores de orientación puramente psicodinámica como Arieti acepta ya la influencia genética en la esquizofrenia y no hay probablemente ningún psiquiatra clínico que no haya visto que una serie de situaciones de estrés se encuentren con frecuencia, pero no siempre, en los comienzos de la enfermedad, aunque a veces sea difícil decidir si dichas situaciones son más bien consecuencia que causa el trastorno.

¿Es la condición genética necesaria y suficiente o necesaria, pero no suficiente? Y la condición externa, ¿es suficiente o sólo puede actuar como desencadenante?

Al no existir en la esquizofrenia una causa demostrada, caben distintos matices en la interpretación de papel mayor o menor de los factores endógenos y exógenos, pero la posición que se toma con respecto a ellos tienen no sólo importancia teórica, sino también práctica, porque como hemos dicho en otras ocasiones, el mayor o menor peso que se de a unos u otros tendrá influencias en la dirección de las investigaciones y el mayor o menor acercamiento de esta dirección tenga con respecto a la realidad objetiva, influirá en su resultado final. Por supuesto, dejamos de lado en conocido tema que se expresa por el anglicismo «serendipitia», termino tomado de un cuento persa en que los príncipes del reino de Serendip tenían el don especial de encontrar cosas valiosas que no habían buscado. Claro que es posible que al investigar la esquizofrenia se des-

cubra la cura del cáncer, pero nadie se le ocurrirá investigar la cura del cáncer dirigiendo sus esfuerzos a la esquizofrenia. O quizás se le pueda ocurrir, precisamente a un esquizofrénico.

Dejemos, pues, para el futuro la respuesta exacta sobre la importancia real de factores endógenos y exógenos. Ponemos énfasis en los endógenos y de acuerdo con esto, tratemos hoy la terapéutica somática. Hay tres preguntas fundamentales a las que debemos responder al referirnos a los psicofármacos, que resumen en tres palabras: qué, cómo y cuándo. ¿Qué medicamento preferir? Y, cómo y cuándo usarlo.

En primer termino, hay que establecer la distinción entre casos de comienzo y casos crónicos. Preferimos el término «de comienzo» al de casos agudos. Por que en realidad es difícil hablar de casos agudos si entendemos por enfermedad aguda a la que tiene un tiempo de evolución corto. Un tiempo corto no permite hacer con seguridad el diagnóstico en cuanto a la esquizofrenia y la tendencia actual, es bien sabido, es a exigir un plazo de alrededor de seis meses antes de estar razonablemente seguro de que la enfermedad está presente.

Hasta hace pocos años, no había duda sobre el uso de los neurolépticos en los casos de comienzo. ¿Como? En dosis suficientes para alcanzar la supresión o la mayor disminución posible de los síntomas. La medicación debía mantenerse durante varios meses, aunque había autores, como Kalinowsky, que opinaban que a los dos o tres era conveniente interrumpir el tratamiento, para apreciar si la afección había pasado o sólo estaba enmascarada por la medicación, en cuyo caso este autor recomendaba acudir a los métodos de choque. Actualmente, como veremos más adelante, se discute si es conveniente el uso de los neurolépticos en todos los casos, debido al problema de sus efectos secundarios irreversibles.

¿Qué tipo de neuroléptico utilizar? Es clásico distinguir entre aquellos que tienen mayor poder tranquilizante o de la izquierda, como los franceses, y aquellos que tienen mayor poder anti-psicótico con menor poder tranquilizante, o de la derecha. Es conveniente insistir en esta distinción por que hay obras en que se confunden ambas, cuando en realidad son diferentes. Por Ejemplo, la clorpromacina y la levopromacina tiene, aproximadamente, la misma potencia anti-psicótica (anti-alucinatoria y anti-delirante), pero en poder tranquilizante la levopromacina es dos o tres veces más fuerte que su congénere.

Los llamados neurolépticos de la derecha, piperacínicos o desinhibidores, como los llaman los autores anglosajones, carecen prácticamente de poder tran-

quilizante, excepto cuando se administran en megadosis, pero son fuertemente antipsicóticos.

La equivalencia de los neurolépticos, en poder antipsicótico, ha sido establecida por distintos autores, En forma breve puede decirse que la tioridacina y la levopromacina son equivalentes a la clorpromacina, que aquella trifluoperacina es de 20 a 25 veces más potente que la clorpromacina y la flufenacina y el haloperidol son unas 50 veces más fuertes que la mencionada clorpromacina, que se toma como patrón. La fluspirilina es bastante semejante en este aspecto al haloperidol, aunque no se tiene el aspecto tranquilizante de este.

Hace algo más de 20 años se discutía mucho si era preferible comenzar el tratamiento de una esquizofrenia con neurolépticos o con tratamiento de choque, como la insulina y la electroconvulsión. Después, se fueron eliminando estos últimos métodos y quedaron en primer lugar los neurolépticos, aunque nunca se probó, con estudios inobjectables, que ellos fueran, a largo plazo, mejores que la insulina, por ejemplo. Últimamente han vuelto las discusiones, puesto que hay autores que mantiene la opinión, basada en distintos trabajos, de que el uso de neurolépticos no modifica el pronóstico de los enfermos, aunque, indudablemente, limita sus síntomas. Estas drogas producen, cuando se administran durante cierto tiempo, alteraciones irreversibles en cierto número de pacientes, se ha argumentado que si el índice de recuperación va a ser igual con neurolépticos que sin ellos, es preferible no utilizarlos de modo sintomático, sino solamente cuando los síntomas del enfermo los hagan imprescindibles. No creemos que esta opinión pueda tomarse como norma en este momento, pero nosotros agregamos heparina al neuroléptico, para tratar de disminuirlo o eliminarlo tan pronto como el estado del enfermo lo permita.

Es preciso ser muy cuidadoso en el diagnóstico diferencial de esquizofrenia y cuadro afectivo, al que hemos dedicado gran extensión de nuestra obra sobre esquizofrenia, en proceso de terminación. Hoy en día este tema está sobre el tapete, pues la psiquiatría norteamericana, muy influida por las tendencias psicodinámicas, le ha dado una amplitud tan grande al diagnóstico de esquizofrenia, en oposición a las tendencias europeas, que ha aparecido una reacción contra dicha extensión. Basta decir que en un estudio comparativo entre el diagnóstico de esquizofrenia en New York y Londres [1], se encontró que en los hospitales de la primera ciudad mencionada se hacía el diagnóstico de esquizofrenia y el de psicosis maniaco-depresiva en proporción de ocho o nueve esquizofrenias

por cada caso afectivo, mientras que en los hospitales de Londres la proporción era, prácticamente, de uno a uno.

El análisis de esos casos, realizado por una comisión conjunta anglo-norteamericana, llegó a la conclusión de que la proporción de diagnósticos de ambas entidades será, aproximadamente, de uno a uno, lo que estaba indicando que en New York se había incluido una buena proporción de maniaco-depresivos entre los esquizofrénicos. Hasta donde llega nuestro conocimiento, en la nueva clasificación psiquiátrica norteamericana se hace más estricto el criterio sobre el diagnóstico de esquizofrenia.

Hemos dicho en otras ocasiones que antes de la era psicofarmacológica, cuando el tratamiento somático era fundamentalmente de choque, el error de diagnóstico apenas tenía consecuencias prácticas, por que se había tomado equivocadamente por esquizofrénico a un maniaco-depresivo y se había indicado convulsión eléctrica, el enfermo se recuperaba con el tratamiento. Es más, se ha dicho que en ciertos número de casos, las llamadas «esquizofrenias» que remitían totalmente con la convulsoterapia no eran otra cosa que problemas afectivos mal diagnosticados y que precisamente las diferencias señaladas en distintos estudios sobre la eficacia del tratamiento convulsivo en la esquizofrenia se debía a la proporción de casos maniaco-depresivos, mal incluidos como esquizofrénicos.

Actualmente las cosas son distintas, pues si se trata a un deprimido con neurolépticos, al enjuiciar su problema como esquizofrénico, no sólo no se cura la depresión sino que se contribuye al mantenimiento del trastorno, como hemos señalado en nuestra obra *Bioquímica y terapéutica de los trastornos afectivos*, recientemente publicada.

Naturalmente, siempre existe un margen de error al hacer el diagnóstico de una esquizofrenia. pero debemos procurar que ese margen sea el menor posible, sobre todo en cuanto a la inclusión de cuadros depresivos que tengan ciertos síntomas de tipo cognitivo. No hay que olvidar la enorme influencia que tiene el estado afectivo en el contenido del pensamiento y no basta un síntoma de este tipo para clasificar a un enfermo como paranoide, cuando la manifestación interpretativa es secundaria y no primaria.

Aclarado este punto, debemos señalar que la comparación del efecto de los neurolépticos con el de un placebo, en la fase de comienzo de la enfermedad, ha sido realizada por distintos autores y que Klein y Davis [2], en 1969, realizaron la consolidación de mas de 100 estudios, llegando a la conclusión de que las

fenotiacinas, dadas en dosis suficientes, son más efectivas que un placebo, en proporción tal que excluye cualquier duda. Esas dosis suficiente es la que se ha denominado por distintos autores como «dosis antipsicótica» de clorpromacina o su equivalente en otros neurolépticos. Se ha establecido que dicha dosis está alrededor de los 800mg diarios, con pequeñas diferencias entre distintos autores.

En la fase crónica de la enfermedad, los problemas son algo distinto, porque el objetivo del tratamiento ya no se centra en la desaparición total de los síntomas, que no se han conseguido y por eso el enfermo se considera crónico, sino en su disminución y la prevención de las recaídas y el avance de la afección; al mismo tiempo, entra a jugar un papel destacado los efectos secundarios propios del mantenimiento de la medicación durante largos períodos.

En cuanto a la eficacia de los neurolépticos para prevenir las recaídas hay estudios irreprochables que la demuestran. En una revisión hecha hace unos años, Davis [3] analizó 24 trabajos en que se compararon los neurolépticos con un placebo, todos ellos realizados con técnica doble a la ciega. Hubo diferencias significativa a favor de los neurolépticos cuando se consolidaron los resultados de todos por medio de un método estadístico apropiado, la probabilidad de que la diferencia se debiera al azar fue menor de uno partido por 10 seguido de 87 ceros, es decir, una probabilidad tan extraordinariamente pequeña, que desde el punto de vista práctico puede calificarse de imposibilidad.

¿Cómo y cuándo usar los neurolépticos en la fase crónica? Para responder a estas preguntas hay que tener en cuenta que ellos tienen efectos secundarios de importancia en su administración a largo plazo, como son las disquinesias tardías, pudiendo ser también efectos de este tipo determinadas alteraciones que se han dado en llamar «psicosis post-neuroléptico», discutidas en cuanto a su existencia, pero que es posible que sean reales.

Los neurolépticos, lo conocemos todos, son bloqueadores de los receptores dopaminérgicos y este bloqueo, en la región nigro-estriada, es el responsable de los síntomas extrapiramidales que producen. Después, probablemente se crea una supersensibilidad de los receptores que resisten y esa es la explicación más aceptada de las disquinesias tardías. Ahora bien, si esa supersensibilidad se produce también en el sistema límbico, puede ser una causa de las propuestas «psicosis-post-neurolépticas», pero existen o no dichas psicosis, no hay duda de que la terapéutica a largo plazo con esas drogas no es tan inofensiva como se pensaba hace unos años, por lo que se ha tratado de conseguir otros medi-

camentos con menos efectos en ese sentido, como la clozapina, cuyo uso no se ha generalizado por tener otros inconvenientes. También se han propuesto otros tratamiento que permiten disminuir y, a veces, suprimir el neuroléptico, como el propanolol, la metildopa, la alfametilparatrosina, las drogas que pueden influir en las prostaglandinas, la llamada terapéutica megatritaminica, la hemodiálisis y nuestro propio tratamiento con heparina.

La mayoría de los autores considera que los resultados a largo plazo de los distintos neurolépticos son equivalentes y no hay demostraciones irrefutables de que un tipo produzca mejores efectos que otro, aunque el manejo del enfermo puede hacerse más fácil con algún particular, sobre todo teniendo en cuenta su acción más o menos sedativa o más o menos desinhibidora.

Las ventajas de la medicación en forma de depósito han sido expuestas por Calles y Calzadilla [4] en un trabajo publicado en la revista de este hospital y esto nos hace exime de referirnos a ella. También ha sido publicado en la misma revista un trabajo de García Fleitas [5] sobre las megadosis.

En cuanto a la corrección de los trastornos extrapiramidales por la medicación anticolinérgica, la opinión más sensata es que no debe usarse cuando no es necesaria y que después de un tiempo largo de uso puede ensayarse su disminución o supresión. El problema fue discutido ampliamente en un trabajo de Pérez Milán y Cutié Eressler, publicado en la revista de este hospital [6].

Lo anterior se refiere especialmente a pacientes hospitalizados; en cambio, en enfermos de consulta externa es defendible la opinión del uso sistemático del anticolinérgico, no por que responda a una necesidad, sino para evitar incidentes, que puedan dar lugar a la interrupción del tratamiento.

Un problema importante en los casos crónicos es la aparición de las disquinesias tardías, momento en que hay que decidir si se continúa el neuroléptico, con agravación de la disquinesia o si se interrumpe su administración, con agravación de la psicosis. El tratamiento de las disquinesias se ha intentado por multitud de los medios, que no es posible detallar en este momento, pero es claro que si se puede suprimir el neuroléptico o sustituirlo por otro tipo de medicación, ese es el paso más lógico. Sin embargo, hay ocasiones en que esto no es posible y no queda más recurso que escoger, entre dos soluciones malas, la menos mala.

En esta situación, una alternativa interesante la puede brindar el propanolol, ayudando a disminuir el neuroléptico y, al mismo tiempo, pudiendo dar lugar a una mejoría de las disquinesias. Como sabemos, el propanolol es un

betabloqueador adrenérgico y es capaz de atenuar, sobre todo, la agresividad y agitación motora de los enfermos, aunque no sea propiamente antipsicótico. Se ha utilizado y nosotros lo hemos usado en pacientes con alteraciones encefálicas orgánicas y en débiles mentales encefalopáticos.

Es interesante señalar que los esquizofrénicos toleran dosis que sorprenden por su magnitud, con muy poca repercusión sobre el pulso y la tensión arterial. Por ejemplo, Sheppard [7] comenzó por 160mg diarios y aumentó la misma cantidad todos los días, llegando a 2400 mg diarios, dosis que mantuvo durante más de seis meses, en siete esquizofrénicos en que hubo una significativa reducción de la agresividad y de la frecuencia de manierismos y estereotipias. Soló un enfermo, de los ocho que trató, no continuó el tratamiento, por que no resultó útil.

Hanssen y sus asociados [8] en 1980 utilizaron hasta 1440 mg diarios en seis esquizofrénicos resistentes a los tratamientos habituales; tres de ellos tuvieron mejoría con el propanolol sólo y cinco, de los seis, se beneficiaron con la asociación de propanolol y neuroléptico.

Lindstrom y Persson [9], también en 1980, hicieron un estudio controlado sobre el efecto del propanolol en 12 esquizofrénicos resistentes a los neurolépticos. Alcanzaron dosis de 1920 mg diarios, manteniendo estas cantidades por varias semanas. Los pacientes recibían decanato de flupentixol y de los dos, seis mejoraron, tres no tuvieron diferencias y tres empeoraron durante los períodos en que se usó la droga. La composición fue con un placebo y la valoración fue a la ciega.

Como antes expresé, el propanolol se ha propuesto para el tratamiento de las disquinesias tardías por distintos autores [10, 11], de modo que al usarse en casos crónicos con el objetivo de disminuir o sustituir el neuroléptico que le ha provocado disquinesias, podría tener una doble utilidad.

Nosotros lo estamos usando en una serie de esquizofrénicos en nuestro hospital y, hasta ahora, nuestra impresión es favorable en cuanto a su utilidad en cierta proporción de casos. No hemos comprobado su acción sobre las disquinesias tardías, pero es indudable que disminuye la agresividad y agitación. El trabajo realizado en débiles mentales encefalopáticos en el Hogar auxiliar de impedidos físicos #4, asesorado por nosotros, está pendiente de publicación en la revista de este hospital. [12]

Otra droga que se ha propuesto en casos de esquizofrenia, sobre todo si tienen un componente afectivo fuerte, es el carbonato de litio. Hace unos años

parecía absurdo hablar del uso del litio en esquizofrenia; es más, se decía que estos enfermos tenían una susceptibilidad especial al litio y que era riesgoso, además de inútil, utilizarlo en ellos. Hoy se está revisando ese criterio.

Ya en 1949 Cade [13] escribió que entre seis esquizofrénicos, tres habían tenido una reducción de sus fases de excitación al tratarlos con litio. Otro autor australiano, Glesinger [14] en 1954 hizo pruebas con el litio en la esquizofrenia, pero esas observaciones eran puramente clínicas, sin control del efecto placebo ni evaluación a la ciega de los resultados.

Zall y sus colaboradores [15], en 1968 volvieron a probar el litio en esquizofrénicos del subtipo esquizoafectivo y en 1970, Johnson [16] publicó un estudio realizados con la metodología adecuada, observando un resultado negativo, pues entre 11 pacientes, seis se pusieron peor, mostrando cinco, síntomas orgánicos, Cuatro, por el contrario, tuvieron cierta mejoría. Johnson atribuyó los síntomas tóxicos de tipo orgánico que observó a una especial susceptibilidad de los enfermos, pero una revisión posterior de su trabajo mostró que los niveles de litio en sangre de sus casos fueron muy altos, llegando hasta 2,5 miliequivalentes por litro. Como se sabe, no debemos pasarse de 1,5 a 1,6 miliequivalentes, de modo que es posible y hasta probable que los efectos tóxicos se debieran a una cantidad exagerada de litio y no a una susceptibilidad especial de los pacientes, pero las conclusiones del trabajo de Johnson se repitieron en textos y publicaciones, generalizándose la opinión de que el litio no sólo no era útil en la esquizofrenia, sino que no debía utilizarse, por que los pacientes de este tipo tenían una sensibilidad particular al litio.

Esta idea fue reforzada por un estudio de Shopsin y sus colaboradores [17] en 1971, en que trataron 21 pacientes que recibían un placebo durante siete días y clorpromacina o litio durante tres semanas. De los 21, 14 recibieron litio, pero seis de ellos tuvieron síntomas confusionales, a pesar de que, según los autores, el promedio de la litemia estuvo entre 0,75 y 1,3 miliequivalentes por litro, es decir, dentro de límites considerados como seguros. Concluyeron que la clorpromacina había sido más efectiva que el litio en cuanto a disminuir la integridad de los síntomas o producir una remisión.

A pesar de los resultados de Johnson y Shopsin, en 1972 Prien y sus colaboradores [18] repitieron la comparación entre clorpromacina y litio, encontrando que en casos muy excitados, ambas drogas tuvieron un efecto equivalente cuando el paciente podía terminar el período que recibía litio, pero que en tres casos no se pudo completar la prueba a causa de la excitación, habiendo que usar

clorpromacina. En cambio, en casos de excitación de intensidad mediana, las dos drogas fueron semejantes en cuanto a la reducción de la conducta psicótica.

De todos modos, a mediados de la década del 70 se consideraba la posibilidad de usar el litio en la esquizofrenia como prácticamente inexistente. En los últimos años, la reactivación de las discusiones acerca de la situación exacta del síndrome esquizoafectivo y el problema de las disquinesias tardías ha producido un resurgimiento del interés en el litio.

En 1979 Alexander y sus colaboradores [19] estudiaron 13 pacientes en fase aguda, diagnosticados como esquizofrénicos por tres psiquiatras, utilizando el criterio de la clasificación norteamericana vigente, y de los 13, ocho pertenecían al síndrome esquizoafectivos, teniendo especialmente en cuenta su evolución anterior. De ese total de 13, nueve mejoraron, con el tratamiento de carbonato de litio y entre esos nueve, había dos no incluidos en el subtipo esquizoafectivo. Ninguno se volvió asintomático, pero cuatro de los que mejoraron, empeoraron al suprimirse la medicación, mientras que un caso, que no era esquizoafectivo, y dos, que sí lo eran, mejoraron con un placebo y empeoraron con el litio. No se observó neurotoxicidad y uno de los enfermos, no esquizoafectivos, mejorado con el litio, no tuvo mejoría después, al cambiar el litio por un neuroléptico (pimocida). En resumen, la investigación fue favorable al uso del litio.

Por otra parte, Van Kammen y sus colaboradores [20], en 1980, utilizaron el litio en esquizofrénicos que habían desarrollado la llamada «depresión post-psicótica» o DPP. En 11 enfermos, que ya no tenían las manifestaciones propiamente esquizofrénicas, pero estaban deprimidos, después de dos semanas sin tratamiento neuroléptico, utilizaron el litio durante tres semanas o un placebo, durante dos semanas, precediendo o siguiendo al litio. Encontraron que seis de los 11 enfermos, respondieron con una disminución de litio, disminución que fue significativamente diferente en la tercera semana, al nivel de depresión de los que no respondieron. La depresión se intensificó de nuevo en las dos semanas de placebo que siguieron al litio en esos seis enfermos.

La combinación del litio con los neurolépticos ha sido también objeto de investigación. Small y sus colaboradores [21] usaron litio o placebo en períodos de cuatro semanas en enfermos mantenidos con neurolépticos. En nueve, de 11 ocasiones, hubo que interrumpir el período correspondiente al placebo por agravamiento del cuadro clínico. Alrededor de un 50% de los enfermos se beneficiaron, sin que se registraran ningún fenómeno tóxico. Fue un estudio bien controlado y los autores concluyeron la asociación de litio y neuroléptico tenía

efectos anti-agresivos, mejorando la conducta de los paranoides y la excitación de los catatónicos, a pesa de que se ha señalado, aunque sin suficiente confirmación, que la combinación de litio y haloperidol puede dar lugar a reacciones tóxicas.

De todos modos, la asociación de litio y neuroléptico tiene apoyo en un hecho interesante. Davis y sus colaboradores [22] encontraron que el litio tenía cierto efecto preventivo sobre la recaída de los esquizofrénicos, pero postulando la posibilidad, que ya conocemos, de que esas caídas pueden estar en relación, en ocasiones, con un aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos mesolímbicos y mesocorticales. Pues bien, en estudios en animales, se ha podido ver que al asociar litio y neuroléptico se puede prevenir el aumento de sensibilidad de los receptores dopaminérgicos extrapiramidales. En consecuencia, si en los seres humanos ocurre lo mismo, el litio podría tener valor para prevenir las disquinesias tardías, las posibles «psicosis postneurolépticas» y quizás, la depresión post-psicótica, pero todos esto es todavía hipotético, aunque digno de conocerse.

Para terminar, nos queda tratar de tratamientos de choque, que por ser suficientemente conocidos, no requieren más que muy pocas palabras. La insulina ha sido prácticamente abandonada, lo mismo que la psicocirugía. En cuanto a la convulsoterapia eléctrica, existe un trabajo clásico de May [23], cuyas conclusiones fueron que la convulsión eléctrica era superior a un placebo o al tratamiento por la influencia ambiental, pero menos efectiva que los neurolépticos, en sus resultados a corto plazo. A largo plazo [24], tanto los pacientes tratados con drogas como los tratados con TEC estuvieron menos tiempo en hospitales, después del episodio inicial, que los tratados en otra forma y no hubo diferencia entre electroconvulsión y drogas antipsicóticas.

De todos modos, el tratamiento electroconvulsivo aún se utiliza en algunas situaciones de emergencia (particularmente sitiofobia), ya que no hay duda de que es muy activo contra el negativismo: Nadie discute su efecto antidepresivo, pero menos han discutido su eficacia como antiesquizofrénico, que ha quedado siempre en duda, como dijimos en paginas anteriores, si los casos que ceden a la convulsión eléctrica son mas bien trastornos afectivos que puros esquizofrénicos, con los enfermos esquizo-afectivos situados entre ambos. Todavía actualmente no puede darse por zanjada esta cuestión, pero los efectos secundarios a largo plazo de los neurolépticos han reactivado el interés en los otros

tratamientos y la convulsoterapia ha vuelto a aparecer en trabajos recientes, después de años de silencio.

En conclusión, el campo de la terapéutica somática de la esquizofrenia está dominado por la psicofarmacología y dentro de ésta, por los neurolépticos. Nuestro tratamiento con heparina [25, 26] ha tenido una proporción de éxitos, pero no se ha hecho todavía un estudio doble a la ciega que pruebe su afección más allá de toda duda, pues la realización del tal estudio no está a nuestro alcance. El propanolol y el carbonato de litio se han usado en ciertos casos de la enfermedad, pero en el momento actual no hay una evaluación exacta de sus indicaciones y resultados y lo mismo ocurre con otros métodos.

Hemos terminado sin haber podido tener la ayuda de química de la sustancia imaginaria que debía haber estado disuelta en el refresco también imaginando que habrían tomado antes del comienzo. Estas circunstancias, sumada a la influencias de nuestra exposición, no nos permite tener la certeza de si el tiempo empleado ha resultado útil y de si algo de lo dicho los puede auxiliar en el tratamiento de los enfermos, pero estamos bien seguros de que nuestro deseo ha sido ese.

Muchas gracias.

REFERENCIAS

- [1] Professional staff of the United States/United Kingdom Cross-national Project: The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 80-102, winter 1974.
- [2] Klein, D.F., J.M. Davis: *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders*. William & Wilkins, Baltimore, 1969.
- [3] Davis, J.M: Overview: Maintenance therapy in psychiatry. I. Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 132: 1237-1245, 1975.
- [4] Calles, N. L. Calzadillas: Psicofármacos de acción prolongada: *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, XX: 711737, 1979.
- [5] García Fleites, P. y col. Esquizofrenia. Tratamiento intensivo con dosis crecientes de neurolépticos (trifluoperacina). *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, XX (Suplemento extraordinario número 3): 148-177, 1980.
- [6] Pérez Milán, J. F., A. Cutié Bressler: ¿Son necesarios los antiparkinsonianos en la cura neuroléptica? *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, XX: 665-679, 1979.

- [7] Sheppard, G.P.: High dose propranolol in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 134: 470-476, 1979.
- [8] Hanssen, T. et al.: Propranolol in schizophrenia: Clinical, metabolic and pharmacologic findings. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 685-690, 1980.
- [9] Lindstrom, L.H., E. Person: Propranolol in chronic schizophrenia: a controlled study in neuroleptic-treated patients. *Br J Psychiatry*, 137: 126-130, 1980.
- [10] Bacher, W.M., H.A. Lewis: Low-dose propranolol in tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry*, 137: 495-497, 1980.
- [11] Kulip, F.A., R. Wilbur: Propranolol for tardive dyskinesia and extrapyramidal side effects (Pseudoparkinsonism) from neuroleptics. *Psychopharmacol Bull*, 16: 18-19, 1980.
- [12] León, Z., L. Basterreches, R. Larragoiti: Acción del propranolol en la agresividad de los oligofrénicos encefalopáticos. Presentado en la Jornada interna de Defectología el día 23 de mayo de 1981. Pendiente de publicación en la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- [13] Cade, J.F.J.: Lithium salts in the treatment of psychiatry excitement. *Med J Aust*, 36: 349-353, 1949.
- [14] Gleisenger, B.: Evaluation of lithium treatment of psychiatry excitement. *Med J Aust*, 41: 277-283, 1954.
- [15] Zall, H., P.G. Therman. J.M. Nyers: lithium carbonate: a clinical study. *Am J Psychiatry*: 125, 549-555, 1968.
- [16] Johnson, G.: Differential response to lithium carbonate in manic depressive and schizoaffective disorders. *Dis Nerv Syst*, 31: 613-615, 1970.
- [17] Shopsin, B., S.S. Kim, S. Gershon: A controlled study of lithium vs chlorpromazine in acute s *Br J Psychiatry*, 119: 435-440, 1971.
- [18] Prien, R.F., E.M. Caffy Jr., C.J. Klett: A comparison of lithium carbonate an chlorpromazine in the treatment of manual. *Arc Gen Psychiatry*, 26: 146-153, 1972.
- [19] Alexander, P.E., D.F. Van Kamen, W.E. Bunney Jr.: Lithium in psychotic schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 136: 283-287, 1979.
- [20] Van Kamen, D.F., P.E. Alexander, W.E. Burney Jr.: Lithium treatment in Post-psychotic depression. *Brit J Psychiatry*, 136: 479-485, 1980.
- [21] Samll, J.G. et al.: A placebo-controlled study of lithium combined with neuroleptic in chronic schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*, 132: 1315-1317, 1975.
- [22] Davis, K.L., L.E. Hollister, W.C. Frits: Neuroleptic induced mesolimbic dopaminergic receptor hypersensitivity. Presented at 33rd annual meeting Society for Biological Psychiatry May 1978. Citado por Ven Kamen and De Fraités: Lithium treatment in schizophrenia: a review of treatment and prophylaxis in schizophrenia, schizoaffective disorders and periodic catatonia: in lithium, controversies and unresolved issues, edited by Cooper, Gershon: Kleimen and Schou. *Excepta Medics*, Amsterdam, 1979. (Pp. 35-97).
- [23] May, P.R.A.: Treatment of schizophrenia. Science House, New York, 1968.
- [24] May, P.R.A. et al.: Schizophrenia — A Follows up study of results of treatment. II. Hospital stay over two to five years. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 48-486, 1976.
- [25] Larragoiti, R., J. López Valdés: Un nuevo tratamiento de la Esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*: XIX: 709-725, 1978.
- [26] Larragoiti, R., J. López Valdés: Estado actual de la investigación sobre la terapéutica heparínica de la esquizofrenia. I. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, XXI: 595-6607, 1980. II. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, XXII: 93-104, 1981.

Carlos Acosta Nodal (1921-2010)

ÁNGEL ARTURO OTERO OJEDA

El profesor Carlos Acosta Nodal nació en el año de 1921 en las provincias centrales de Cuba, Hijo de un prestigioso y austero abogado y juez de esa localidad, lo que evidentemente jugó un papel de primer orden en el desarrollo de su personalidad, escalas de valores y principios éticos.

Se graduó de Dr. En Medicina en 1948, en la Universidad de La Habana, Obteniendo el internado en Psiquiatría¹ en el entonces único hospital universitario del país, el Hospital «General Calixto García Íñiguez», en donde llevó a cabo sus primeras actividades asistenciales docentes e investigativas, y al cual estuvo vinculado de manera directa o indirecta durante casi toda su extensa y fructífera vida profesional.

Cuatro, fueron las áreas de la psiquiatría, en que sus aportes fueron especialmente significativos.

Formación integral de profesionales:

Como un educador se destacó por su preocupación por la formación integral de sus discípulos especialmente el compromiso con la ética de la profesión, la atención integral y desinteresada a los pacientes, el rigor científico y asistencial (incluyendo la auto superación).

Lo más significativo de este aspecto es que no fue solamente a partir de conferencias, escritos o recursos retóricos sino, fundamentalmente, del ejemplo de su actitud en la vida que ejerció esta enseñanza.

¹ Posteriormente, el internado se convirtió en el último año de la carrera de medicina, y en una u otra variedad resultaba obligatorio para todos graduados, pero en la época en que se graduó el Dr. Acosta, era un preciado galardón, que solo se concedía a los mejores expedientes de cada curso.

APORTES A LA PSICOTERAPIA

En los primeros años de la década de los 50 del pasado siglo, el profesor Acosta se integra al incipiente grupo de profesionales que liderados por el insigne profesor José Ángel Bustamante trabajaron por la creación de una sociedad psicoanalítica Cubana, organizando sesiones científicas y una amplia gama de actividades docentes incluyendo la participación de destacadas figuras internacionales del psicoanálisis, entre las que sobresale, la del Profesor Escoriza (apellido castellanizado), psicoanalista italo-americano que vino expresamente a Cuba a desempeñar esa función pedagógica. No sólo psicoanalizó a los doctores Acosta y Bustamante, sino también a otros psiquiatras y psicólogos (estos últimos provenientes de la Universidad Católica de Villanueva), de los que muy pocos están vivos²... y aquí (José Pérez Villar, y Jesús Nogueira Rivero)³.

Su fidelidad a sus principios honestidad, coraje y capacidad científica (reconocidas hasta por sus más acérrimos detractores), lo condujeron a una encarnizada y prolongada batalla contra quienes, no en todos los casos por error, trataron de imponer el criterio de que el psicoanálisis era una expresión de divisionismo ideológico y propugnaron su prohibición y la estigmatización de quienes lo practicaban.

En su bregar contra estas concepciones, y con el apoyo de no muchos colegas, llevó la discusión ante las más altas autoridades del país, con el feliz resultado de que la justeza de sus posiciones fuera reconocida.

Aun en los momentos de más agudos ataques al psicoanálisis mantuvo ininterrumpidamente sus seminarios y entrenamiento básico en esta forma de psicoterapia, a residentes de la especialidad y desarrolló una modalidad de psicoterapia basada en el cine «Cinedebate terapéutico», que tiene las virtudes de permitir su aplicación a grandes grupos, de poder ser enfocada desde los principios de cualquier escuela de psicoterapia.

² Nota del autor de esta semblanza: Solo tenemos constancia de la existencia del profesor Pérez Villar (reconocido y venerado en Cuba, como el padre de la Psiquiatría infantil Cubana), quien vive actualmente en los Estados Unidos de América, y según comunicación personal de su hija (Marilyn Pérez), a pesar de su y muy avanzada edad se mantiene lúcido.

Sobre Nogueira, podemos decir que falleció en La Habana hace pocos años, y del resto de aquel grupo, no tenemos noticia alguna.

También es fallecido, el estadístico del equipo, Lic. José M. Magriñat, quien ejerció dicha función durante todo el proceso de elaboración de los primeros 2 glosarios cubanos. Solo alcanzó a participar en unas pocas de las primeras actividades para la confección del GC₃

³ Datos obtenidos gracias a la gentileza del profesor Jesús Dueñas Becerra.

Esta técnica (expuesta y defendida por el Profesor Acosta, en innumerables escenarios nacionales e internacionales; es a nuestro juicio la variante de hacer psicoterapia más difundida y conocida en Cuba (y la que ha beneficiado a mayor número de pacientes) suele aplicarse como complemento de otras variantes psicoterapéuticas.

Su uso, fue, de manera espontánea, implementado y generalizado rápidamente en todo el país y actualmente, está incorporada al armamentarium terapéutico de casi todos los Hospitales de Día y Centros de Salud Mental del país, y su conocimiento forma parte del currículum de los residentes de la especialidad de Psiquiatría.

A partir de las necesidades psicológicas y limitaciones de los pacientes psicóticos, diseñó un modelo psicoterapéutico de apoyo a los mismos, enfatizando, que no por lo mucho que la enfermedad hubiese menoscabado sus capacidades mentales (cognitivas, afectivas, y volitivas), su condición humana se conservaba y que como seres humanos que eran, tenían la necesidad de entender y ser entendidos, para lo cual, era menester decodificar su forma *sui generis* de comunicación.

Adiestró a los residentes en las características del lenguaje oral, gestual y corporal del paciente psicótico, así como en la identificación de sus estados de ánimo y necesidades psicológicas, y de los artilugios psicológicos que nos permiten satisfacerlas, de manera que la relación médico paciente con ellos tuviese siempre un efectivo mensaje terapéutico.

Se definió, hasta su muerte, como un psicoanalista ortodoxo, sin embargo, su amplia e integral concepción del ser humano lo llevaron (sin renunciar jamás a su afiliación psicoanalista), a incluir en su práctica investigativa, médica y docente, áreas de interés, habitualmente fuera de la esfera de interés de la mayoría de sus colegas psicoanalistas.

ESTUDIO DEL RETRASO MENTAL

En los primeros años de la década del 70, realizó importantes aportes al estudio del Retraso Mental (especialmente de grado profundo y severo) en Cuba, de una manera integral, tomando en cuenta, tanto su tipificación nosológica, como las limitaciones y necesidades, que esta noxa implicaba para pacientes y familiares.

Anticipándose a lo que ahora llamamos diagnóstico integral personalizado, hizo del paciente, sus convivientes y su entorno una unidad clínico terapéutica.

Dio especial interés, a la comunicación con ellos, a encontrar y entender sus reacciones, aparentemente inmotivadas y a la provisión de estimulación, fuentes de placer y aprendizaje sencillo y ameno.

Concedió particular importancia a la prevención de las crisis emocionales de estas personas cuyos precipitantes (habitualmente situaciones intrascendentes para una persona normal) debían ser previstas y manejadas adecuadamente.

También fue pionero en la utilización de los recursos informales de la comunidad en la terapéutica, incluyendo en estos a los propios pacientes y sus familiares.

Estudió con especial interés a las necesidades de comunicación, y las limitaciones sensoriales y motoras asociadas, y a la necesidad de corregirlas para hacer viable la rehabilitación de las funciones de validismo más esenciales.

Como resultado de esta experiencia, ya en el Segundo Glosario Cubano de Psiquiatría (GC 2), se dedicó un enjundioso capítulo al Retraso Mental, que incluye informaciones sobre sus variedades etiológicas y manera de cuantificar objetivamente el grado de retraso, que fue incorporado más tarde al GC 3.

Es oportuno señalar, que en esa época (e incluso hoy en día), las clasificaciones internacionales, trataban esta categoría de manera muy superficial, así como que este capítulo del GC 2, se anticipa a su momento histórico, al proponer un modelo triaxial de diagnóstico (Diagnóstico positivo — Grado de retraso y etiología)⁴.

Aportes a la nosología y clasificación de los trastornos mentales y a la defensa del patrimonio cultural latinoamericano

En sus palabras de introducción al Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría, el Dr. Eduardo B. Ordaz escribió:

Perdido ya en la distancia de los años transcurridos, yace el recuerdo de lo que fuera el inicio de la intervención del Hospital Psiquiátrico de La Habana, en la empeñosa tarea de introducir en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, las singulares aportaciones provenientes de pueblos que albergan el ardor y la originalidad de las mentes que aun conservan la frescura y el ímpetu de su joven tránsito por el mundo, en medio de un concierto

⁴ Téngase en cuenta, que hoy en día, 40 años después, la OMS reconoce que no ha abordado a profundidad esta categoría en sus clasificaciones

de pueblos, ya maduros o envejecidos, que han perdido el oído para escuchar el fragor y percibir el verdor de lo nuevo que nace.⁵

Fue un día de agosto del año 1969 cuando, al reintegrarse a nuestra Institución el Profesor Carlos Acosta Nodal, trajo en sus planes la iniciativa que dio lugar a un Primer Glosario Cubano, luego un segundo y hoy con extremado placer el tercero. (fin de la cita).

El 28 de Agosto de 1971 se crea el Comité de Dirección del Primer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC1), y el Profesor Acosta es nombrado su presidente., dando inicio a una tradición de trabajo ininterrumpido de casi 40 años de existencia y que se renueva ahora con el manual Latinoamericano.

El GC1 concebido, diseñado y presidido por el Dr. Acosta Nodal, fue la primera adaptación de la CIE (Cap. V) escrita en un idioma diferente al inglés, y hasta la actualidad, conjuntamente con su segunda y tercera versión y la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) las únicas en una lengua derivada del Romance.

El papel protagónico de la obra del Dr. Acosta en el desarrollo de una cultura y escuela latinoamericanas de nosología y clasificación psiquiátricas es reconocido implícitamente por el Profesor Carlos Berganza, fundador y Presidente histórico de la GLADP, al expresar en el prologo a la Sección de Trastornos habitualmente diagnosticados durante la infancia y la adolescencia del GC3.

... Sin duda alguna, el GC3 representa el punto de partida para ese otro gran esfuerzo que hemos iniciado y que esperamos revertir en el desarrollo a corto plazo de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico.

El Profesor Juan Enrique Mezzich, quien ha ocupado los cargos de Presidente de la Sección WPA de Diagnóstico y Clasificación, así como la Secretaría General y la Presidencia de dicha prestigiosa institución, ha calificado a su obra (la serie de los Glosarios Cubanos), como «el aporte más significativo de Latinoamérica a la nosología universal».

El GC1 contenía propuestas de cambios a 75 de las categorías y subcategorías de la CIE 8.

El GC 2 también dirigido por él introduce, además de sugerencias de modificaciones a 64 categorías de la CIE 9 numerosos aportes sobre conceptos teóricos

⁵ En lo subrayado, el Dr. Ordaz se apoya en una cita del Profesor Acosta

de la especialidad y las primicias, de lo que en el GC3 asesorado por él, sería un objetivo fundamental, la defensa del patrimonio científico cultural de nuestros pueblos y de nuestra capacidad experticia y madurez para ser tenidos en cuenta como colaboradores (no simplemente importadores) de sistemas taxonómicos.

Este tema es retomado en la introducción de la GLADP, por el ya aludido profesor guatemalteco, quien en justo reconocimiento a su valor conceptual e histórico reproduce parte de la introducción al GC 2 escrita por el Dr. Acosta.

¿POR QUÉ UNA GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO?

Con la publicación de la 10ª revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992a) y la 4ª edición de la adaptación norteamericana (APA, 1994) expertos de países altamente desarrollados y con importantes recursos humanos y materiales han producido —con la participación de especialistas de países menos desarrollados— clasificaciones diagnósticas oficiales.

Propuestas como universales en la especialidad. Sin embargo, estos sistemas, pese a los enormes esfuerzos de sus creadores, parecieran no ser suficientes para reflejar las maneras idiosincrásicas de experimentar una enfermedad y las necesidades clínicas particulares de la población latinoamericana. Debe reconocerse que, aunque la investigación empírica en esta región está emergiendo recientemente, la experiencia diaria de sus clínicos es un recurso que no puede ser ignorado.

En este sentido, y por la actualidad que conservan, se reproduce aquí las ideas expresadas en la introducción a la segunda edición del Glosario Cubano de Psiquiatría (Acosta Nodal y Cols., 1986) por el Presidente de su Comité de Dirección, Profesor Carlos Acosta Nodal:

Un país subdesarrollado tiene incuestionablemente disminuidas sus capacidades en lo que se refiere a la utilización de recursos técnicos y metodología científica. Pero en manera alguna tiene menos creatividad y originalidad en el esfuerzo; antes bien, sus científicos poseen un material de observación sumamente rico en calidad de matices: desde los que proporcionan las organizaciones sociales más primitivas, con el cortejo sintomático que les es propio, hasta los correspondientes a los grupos humanos con un alto nivel de desarrollo, cuya patología psiquiátrica es diferente en ciertos aspectos a la de organizaciones sociales más atrasadas.

Esto sin desconocer las diferencias que la cultura de cada país impone a todas sus manifestaciones.

No pretendemos desdeñar lo que tiene de valiosa la colaboración proveniente de los países altamente desarrollados, capaces de transmitir sus habilidades e informar sobre teoría científica. Pero hay que estar muy atentos para evitar el tutelaje sobre-protector, que esteriliza y deforma el crecimiento que debe discurrir por los caminos propios del contexto económico social correspondiente a cada nación.

Un glosario nacional sirve a dichos propósitos de formación y producción científicas orientadas por la cultura, pero, además, constituye una aportación a la comunidad internacional hecha por sus miembros activos que contribuyen por ese medio a enriquecer la clasificación internacional de enfermedades.

Ya jubilado, el profesor Acosta fungió como asesor del GC 3 y de la GLADP. Introdujo el Eje 4 «Otros factores contextuales» (no necesariamente nosógenos) en el GC3 y tuvo una importante participación en la personalización del proceso diagnóstico en la GLADP.

Su intransigencia con toda posición oportunista, o a la resignación a dejar las cosas *ser* «por no buscarse problemas,» su compromiso a todo riesgo con sus principios y su alta exigencia al respeto a la dignidad humana y los derechos de los pacientes, independientemente del poder y posición de aquellos a quienes pudieran «molestar» sus criterios, ni que sus puntos de vista pudiesen, por error (en el mejor de los casos) ser interpretados de manera distorsionada por personalidades de reconocida influencia...

Afortunadamente, sus demandas en la mayoría de los casos, condujeron a la consecución de los objetivos que perseguían, muchas veces tras un largo y difícil camino de incompreensión y hostilidad en su contra y que (como regla general) no fueran después reconocidos como aportes suyos.

Su ejemplar vida, y legado ético docente han devenido un ejemplo digno de ser seguido para los más, una posición quijotesca (noble, valiente y honesta, y admirable, pero azarosa y poco practica) para algunos y un derrotero obligatorio para otros.

Profesor Carlos Acosta Nodal (1921-2010): psicoanalista ortodoxo hasta el último aliento

JESÚS DUEÑAS BECERRA

*«Era de los hombres [...] que
legan, generosos, lo mejor de sí
a millares de hombres».*

Pablo de la Torriente Brau

No creo que haya frase más elocuente que la del escritor, periodista y combatiente internacionalista, Pablo de la Torriente Brau, para sintetizar —con pocas palabras— la herencia ética, científica, humana y espiritual, legada por el profesor, doctor en Ciencias Médicas, Carlos Acosta Nodal, a las actuales y futuras generaciones de profesionales de la salud mental. Y en especial, a quienes tuvimos el honroso privilegio histórico de ser sus discípulos en el infatigable quehacer docente-educativo del finado maestro en el campo del psicoanálisis ortodoxo, al que nunca renunció..., ni siquiera cuando hablar de psicoanálisis en nuestra geografía insular era expresión de «diversionismo ideológico»; macabra interpretación dada al genial aporte de Sigmund Freud y Hermann Rorschach al desarrollo de las neurociencias por los «revisionistas» (léase extremistas, o mejor, oportunistas) del marxismo-leninismo, que tanto daño hicieron no sólo al materialismo dialéctico e histórico como doctrina filosófica, sino también a la Revolución Cubana.

Conocí al profesor Acosta Nodal en La Habana, cuando él —en la década de los 70 del pasado siglo— comenzó a ejercer como profesor principal la docencia médica superior (pre y postgrado) en el hoy Hospital Psiquiátrico de La Habana (HPH) «Cdte. Dr. Eduardo Bernabé Ordaz».

Si algo me fascinaba de la carismática personalidad del doctor Acosta Nodal no era sólo su fidelidad a la escuela psicoanalítica ortodoxa y a su ilustre fundador, sino también la cultura general que poseía y la innata capacidad

como polemista que lo caracterizara. Todavía mi memoria sensible conserva —con meridiana claridad— aquellas discusiones desarrolladas en las sesiones científico-médicas mensuales, donde se enfrentaba a los doctores Allan Rosell Anido y Pedro García Fleites (fallecidos) para defender —«a capa y espada»— los indiscutibles valores del psicoanálisis ortodoxo en el contexto de la terapéutica psiquiátrica, y específicamente, en el terreno de la psicoterapia, una de sus grandes pasiones, sin negar —nada más lejos de la realidad ni de su verdadera intención— el valor de los tratamientos biológicos (psicofarmacoterapia, terapia electroconvulsivante, insulino-terapia u otros recursos al alcance del especialista).

Otra de las más notables contribuciones del profesor Acosta Nodal al desarrollo de la psiquiatría cubana e iberoamericana, y en particular a la taxonomía psiquiátrica, fue el hecho indiscutible de haber sido el principal artífice de los dos primeros Glosarios Cubanos (GC 1 y 2) a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIEM), y ya jubilado desde 1986, desempeñar la importante función de asesor en la confección del GC-3 y en el I Glosario Latinoamericano de Psiquiatría.

Ahora bien, el doctor Acosta Nodal no solo se consagró en cuerpo, mente y alma al ejercicio de la psiquiatría, a la enseñanza de dicha especialidad y a la formación integral de centenares de especialistas en esa rama de las ciencias biomédicas, sino también incursionó —como sólo un psicoanalista de su estatura científico-cultural podía hacerlo— en el periodismo científico-literario en la *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* (versión impresa), así como en otros medios especializados de prensa (cubanos y foráneos), y fue autor principal o coautor de varios textos dedicados a la docencia superior (pre y postgrado) en las universidades de Ciencias Médicas de la mayor de las Antillas.

El profesor Acosta Nodal era Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, de la Sociedad Internacional de Psicoanálisis, con sede en Viena, Austria, la cuna de Sigmund Freud, y de otras sociedades científicas nacionales y extranjeras, a las que honrara con su membresía.

No creo necesario expresar aquí cuánta tristeza originó en mi alma la infausta noticia relacionada con el lamentable deceso el 26 de marzo de 2010 del profesor, doctor Carlos Acosta Nodal, psicoanalista ortodoxo de pura cepa, que vivía, amaba, soñaba y creaba —no obstante su avanzada edad— en la patria de Varela, Martí y Fidel.

Hiram Castro-López Ginard (1944-1995)

ISIDRO BALY
ANA MARÍA MARTÍNEZ
OCTAVIO GÁRCIGA

Nació el 19 de Abril de 1944 en Ciudad de La Habana, en el seno de una familia de clase media. Curso sus estudios primarios en Las Escuelas Pías de Guanabacoa. La enseñanza media la comenzó en la Academia Militar del Caribe, graduándose de Bachiller en el Instituto Preuniversitario de la Víbora.

En estos momentos buscando su independencia decide incorporarse a la vida laboral y trabaja en el MINCEX durante dos años, hasta que decide incorporarse a la carrera de Medicina.

Se gradúa como Doctor en Medicina en el año 1969 y de especialista de 1er. grado en el año 1975, con resultados sobresalientes. Durante ese intervalo de tiempo hace su servicio social en Sagua La Grande, donde organiza y dirige las actividades relacionadas con la psiquiatría en la región, siendo además el responsable de investigación del Grupo de Salud Mental en la provincia de Villa Clara.

En 1976 se traslada al Hospital Psiquiátrico de Matanzas donde se desempeña como Subdirector Docente y Responsable de Investigaciones, así como Responsable de Docencia e Investigaciones del Grupo Provincial de Salud Mental y posteriormente, Presidente de la Filial de la Sociedad Psiquiátrica de Matanzas.

En 1979 obtiene por concurso la plaza de Investigador en el Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, adscrito a la Academia de Ciencias, mientras que conjuntamente ocupa la Jefatura del Hospital de Día en el Hospital General Calixto García. En el año 1981 comienza a organizar y dirigir el Dispensario de Salud de La Habana Vieja, donde desempeña un meritorio trabajo.

En 1986 recibe la propuesta de organizar el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Docente Julio Trigo, ocupando además la Subdirección Docente del mismo durante los dos primeros años de su funcionamiento.

Su labor docente comenzó durante la carrera como alumno ayudante, actividad a la que se mantuvo vinculado durante toda su vida profesional, llegando a ser Profesor Titular y participar en numerosas actividades docentes de pre y postgrado, tanto de carácter nacional como internacional y siendo tutor o asesor de numerosas tesis.

También se mantuvo vinculado a las tareas investigativas, realizando o participando en numerosas investigaciones y eventos científicos nacionales e internacionales. Obtuvo el Grado de Candidato a Doctor en Ciencias en 1982 y el de Doctor en Ciencias en 1986.

Publicó más de 40 trabajos en revistas científicas, tres monografías y 15 libros, la mayoría de los cuales han sido o son textos de diversas carreras universitarias.

Durante su vida profesional colaboró en numerosas tareas dentro del MINSAP o con otros organismos donde sus conocimientos fueran útiles, por citar algunos de ellos: Colectivo de Autores para los Planes de Estudio y Programas de las especialidades de Defectología del MINED; Elaboración de Programas de la Dirección Nacional de Docencia Médica; con la Escuela Nacional del PCC; con el MININT; fue miembro del Consejo Científico Técnico Asesor del Ministro de Salud Pública; Presidente de la Comisión Nacional para el otorgamiento de la Especialidad de 2do. Grado en Psiquiatría.

Fue miembro de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y de la Sociedad Interamericana de Psicología.

Dentro de sus principales aportaciones al desarrollo de la Psiquiatría en el país están: la descripción de la Psicosis Histórica Imaginativa Crónica; un sistema teórico práctico de Hospitalización Parcial; el sistema de atención ambulatoria, Dispensario de Salud Mental (tesis de candidatura); aportes novedosos en las concepciones teóricas y prácticas sobre las neurosis y la Histeria (tesis de doctorado) y la creación de la Psicoterapia Sistémica de Modificación de Predisposiciones.

Esta apretada síntesis de su trayectoria profesional, nos permite afirmar que con brillantez y dedicación puso su vida al servicio del desarrollo de la Psiquiatría en nuestro país hasta el 31 de mayo de 1995, fecha en que falleció.

Teoría sobre las neurosis

HIRAM CASTRO-LÓPEZ GINARD

Las neurosis constituyen una entidad unitaria y bien definida, cuyo núcleo central es la histeria, el resto de las formas clínicas son manifestaciones de la misma. Se diferencia de muchos cuadros afectivos y de gran número de síndromes obsesivos, debido a las alteraciones orgánicas de diversos tipos.

Una predisposición es el estado de organización funcional del sistema nervioso que se forma a partir de la interrelación de las condiciones congénitas del individuo con la experiencia vivida en el desarrollo histórico y predetermina de forma inconsciente sus conductas, emociones, etc. Las predisposiciones identificadas como típicas de las neurosis son: las de evitación, de búsqueda de apoyo y reafirmación, que son responsables de sus síntomas y características.

Es conveniente aclarar que nuestra concepción sobre el inconsciente es diferente de la clásica desarrollada por Freud, que es la más difundida. Nos basamos en los aportes de psicólogos soviéticos (Uznadze, Bassin) que postulan la conciencia dividida en dos áreas: la autoconciencia, que es el conocimiento del individuo de ser sujeto de su actividad; y el inconsciente, que está formado por los hábitos y las predisposiciones.

La patogenia se encuentra relacionada con mecanismos neurofisiológicos y psicológicos.

Se establece un sistema sujeto—ambiente integrado por la información exterior e interoceptiva, el sistema límbico y la corteza, regido por esta última. La corteza determina el tipo de información que debe tener acceso a los centros



Hiram Castro-López Ginard.

superiores y la que debe ser detenida; estos mecanismos explican la totalidad de los síntomas neuróticos, tanto las amnesias, las hiperestesias, las fobias, las disociaciones y trastornos conversivos (FRD).

Niveles de la Atención Psicoterapéutica:

- 1er. Nivel. Acciones educativas en nivel principalmente cognitivo.
- 2do. Nivel. Técnicas dirigidas a modificar síntomas o conductas específicas.
- 3er. Técnicas de reestructuración de personalidad.

Psicoterapia de Modificación de Predisposiciones.

Dirigida para tratar neurosis, trastornos de personalidad y situacionales.

Hasta de 40 pacientes.

8 a 12 sesiones.

Cada sesión de uso 75 minutos.

Consta de 5 etapas. Cada etapa tiene sus objetivos y recursos propios.

1. Estructuración del grupo, inicio del trabajo, se trazan los lineamientos generales y se ensayan en la práctica los métodos usuales de la actividad.
2. En esta etapa se comienza la aproximación de los pacientes a sus predisposiciones.
3. Concientización de las predisposiciones y su significación.
4. Cambiar las predisposiciones inadecuadas en los pacientes.
5. Se realiza un balance de los obtenidos y planificación de la vida futura.

Libros más relevantes.

Psicopatología clínica. Editorial Pueblo y Educación, 1983.

Psiquiatría I. Editorial Pueblo y Educación, 1987.

Psiquiatría II. Editorial Pueblo y Educación, 1988.

Psiquiatría III. Editorial Pueblo y Educación, 1989.

Histeria y neurosis. Editorial de Ciencias médicas, 1989.

Tendencias actuales en Psiquiatría. Experiencia cubana. Editorial Científico Técnica 1989.

Psicoterapia. Editorial Pueblo y Educación, 1990.

Semiología y clínica de las alteraciones de la personalidad. Editorial Pueblo y Educación, 1992.

Diagnóstico y terapéutica de los trastornos de la personalidad. Editorial de Ciencias médicas, 1993.

Dr. C. Octavio Gárciga Ortega. Profesor Auxiliar y Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Profesor Principal de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y de la Facultad de Ciencias Médicas «Julio Trigo López».

DESARROLLO

Bases teóricas de la técnica de Psicoterapia Sistémica de Modificación de Predisposiciones.

La psicoterapia es un procedimiento muy utilizado en la prevención, terapéutica y rehabilitación; sin embargo, es en el tratamiento de las neurosis y trastornos afines donde se indica principalmente, ya que es el único método que puede lograr su curación.

Expondremos nuestra teoría sobre la neurosis y después las de la psicoterapia, que están estrechamente relacionadas entre sí; porque si somos consecuentes con la teoría del conocimiento científico no podremos negar que la terapéutica de las enfermedades debe actuar sobre sus elementos etiológicos y los factores patogénicos, y la psicoterapia no es una excepción.

Actualmente las concepciones acerca de la neurosis se encuentran en un momento de crisis; es lógico que así sea, porque las teorías imperantes no se ajustan a la realidad, ni están a la altura del desarrollo del conocimiento científico.

Por una parte está la concepción clasificatoria, que se basa en manifestaciones formales, como ocurre con la mayoría de las alteraciones psiquiátricas; en la que se emplean elementos de principio de siglo o del pasado. En estos momentos las clasificaciones más avanzadas como el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM.III) niegan las neurosis como categoría; sin embargo, eluden el problema limitándose a designarlas de manera general como «trastornos de». Algunos autores de prestigio (Kaplan y Freedman) que aceptan dichas clasificaciones, suelen hacer referencia a «es lo que se conocía como», porque todo parece confuso.

También, para citar las más difundidas, están las concepciones del psicoanálisis y los conductistas, que sostienen sus propias teorías que no satisfacen las expectativas actuales de una manera integral. Es cierto que han sido revita-

lizadas por diferentes autores, que en algunos casos son considerados disidentes de la escuela de base, pero el problema no ha sido resuelto.

Esta situación nos ha preocupado desde hace más de 15 años; desde entonces hemos venido estudiando el problema. Se han realizado muchas investigaciones que han permitido establecer una teoría. Esta ha sido comprobada. El estudio de una entidad o grupo de estas debe partir de su epidemiología y manifestaciones, hacia su etiología y patogenia; sólo entonces podrá dirigirse a la terapéutica de los conocimientos surgidos en la práctica a la elaboración de hipótesis en consecuencia. Estas hipótesis deben ser confirmadas nuevamente en la práctica con los controles propios de un estudio científico.

La extensión y delimitación de las neurosis es sorprendentemente estable y formal si nos atenemos a las concepciones actuales, su diferencia del resto de los trastornos de nivel neurótico se basa en los siguientes aspectos: las vías nerviosas implicadas y su carácter simbólico, con referencia a los trastornos psicofisiológicos; si se manifiestan por síntomas o rasgos, para diferenciarlas de los trastornos de personalidad; y su estructuración, tiempo de duración y relación con un problema, para distinguirlas de los trastornos situacionales.

Para ningún especialista es desconocida la frecuencia con que los histéricos presentan vómitos continuados, pseudociesis y otros trastornos propios de las vías vegetativas, también es elevada la frecuencia con que pacientes con trastornos de la personalidad presentan síntomas neuróticos durante las etapas de descompensación; no es extraña la coincidencia de síntomas psicofisiológicos y neuróticos, para sólo citar uno de los muchos ejemplos que contradicen objetivamente las concepciones clásicas.

Con referencia a la diferenciación de las neurosis entre sí, ocurre otro tanto; para establecerla las concepciones tradicionales se basan esencialmente en las manifestaciones clínicas; sin embargo, con frecuencia coexisten las de un tipo con las de otros y el diagnóstico sólo se realiza por las predominantes, pero no es raro que en la larga evolución de estos trastornos el cuadro se transforme en el transcurso del tiempo. ¿Es posible que una neurosis se transforme en otra durante su evolución?

Si nos ocupamos de la etiología, la situación es peor aún. Es cierto que el psicoanálisis sostiene una teoría etiológica y que los conductistas también aportan otro tanto, pero como hemos visto en capítulos anteriores, estas hipótesis no pueden sostenerse con el estado de los conocimientos del momento actual. Naturalmente se han postulado las modificaciones, pero ellas no cambian la

esencia de la situación. Los estudiosos de las neurosis experimentales, investigadores biológicos o de aspectos psicológicos han hecho aportes innegables, pero parciales y no han podido integrarse sólidamente; no puede hablarse de un conocimiento etiopatogénico irrefutable.

Lógicamente esta situación repercute en la terapéutica, basada en las hipótesis mencionadas que tienen más elementos para desaprobarlas que para apoyarlas, se dirige a un mero alivio sintomático, o se enfoca hacia algunos aspectos parciales algo más conocidos.

Nosotros consideramos que las neurosis constituyen una entidad unitaria y bien definida, cuyo núcleo central es la histeria, el resto de las formas son manifestaciones clínicas de la histeria. Claro está, la diferenciamos de muchos cuadros depresivos, que son en realidad trastornos afectivos y de gran número de síndromes obsesivos, debidos a alteraciones orgánicas de diversos tipos.

En relación con la etiología, consideramos que sobre una cierta base constitucional, en la interrelación del sujeto con su medio, se produce un aprendizaje que va estructurando predisposiciones típicas (*ustanosvkas*); estas predisposiciones van a determinar de forma inconsciente las actitudes y gran parte de la conducta de los pacientes, incluida sus expresiones cognoscitivas y afectivas, los síntomas típicos son también expresiones de las predisposiciones neuróticas.

Una predisposición es el estado de organización funcional del sistema nervioso que se forma a partir de la interrelación de las condiciones congénitas del individuo con la experiencia vivida en su desarrollo histórico, y predetermina de forma inconsciente sus conductas, emociones, etc. Las predisposiciones identificadas como típicas de las neurosis son: las de evitación, de búsqueda de apoyo y de reafirmación, que son responsables de sus síntomas y características. Es conveniente aclarar que nuestra concepción sobre el inconsciente es diferente de la clásica desarrollada por Freud, que es la más difundida. Nos basamos en los aportes de psicólogos soviéticos (Uznadze, Bassin) que postulan la conciencia dividida en dos áreas; la autoconciencia, que es el conocimiento del individuo de ser sujeto de su actividad; y el inconsciente, que está formado por los hábitos y las predisposiciones.

La patogenia se encuentra relacionada con mecanismos neurofisiológicos y psicológicos. Para su mejor comprensión, debemos referirnos a elementos de la información-comunicación y a las motivaciones psicológicas conscientes e inconscientes; si consideramos el sistema nervioso central (SNC) como un conjunto de vías de información y centros que la codifiquen y decodifiquen, de acuerdo

con los avances de la neurofisiología veremos que existe una integración a nivel de la formación reticular ascendente (FRA), que comprende la información que proviene del medio externo, la actividad cognoscitiva consciente, las emociones y los aspectos inconscientes. De esta forma se establece un sistema sujeto-ambiente integrado por la información exterior e interoceptiva, el sistema límbico y la corteza, regido por esta última. La corteza determina el tipo de información que debe tener acceso a los centros superiores y la que debe ser detenida; estos mecanismos explican la patogenia de la totalidad de los síntomas neuróticos, tantos las amnesias, las hiperestesias, las alteraciones de la memoria, las fobias, las obsesiones, los estados de crepusculares, las conversiones (en este caso con la formación reticular descendente), etcétera.

De esta forma pueden concebirse dichos mecanismos con los conceptos de disminución de las capacidades en los canales y la introducción de ruidos fisiológicos o emocionales en el sistema; por supuesto en el caso de las neurosis la alteración fundamental será de carácter primariamente emocional, esto permite diferenciar una disociación de un retraso mental que se debe a una disminución anatómo-fisiológica en la capacidad de canales y centros, mientras que la de la histeria está producida por la introducción de un ruido emocional, consciente o inconsciente. En ambas situaciones se produce la desintegración de la información a nivel de la FRA lo que se expresa en síntomas similares.

Otro elemento que debe tenerse en cuenta es que la neurosis es un desarrollo que en sus inicios se muestra sólo en las características de personalidad, pasa por el nivel de síntomas neuróticos clásicos y puede alcanzar niveles psicóticos tanto agudos como crónicos; por tanto, el diagnóstico de una neurosis no debe restringirse a sus manifestaciones en ese nivel, es necesario tomar en consideración su posibilidad en los niveles extremos.

La terapéutica indicada, es la psicoterapia sistémica, cuyo elemento central es la técnica de modificación de predisposiciones, que demostró resultados sorprendentes en investigaciones cuidadosamente controladas, lo que es ya muy evidente en la experiencia clínica por su gran difusión. A pesar de esta amplia aplicación lo planteado no pasaría de hipótesis interesantes, basadas en el estudio y tratamiento de numerosos pacientes, pero además de haber sido rigurosamente demostrada con investigaciones de seriedad, cada uno de sus aspectos confirman a los demás, lo que constituye un sólido sistema experimental del que expondremos algunos aspectos.

Los elementos etiológicos fueron demostrados en diferentes investigaciones con más de mil pacientes, se aprecia la constancia de las predisposiciones en los neuróticos; su ausencia en los sujetos normales y la inconstancia, en enfermos de otros niveles. Esto se reafirma en los estudios longitudinales de los patrones de aprendizaje en familias de neuróticos, y su comparación con sujetos normales y pacientes de otras patologías, así como la relación que tienen con las predisposiciones tratadas; también pueden citarse entre otros ejemplos, los estudios de la evolución de estos pacientes al modificar terapéuticamente las predisposiciones.

La unidad de las neurosis se demuestra en las investigaciones que determinan los síntomas presentes en las diferentes formas clínicas, su evolución a lo largo de la historia vital de los neuróticos, la constancia de las predisposiciones características y la evolución ante su modificación terapéutica. Sus etapas evolutivas a través de los diferentes niveles y sus elementos patogénicos, fueron definidos a principios de la década pasada: los primeros, incluyen la confirmación de los cuadros agudos ya descritos (Bustamante, clasificación soviética, etc.) y la descripción de los crónicos. Posteriormente conocimos que los cuadros de naturaleza alucinatoria habían sido descritos a la vez, o quizás antes, por autores franceses, no así los imaginativos de naturaleza parafreniforme. Estos cuadros fueron confirmados en su evolución y terapéutica. Los aspectos se definieron por aquella época, a partir de la novedosa teoría de la información que se relacionó con los hallazgos de los neurofisiólogos dedicados a los estudios fundamentales del sistema nervioso; estas hipótesis fueron apoyadas por trabajos clínicos fundamentales, y en fechas recientes con estudios neurofisiológicos de carácter poligráfico.

La categoría de los trastornos de la personalidad engloba en nuestra opinión dos tipos de alteraciones: una, que se corresponde con los estadios iniciales de las neurosis; y otra que lo hace con los verdaderos trastornos de la personalidad o psicopatías.

El primer tipo aunque formalmente sólo exprese trastornos en la forma de ser o carácter, es indiscutiblemente una etapa de la neurosis, mientras que los segundos a pesar de que muestran floridos cuadros sintomáticos de tipo neurótico, son verdaderas psicopatías. Se diferencian porque en los primeros predomina el aprendizaje morboso, y en los segundos lo esencial es la predisposición genética. Claro está existen no sólo elementos clínicos, sino evolutivos y terapéuticos que las diferencian y que han sido definidos en distintos estudios;

entre ellos están su aparición más precoz, mayor rigidez, características peculiares y menor respuesta terapéutica para las psicopatías.

Con referencia a los trastornos situacionales, su enfoque debe considerar dos aspectos: la situación y el terreno; esto significa que el sólo hecho de una evolución de poco tiempo y un elemento predisponente, no es suficiente para definir el diagnóstico. Es innegable que una aparente alteración de este tipo puede deberse a la descomposición de una personalidad proclive, en evolución hacia una estructuración neurótica, para hablar correctamente en uno de sus primeros estadios. De cualquier forma un trastorno situacional evolucionará positivamente al superarse el agente agresor, mientras que una neurosis permanecerá latente en el mejor de los casos.

Si tomamos en cuenta los elementos diferenciales encontrados en los estudios realizados, estamos en situación de decidir si son o no necesarias acciones psicoterapéuticas. A reservas de que se profundice más en su estudio, lo cual es necesario.

La diferenciación clásica de las neurosis con los trastornos psicofisiológicos es una de las más problemáticas y choca con las observaciones teóricas y prácticas. Los elementos tradicionales son inoperantes; sin embargo, en esta categoría queda mucho por definir. En ocasiones, los trastornos psicofisiológicos se comportan como neurosis y tienen algunas de sus características, en otras no; a veces se combinan sus manifestaciones y expresiones. Algunos responden muy bien a terapéuticas biológicas, como la acupuntura; otros no. La relación es muy estrecha pero aún queda mucho por estudiar.

Sin embargo, en todas estas alteraciones se manifiestan de una u otra forma las predisposiciones anormales, lo que justifica su tratamiento con la psicoterapia diseñada para su modificación, lo que ha sido confirmado en los estudios experimentales y la práctica habitual.

Adentrándonos en el plano estrictamente psicoterapéutico, el objetivo de nuestra técnica, como es natural, es la modificación de las predisposiciones anormales. Como las predisposiciones unen a su expresión psicológica, bases neurofisiológicas, es necesario enfrentar el problema utilizando recursos para actuar desde ambas vertientes; lógicamente es indispensable, antes de iniciar el trabajo sobre las predisposiciones de los pacientes, que estos hayan concientizado su presencia y significación. Hace ya bastante tiempo que ha sido demostrado por investigadores de la psicología marxista soviética, que es posible llevar un predisposición inconsciente a la autoconsciencia del individuo (Bassin), esto

se produce bajo circunstancias especiales, entre las que se destaca la presencia de gran ansiedad; en el plano de la clínica la situación se torna más compleja, es necesario un cuidadoso trabajo preparatorio y la aproximación se realiza por etapas.

Cada predisposición predetermina de manera probabilística un cierto número de características, actitudes, forma habitual de reaccionar ante un rango de situaciones, o como quiera llamársele; en un inicio, el terapeuta después de identificar las que con más evidencia caracterizan a cada una de las predisposiciones a modificar, comienza el proceso de hacerlas conscientes. Debemos tener en cuenta que habitualmente los pacientes desconocen las motivaciones reales de muchas de las conductas, decisiones, reacciones emocionales, etc. Para lograr este conocimiento deben emplearse recursos que permitan soslayar la deformación catatímica involuntaria que depende en muchos casos del desagrado que originaría su conocimiento; entre los recursos a utilizar se encuentran el empleo del primer sistema de señales, el enfrentamiento sorpresivo bajo una carga de ansiedad que inhiba la barrera cognitivo-emocional, el abordaje gradual y otros.

No es necesario trabajar con la amplia gama de elementos que caracterizan cada predisposición, es suficiente hacerlo con las más notorias; una vez lograda la comprensión deseada, se pasa a la etapa de toma de conciencia de las predisposiciones, que se logra con recursos similares, apoyándonos en lo obtenido; después se examina su significado para el paciente.

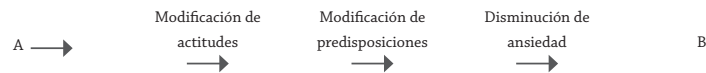
El siguiente paso, sin duda el más importante, es el que permite los cambios en las predisposiciones. Si hasta aquí habíamos utilizado exclusivamente recursos psicológicos, ahora además de ellos, emplearemos elementos fisiológicos.

Entre los recursos psicológicos se encuentra el conocimiento del qué, el cómo y el por qué, así como sus manifestaciones y consecuencias, esto le brinda seguridad al paciente al conocer que no es un juguete de la suerte, que la angustia no es pródromo de una catástrofe, qué hacer para superar su situación, las experiencias de lo que ya ha logrado, etcétera.

Desde el ángulo fisiológico ha sido demostrado que la disonancia de una conducta con la predisposición que la determina genera angustia (Bassin, Uznadze), lo que se constituye en un condicionamiento instrumental negativo al cambio. El empleo de una técnica de relajación a voluntad, reduce esta angustia y permite insistir en la conducta disonante, la que al repetirse, va debilitando las conexiones nerviosas propias de la predisposición en cuestión.

En la medida en que se trabaje sobre estos elementos y por supuesto, sobre otros de menor importancia, puede ir además ampliándose el campo de acción de las predisposiciones adecuadas que cubren el espectro de las patológicas en extinción.

La concepción sistemática de la técnica se desarrolló a partir de estudios teóricos y experimentales y las necesidades asistenciales. A partir de estos elementos se concibe la acción psicoterapéutica sobre los pacientes como un sistema biopsicosocial con dos entradas:



Cualquier acción psicoterapéutica sobre el individuo se ejercerá necesariamente desde una de esas dos entradas y producirá cambios en el resto de los elementos del sistema. La acción simultánea desde ambas entradas produce cambios más rápidos y decisivos.

En los párrafos anteriores hemos descrito los elementos esenciales en la acción de la técnica; por supuesto, en los capítulos dedicados a cada variante desarrollaremos en detalle sus etapas, los objetivos a lograr en cada una de ellas y los recursos que deben emplearse para hacerlo. A continuación dedicaremos algunas líneas a exponer cómo surgieron estas concepciones y los estudios realizados para comprobarlas.

A finales de la década del 60, después de terminar el entrenamiento en una psicoterapia de influencia psicoanalítica cultural y trabajar varios años en ella, iniciamos la organización de los servicios en una extensa región del interior del país. Nuestra intensa motivación por este proceder terapéutico recibió un rudo golpe, esta modalidad no podía cubrir ni en forma mínima la demanda de los numerosos pacientes que la necesitaban, todavía las preocupaciones por los aspectos teóricos no eran muy agudas. Probamos su aplicación en grupo para aumentar la cantidad de pacientes tratados, pero el tiempo empleado, de seis u ocho meses hasta un año o más, y el tamaño habitual de los grupos, entre ocho y doce pacientes no mejoraban gran cosa la situación.

Después intentamos el empleo de técnicas más «superficiales», especialmente la de transformación de actitudes; en este caso aunque acortaba el tiempo y podía realizarse con grupos mayores, observamos que a pesar de que se ob-

tenían resultados positivos en los pacientes, eran más bien transitorios, como si existiera una fuerza o inercia que los hiciera retornar a sus características iniciales al cabo del tiempo.

En esos momentos no nos interesábamos tanto por los problemas teóricos como por las posibilidades asistenciales. Nuestros primeros estudios sobre el particular se cuestionaban qué era lo efectivo en la psicoterapia; a partir de uno de los más conocidos, el estudio comparativo de más de 500 pacientes tratados por diez técnicas psicoterapéuticas de diferentes principios, surgió de la hipótesis inicial de la concepción sistémica expuesta en párrafos anteriores.

A continuación dedicamos nuevos estudios a confirmar la hipótesis y a desarrollarla con elementos de aplicación en la práctica asistencial, con ellas se descartaron algunos mitos tradicionales y se estructuró la acción simultánea multifactorial desde ambas entradas del sistema; paralelamente se trabajaba en la estructuración de la técnica fundamental de entrada al sistema. Después de elaborar nuestras hipótesis sobre los elementos centrales o «diana» que debían modificarse, conocimos de los aportes de psicólogos marxistas soviéticos sobre las predisposiciones; cuando apreciamos la coincidencia de ambos elementos adoptamos su terminología, ya que fueron ellos los primeros en señalar el fenómeno. Se había llegado a similares conclusiones desde dos vías: el estudio fundamental en psicología general y la terapéutica, sólo restaba elaborar la técnica que permitiera la modificación de las predisposiciones, para lo que fueron de gran ayuda nuestros estudios sobre las neurosis, que nos permitieron identificar las predisposiciones típicas, las características de su estructura, etcétera.

Como es natural en sus inicios la técnica era más elemental, dejaba lagunas por definir y conservaba tanto las influencias de nuestra primera etapa como psicoterapeutas como las de las concepciones y mitos tradicionales, lo que puede verse en publicaciones de hace ya tiempo: entre ellas puede apreciarse la gran importancia que se daba a la relación médico-paciente, que evidentemente trasluce influencias transferenciales, la naturaleza de algunas interpretaciones; etcétera.

Hace algunos años que la modalidad de grupo se estructuró en la forma en que la utilizamos hoy. En ella se han entrenado numerosos psicoterapeutas y las investigaciones sobre su efectividad, realizadas no sólo por nuestro colectivo, sino también por otros independientes, muestran resultados sumamente alentadores.

En fecha más reciente hemos iniciado la aplicación de sus bases teóricas a las modalidades de familia y terapias breves, lógicamente aunque tienen las mismas bases, la estructura técnica es muy diferente porque se plantean objetivos distintos.

Debemos reflexionar sobre el valor de algunas concepciones de la psicología clásica, ya que el no observarlos o enfocarlos de forma diferente, sorprende a muchos terapeutas y tradicionalmente lleva a interesantes debates en los eventos internacionales. Naturalmente existen también elementos indiscutibles que son generales a toda práctica psicoterapéutica.

La transferencia o su sustituto más atenuado, la relación médico-paciente, es considerada por gran número de terapeutas el elemento básico de la psicoterapia, así lo considerábamos nosotros en los primeros tiempos del desarrollo de la técnica. Esta concepción partió de los planteamientos de Freud que la calificaba como el elemento motivacional esencial del tratamiento, su hipótesis se basa en que el paciente «transfiere» sus emociones, que lo ligan al progenitor significativo y generalmente son inconscientes, hacia el terapeuta, este fenómeno lo vincula al terapeuta como si fuera dicho progenitor y la situación además de mantener al paciente en el tratamiento determina en esencia la marcha de este.

En nuestra opinión, la relación médico-paciente es sólo una modalidad de las relaciones interpersonales; al igual que en cualquier actividad humana, constituye un requisito indispensable una buena relación para su mantenimiento. No es posible ninguna actividad exitosa y productiva, ya sea maestro-alumno, marido-mujer, jefe-subordinado, entre compañeros, etc., sin una adecuada relación interpersonal.

Considerar que la relación médico-paciente se trata de situación excepcional que determina el curso del tratamiento, choca con la lógica del pensamiento científico y al parecer constituye más un dogma que una realidad basada en una hipótesis interesante y hasta armoniosa poéticamente, pero nunca rigurosamente demostrada. Otro elemento a considerar es que la pasividad del terapeuta evita interferencias en el proceso. Surge de las hipótesis freudianas que postulan que al encontrarse el paciente en una situación terapéutica y bajo el estímulo de la transferencia, su inconsciente orienta las asociaciones de manera que tengan un curso productivo, salvo las lógicas resistencias que deben ser interpretadas para que conduzcan a los elementos traumáticos esenciales.

Debemos señalar que nos referimos a los elementos que realmente determinaron estas concepciones y no a posteriores explicaciones, que en esencia no

cambian en nada la situación; por otra parte insistimos en que no es nuestro propósito una crítica peyorativa, sólo deseamos inducir un debate productivo sin lastimar a compañeros que en ocasiones mantienen estos postulados en forma emocional y no aceptan de buen grado el análisis cognoscitivo que tan saludable es al desarrollo de la ciencia.

Opinamos que aunque es un inaceptable error de principiantes, una actividad irreflexiva que impida la adecuada maduración cognitivo-emocional que es tan necesaria al desarrollo, un especialista debe tener objetivos en su actividad, lo que implica el empleo de recursos para obtenerlos, y no dejar la dirección del tratamiento al azar o al arbitrio de fuerzas que casi pueden considerarse como místicas.

La interpretación es indudablemente una de las armas fundamentales de los psicoterapeutas, el problema estriba en qué se interpreta y cómo se hace. Es también incontrovertible que la esencia de la interpretación es llevar a la autoconciencia elementos definitivamente inconscientes o al menos catatímicamente deformados. Ahora bien, ¿es adecuada la interpretación que suele basarse en elementos preconcebidos, muchos de ellos símbolos decodificados en culturas y etapas que en mucho difieren de la situación y época actual?

La comunicación humana es simbólica sobre todo, el lenguaje es un sistema de ese tipo y no es el único, sin embargo, la complejidad de la teoría de la comunicación no puede reducirse a eso. La significación y el significado deben ser considerados en un contexto sociocultural, subjetivamente mediatizado. Los patrones histórico-sociales de una cultura, se refractan en un individuo a través de su propia historia personal, la que en modo alguno puede ser mecánicamente generalizable; aún más, la tendencia clásica de considerar al sujeto un juguete de sus instintos, impulsos y traumas, niega la libertad del ser humano; deben tenerse en cuenta las motivaciones, los principios, el sentido personal, etc., para de esta manera establecer el equilibrio entre la situación actual y las tendencias inconscientes, antes de aventurar una interpretación, que es más satisfactoria para el terapeuta que útil para el paciente que muchas veces la acepta por pasividad o disciplina, o como parte de los elementos morbosos propios de la alteración que pretendemos curar.

Sobre la importancia de las etapas infantiles, consideramos que es una realidad indiscutible; no obstante, la concepción del trauma motivó ciertas dudas hasta el mismo Freud. La evolución de la libido es ya para muchos profesionales un cómodo punto de referencia más que una realidad, sin hablar del rígido me-

canicismo evolucionista que se basa; a pesar de ello ambas concepciones siguen extraordinariamente extendidas en el mundo. Pensamos que es más adecuado considerar que una personalidad con inmadurez psicológica y fisiológica en su etapa de formación es mucho más vulnerable que cuando se encuentra formada y además tiene mecanismos para enfrentar las situaciones. De todas formas la estructuración de la personalidad del individuo es como hemos visto un proceso de aprendizaje complejo, en que se relacionan las condiciones internas con el medio a través de la experiencia vivida. Todo esto determinará las características, significaciones, motivaciones y sentido personal, a lo que se añaden las predisposiciones inconscientes.

En relación con los condicionamientos esgrimidos por los behavioristas, no les falta razón en principio; sin embargo, el ser humano es mucho más complejo que el animal y es ingenuo reducir no sólo una enfermedad o alteración, sino la personalidad, que es la síntesis apreciable de manera inmediata del ser humano, a aspectos elementales que entran en contradicción con todos los factores que hemos señalado anteriormente.

Las nuevas tendencias se esfuerzan en superar estas deficiencias agregando nuevos elementos, que en general hacen más adecuadas sus hipótesis, pero creemos que sería más razonable no hacer arreglos en la estructura, sino volver al inicio y replantearse la situación en otras dimensiones.

Por último, vamos a tratar un aspecto que para algunos ha sido controvertido. ¿Es posible que con la brevedad de nuestra técnica, puedan lograrse importantes modificaciones en sujetos que arrastran durante largo tiempo sus alteraciones? Consideramos que la técnica permite una comprensión integral del qué, cómo y por qué, cuando esto se mantiene de una forma clara en la autoconciencia, crea una situación que puede igualarse a un nuevo replanteamiento de las cosas, con una gran participación a estas alturas de la esfera emotivo-volitiva. A esto se suman las experiencias vividas en la etapa, una mayor seguridad en sí mismo y recursos para superar las dificultades inherentes al sostenimiento de su nueva proyección de vida. Al paciente se le brinda el conocimiento, las armas para lograr su curación y una nueva experiencia en la vida; está en libertad de decidir su futuro, es adecuado que sea de esta forma.

La experiencia clínica y numerosos estudios en los que han realizado un seguimiento de gran número de pacientes durante largos años, no son pocos los mantenidos por más de diez años, han demostrado que la etapa de mejoría se va incrementando en la mayor parte de los pacientes durante el año que sigue a

la terminación del tratamiento y los mejores resultados se logran alrededor de los seis meses; después la tendencia ascendente tiende a estabilizarse, aunque los resultados propios de la regulación ejecutora mantienen con frecuencia el ascenso. Una vez lograda la estabilización de los primeros meses, es raro que se produzcan retrocesos y recaídas.

PSICOTERAPIA SISTÉMICA DE MODIFICACIÓN DE PREDISPOSICIONES

(Modalidad de grupo)

Nuestra técnica se aplica a grandes grupos, pueden incluirse hasta 40 o 50 pacientes. Se realiza en grupos cerrados con una duración de 8 a 12 sesiones, esto le brinda una elevada productividad; un terapeuta que trabaja con dos grupos a la semana, puede atender más de 400 pacientes al año. Las sesiones tienen una duración de unos 75 minutos y una frecuencia semanal. Su mejor indicación es en los pacientes de nivel de funcionamiento neurótico.

Esta técnica ha demostrado una gran efectividad, no sólo en la práctica clínica, sino en numerosas investigaciones que han sido realizadas por nuestro colectivo y por otros. En los estudios comparativos ha tenido al menos igual efectividad que las técnicas más clásicas, aunque en la mayoría de ellos sus resultados son superiores. Si recordamos su carácter sistémico, explicado en capítulos anteriores, veremos que se emplea la acción simultánea de diferentes técnicas desde las dos entradas del sistema.

Desde la entrada A que comprende la modificación de características de la personalidad, empleamos la técnica fundamental que es la modificación de predisposiciones; desde la entrada B que actúa con recursos psicofisiológicos, utilizamos el entrenamiento autógeno y la hipnosis colectiva. Se comienza la sesión con la modalidad de modificación de predisposiciones que dura alrededor de 50 minutos, se da al grupo un descanso que oscila entre 5 a 10 minutos y se aplica el entrenamiento autógeno y la hipnosis, que son las técnicas complementarias.

Terapia de modificación de predisposiciones

Esta técnica consta de 5 etapas bien delimitadas, cada una de ellas tiene sus objetivos específicos y los recursos para obtenerlos. Una vez que han sido logrados los objetivos de una etapa, puede pasarse a la siguiente.

Primera etapa

En ella se produce la estructuración del grupo y el inicio del trabajo, se trazan los lineamientos generales y se ensayan en la práctica los métodos usuales de la actividad. En estos momentos se comienza a profundizar en el conocimiento de las características de los pacientes. La motivación de los pacientes por el tratamiento y el análisis de las responsabilidades de cada uno en el proceso terapéutico, son elementos de la mayor importancia para el éxito del tratamiento. En resumen, los objetivos son:

1. Estructurar el grupo y comenzar el trabajo.
2. Trazar los lineamientos generales y realizar una práctica de los métodos que se utilizarán.
3. Aumentar el conocimiento de los pacientes.
4. Crear la motivación por la terapia.
5. Determinar las responsabilidades en el proceso terapéutico.

En los primeros tiempos de desarrollo de la técnica poníamos énfasis en el desarrollo de la relación médico-paciente, las observaciones prácticas y el desarrollo teórico nos llevaron a sustituir este aspecto, por los de estructuración del grupo y motivación de los pacientes.

Un grupo humano debe tener requerimientos mínimos para ser considerado como tal, ellos son: objetivos, características y una historia de trabajo comunes; mientras no se logre el cumplimiento de estos requisitos, puede hablarse de una reunión de varias personas, pero no de un grupo, mucho menos de uno terapéutico. Por ello, después de presentar los terapeutas y tratar algunos elementos generales de tipo organizativo, como son la duración aproximada del tratamiento, la importancia de la asistencia y puntualidad, etc., se procede a trabajar en la obtención de este primer objetivo.

En la práctica se dirigen al grupo en diferentes momentos y en orden sucesivo, las preguntas sobre las expectativas que tienen del tratamiento, cómo se desenvolverá y por qué vienen a él. En la medida que los pacientes comienzan a responder dichas preguntas se van creando debates que son estimulados por el especialista, que irá llevando la temática de una manera implícita, nunca ejercerá una dirección evidente ni dará opiniones específicas; más bien, de una manera mayéutica conducirá al colectivo a una reducción al absurdo de las ideas erróneas y provocará la comprensión de los aspectos principales del tratamiento.

Al mismo tiempo, el terapeuta comienza a señalar conductas y actitudes inadecuadas en los pacientes; es importante que estas manifestaciones se generalicen al resto del grupo, no en sus aspectos formales sino en su esencia.

Estas conductas deben ser confrontadas con el efecto que tienen en los demás y lograr que se cuestionen los motivos inconscientes que realmente provocan las conductas. Es evidente que al llegar a este punto, sin mencionarlo explícitamente, van evidenciándose las motivaciones inconscientes; el tenor de ansiedad que ha ido provocándose permite ir trascendiendo la comprensión cognoscitiva, para hacerla más integral, a esas alturas el grupo debe estar preparado para iniciar un primer contacto con el tema de los síntomas y sus posibles motivaciones inconscientes; el enfrentamiento sorpresivo de ambas situaciones suele revestir un acentuado dramatismo, que es necesario para esta primera aproximación. Los pacientes van comprendiendo cosas nuevas, a menudo insospechadas, sobre ellos mismos.

El tema de la responsabilidad terapéutica debe ser cuidadosamente planeado. Con frecuencia se aprovechan los intentos de los pacientes de poner en una situación paradójica al terapeuta; cuando aparentan halagarlo al resaltar la confianza que tienen en él y su técnica, en realidad lo que pretenden es no esforzarse en cambiar por los temores y los beneficios inconscientes que obtienen de la enfermedad, con lo que quedan tranquilos y sin sentimientos de culpa, porque la responsabilidad es del especialista. Es importante el enfrentamiento sorpresivo, con intenso carácter dramático, con la libertad y responsabilidad que tienen ante la lucha con la enfermedad; deber quedar claro el papel del terapeuta que se limita a ayudarlos a conocerse mejor, a comprender qué les ocurre y que sepan cómo superarlo; lo demás les corresponde a ellos si en realidad lo desean, en caso contrario, es importante lograr la comprensión de que en su inconsciente la enfermedad puede ser una solución morbosa en su manera de enfrentar la vida. Cuando esto ha sido logrado, se coloca a los pacientes ante una paradoja terapéutica: o se esfuerzan en superar sus trastornos, o tienen que reconocer que no quieren hacerlo, porque a pesar de lo que se dicen conscientemente, sus alteraciones le son necesarias o convenientes. Por último se destacan los aspectos más importantes que se han producido, y se acuerda la próxima sesión.

Lo que hemos expuesto para esta etapa es una guía general, que puede tener diferente orden o basarse en otros recursos, siempre que se respeten los aspectos esenciales y se logren los objetivos de la etapa:

1. Al definir cuál es el objetivo final del tratamiento y por qué se encuentra allí, generalizar las características y síntomas y realizar el trabajo en el colectivo, están presentes las premisas necesarias para la existencia del grupo.
2. Los lineamientos generales y el ensayo de los métodos se han ido perfilando en el curso de la sesión.
3. El aumento del conocimiento de los pacientes es tan obvio que no es necesario resaltarlo.
4. La motivación por el tratamiento surge del conocimiento que los pacientes comienzan a vislumbrar de sí mismos, el sentido de pertenencia al grupo, las posibles soluciones y la responsabilidad ante su enfermedad y la terapéutica, que son algunos de los aspectos motivadores fundamentales.
5. La responsabilidad ante el proceso quedó bien definida en párrafos anteriores.

Nunca puede pasarse a la siguiente etapa sin haber vencido los objetivos de la anterior, para lograr esto suele bastar una sesión, o a lo sumo dos.

Segunda etapa

En esta etapa se comienza la aproximación de los pacientes a las predisposiciones. Como el proceso debe ser progresivo y gradual, en este nivel se empieza por las manifestaciones más externas o próximas, sus formas habituales de respuesta o actitudes.

Estas formas de evaluar el ambiente y responder a él no son totalmente conscientes, o al menos no son sus motivos reales, la forma como afectan a los demás y sus consecuencias. La forma habitual de comunicación del paciente es uno de los aspectos de este problema; los miembros del grupo deben aprender que lo que quieren comunicar no es siempre lo que es percibido por los demás; igualmente, lo que se decodifica de la comunicación de los otros, no es siempre lo que se intentaba llevar en el mensaje. Eso debe hacerse evidente y también las consecuencias que produce. Por ello los objetivos de la etapa son:

1. Seguir profundizando en el conocimiento de las características de los pacientes.
2. Lograr que estas características se hagan conscientes a ellos.

En las sesiones de esta parte del tratamiento, el terapeuta, que ha estimulado la discusión sobre los aspectos tratados, va haciendo evidente determinadas

situaciones que se presentan. Cuando se hayan percibido claramente por el colectivo, es el momento de comenzar su generalización.

Todas las manifestaciones del ser humano tienen un cuño personal, que es el que le imprime la mediatización de sus condiciones internas y le otorgan individualidad, no obstante, sus elementos esenciales trascienden esas expresiones formales. En los pacientes de nivel neurótico esto es mucho más evidente, sobre todo cuando se expresan elementos morbosos.

Una de las tareas fundamentales del terapeuta es generalizar dicha esencia al grupo, o al menos a la mayoría. Sin esto, señalar una expresión sólo tendría el valor que le confiere ser un recurso a utilizar posteriormente, cuando esta generalización sea posible. Este proceso tiene cierta complejidad y si se llega a los elementos esenciales antes de tiempo, se producirán temores y rechazos, lo que impedirá alcanzar los fines esperados; una forma práctica de lograrlo son las preguntas al grupo: «¿No se les parece en nada lo que ha hecho X, a lo que estaba haciendo Y hace un rato? Esto mismo se le pregunta a X o Y, después se van incluyendo los demás.

Volvemos a insistir en que estas acciones no pueden realizarse en un nivel estrictamente cognoscitivo, puesto que la barrera cognoscitivo-emocional impedirá la concientización integral imprescindible, son útiles una elevada dramatización de las situaciones, rapidez y variaciones de la línea esperada, enfrentamientos sorpresivos e incluso la presión del grupo. Todo ello eleva el tenor de ansiedad del grupo e inactiva los recursos de la barrera cognoscitivo-emocional. Esta situación es necesaria para la toma de conciencia, ya que de otra forma se produciría una distorsión catatímica.

Una vez alcanzada la generalización deseada puede pasarse a enfrentarla con los elementos fundamentales de la característica en cuestión y de las consecuencias que produce; siempre debe hacerse de una forma sorpresiva y en una situación de elevada ansiedad. El examen del por qué se produce no se lleva a sus últimas consecuencias que son las predisposiciones en esta etapa, sin embargo, se prepara poco a poco al paciente para que se facilite su comprensión en la próxima.

Debe cuidarse que no se produzcan pasos en falso; el dolor que suele producirse en los pacientes al verse tan cual son, los llevará a posteriores explicaciones que distorsionen lo que han apreciado, por lo que tratarán de encontrar motivos menos reales pero más agradables, cuando no se ha logrado una comprensión integral e importante del aspecto trabajado.

Ha podido apreciarse que es necesaria una gran actividad del terapeuta, sin embargo, esto no debe confundirse y pensar que él da una clase o lleva la voz cantante; su papel es estimular la actividad, emplear los recursos que hagan que el grupo en su propio desenvolvimiento vayan llegando a los objetivos deseados. Para esto debe emplear ampliamente el primer sistema de señales, también llamado sistema extraverbal, que en los pacientes de nivel neurótico tiene un gran impacto; lo que le permite propiciar el carácter dramático y la intensidad de las sesiones que son imprescindibles.

A estas alturas se añaden a los recursos terapéuticos, uno que no es implícitamente indicado. En la medida que los pacientes van comprendiendo cómo son en realidad y lo que esto implica, de manera espontánea van intentando introducir cambios en sus vidas; estos ensayos, las dificultades que confrontan y los resultados que obtienen, son elementos que serán utilizados en etapas posteriores.

No se trabaja con todas las características, ni con todas que se vayan manifestando al azar, esto prolongaría innecesariamente el tratamiento; se irán seleccionando aquellas que permitan ir caracterizando las predisposiciones patológicas, lo que permitirá su identificación en la siguiente etapa. A continuación relacionaremos el orden habitual en que se trabaja con dichas manifestaciones, que pudiera alterarse de acuerdo con las características del grupo: después de profundizar en los elementos obtenidos en la primera etapa, se inicia el trabajo con las características relacionadas con las predisposiciones de huida; suele comenzarse a partir del estudio de las manifestaciones sintomáticas, sus elementos comunes y la significación que tienen, ya que este es uno de los aspectos que mayor angustia genera. Es muy importante para el grupo reconocer el elemento comunicativo del síntoma y su valor como mecanismo de adaptación, ante situaciones que resultan difíciles de enfrentar con los recursos de una personalidad alterada.

El trabajo debe realizarse de forma gradual, aunque algo se ha logrado en la etapa anterior; se comienza por permitir que se planteen los síntomas que se presentan en el colectivo, a continuación se explora en qué situaciones suelen producirse y en estos momentos se va facilitando la generalización de elementos comunes; después se cuestiona qué ocurre, cuando se produce el síntoma, el terapeuta interroga; «—bueno, y qué pasa con esta discusión tan desagradable, cuando usted se desmaya— Cuando se producen esas complicaciones con su jefe y usted tiene la crisis de ansiedad, ¿puede continuar con sus labores o suelen

indicarle un reposo? etc.» La situación va haciéndose evidente, la angustia se incrementa considerablemente, la toma de conciencia es inevitable.

El próximo paso, que es el trabajo sobre las otras características relacionadas con dicha predisposición se hace más fácil; sin embargo, el progreso es muy arduo, suele dirigirse cierta intensidad al terapeuta, que es preciso analizarla. Los pacientes se ven en un callejón sin salida. La vida es difícil y temen enfrentarla, no obstante, comprenden que los mecanismos que utilizan le son inconscientemente necesarios. Hay un paciente que señala: «Ya no puedo decir me es imposible porque estoy enfermo sin sentirme culpable». En estos momentos se produce un desafío a los procesos emotivos y volitivos de los pacientes, lo que es un factor importante; aunque quieran, no les es posible justificarse ante ellos mismos. Esta parte suele durar dos sesiones.

El próximo paso es el tratamiento de las expresiones y las actitudes que se relacionan con las predisposiciones de búsqueda de apoyo. Un recurso útil para iniciar su desarrollo es estimular al grupo para que hable de sus necesidades y frustraciones afectivas; cuando el tono emocional se ha elevado lo suficiente, se comienza a cuestionarles por qué esto ocurre, de manera que va haciéndose evidente que sus esfuerzos están motivados por sus intensas necesidades afectivas y que suelen intentar dar mucho para recibir más, lo que motiva que se sientan estafados cuando no ocurre así; entonces le es fácil al terapeuta analizar esta forma inadecuada de comunicación afectiva: «Parece que el afecto es un artículo de intercambio que se puede obtener en un mercado, ¿es eso lo que están diciendo?» La relación de los síntomas con estas necesidades es muy elocuente; se evidencia la frecuente confusión entre afecto y compasión, estos suelen ser momentos de gran impacto. Esto ocurre por el temor a perder afectos y su relación con las inseguridades de base, que sólo se justifican por las características morbosas. Esta parte suele durar unas dos sesiones.

Es bueno recordar que la gran intensidad de las expresiones emocionales experimentadas en esta etapa, son sólo toleradas por la acción de la entrada B, que se realiza al término de cada sesión.

Después comienzan a tratarse los elementos ligados a las predisposiciones de reafirmación. Estos no son tan constantes como los anteriores aunque tienen una elevada frecuencia, lo que provoca que no siempre este paso tenga características similares, porque depende de la constitución del grupo; para su manejo, lo más indicado es irnos apoyando en las expresiones que han ido manifestándose hasta el momento, las que permiten ilustrarlas.

Luego estimular su surgimiento, generalizar, y hacer que se evidencien, expresadas en necesidades de ser considerados, intentos de llamar la atención, temor a ser ignorados, etc.; se pasa a resaltar las dificultades que trae y el por qué se producen: «Parece que está molesto con X ¿qué es lo que lo ha irritado? ¿A los demás les ha ocurrido lo mismo? Usted X ¿se ha dado cuenta de la respuesta que ha provocado en sus compañeros? ¿Pero es X el único que se comporta así?» Después se continúa con el resto del proceso.

Esta parte también dura una o dos sesiones.

Para terminar la etapa se resaltan los elementos más importantes experimentados en ella antes de pasar a la próxima, se explora si los objetivos están logrados.

Tercera etapa

En esta etapa, aunque no se ha hablado de predisposiciones, ya los pacientes intuyen su existencia, o al menos están preparados para su enfrentamiento.

El primer aspecto a lograr es la concientización de dichas predisposiciones, posteriormente se trabajará en el conocimiento de su significación, sus peculiaridades y forma de estructuración, por los que los objetivos en la etapa son:

1. Lograr la concientización de sus predisposiciones anormales.
2. Producir la comprensión de su significación, peculiaridades y forma de estructuración.

El conocimiento de las actitudes y características que dependen de una predisposición es el elemento imprescindible y suficiente para la toma de conciencia de ella; por esto de parte del examen de los elementos vivenciados para ir conformando dichas estructuras, ha sido demostrado por los investigadores de psicología general soviética, que el individuo puede llevar a su autoconciencia las predisposiciones inconscientes en momentos de gran ansiedad; por lo tanto, el inicio de la etapa se caracteriza por la provocación de una gran ansiedad en el grupo, lo que se logra con la interrogación ¿qué hace que ellos tengan los rasgos que hemos analizados?, claro, con la ayuda del manejo de los silencios, la dramatización extraverbal y otros recursos que hemos apreciado.

La cristalización no es difícil, ya está preparada. Resta la segunda parte, en ella la sesión varía la tónica habitual y toma un carácter más cognoscitivo; se discuten cuales son las características de estas predisposiciones, cómo se manifiestan en ellos y las dificultades que le traen aparejadas.

De una manera mayéutica o problemática, similar a algunos aspectos de la primera etapa, se llegan a establecer los fundamentos de su estructuración.

Aunque esta etapa tiene características muy especiales, suele desarrollarse una sola sesión, cuando se logran los objetivos se pasará a la próxima etapa.

Cuarta etapa

Esta, como puede suponerse, es la parte más importante del tratamiento.

Su adecuado desarrollo permitirá el cambio esencial en los enfermos, si ha sido preparado anteriormente, su objetivo es:

1. Cambiar las predisposiciones inadecuadas de los pacientes.

Sabemos que las predisposiciones unen a sus manifestaciones psicológicas componentes neurofisiológicos bien definidos, que son uno de los principales obstáculos a su cambio. Es necesario actuar desde las dos vertientes, si se quieren lograr las transformaciones esperadas.

Sin necesidad de que se les tracen tareas o indicaciones, desde principios de la segunda etapa los enfermos vienen haciendo esfuerzos para introducir cambios en su forma de ser, en estos momentos, salvo lo que vemos sobre la ansiedad, los síntomas suelen haber ido desapareciendo. El abordaje más útil se produce cuando después de analizar lo que han logrado, se les pregunta sobre las dificultades que confrontan en su lucha por el cambio. El aspecto que con más frecuencia surge, es que cuando intentan actuar de una forma radicalmente distinta experimentan ansiedad, la que sólo se alivia al desistir de esta nueva manera de enfrentamiento de sus dificultades. La ansiedad, como ha sido demostrado por los investigadores de la psicología fundamental soviética, se produce cuando la conducta de un individuo está en disonancia con la predisposición que la predetermina. Este mecanismo sirve como un condicionamiento instrumental que perpetua las conductas morbosas, ya que al actuar en contra de la tendencia anormal se produce la ansiedad, mientras que esta se alivia si se vuelve a las formas anteriores, a esto se añaden los elementos psicológicos: la angustia es vivenciada por el sujeto como un anuncio de desgracias, catástrofes, o incluso de muerte inminente; por lo que no es de extrañar que el individuo haga todo lo que pueda por aliviarse de ella.

El conocimiento de una de las técnicas auxiliares, el entrenamiento autógeno, cuando se maneja adecuadamente es un recurso útil que como a estas alturas puede emplearse a voluntad, permite disminuir o hacer desaparecer la ansiedad cuando se presenta.

La hipnosis se emplea para potencializar este recurso y como elemento adicional que favorezca la situación.

En el plano psicológico la discusión y comprensión de estos mecanismos y el convencimiento de que la ansiedad no es un índice de peligro sino una manifestación normal, derivada de los cambios que se desean obtener, es otro elemento decisivo que evita los temores injustificados a lo desconocido y brinda seguridad al sujeto.

Otro de los elementos que actúa en contra del cambio es que la repetición de las conductas dependientes de cada predisposición las refuerzan, mientras que las conductas que lo hacen en disonancia con dichas predisposiciones las debilita; por tanto, la discusión de la facilidad creciente que experimenta el paciente al esforzarse en una línea positiva, le permite comprender que cada día será menos arduo, hasta que se llegue a actuar de la forma adecuada de manera automática y sin esfuerzo, de la misma forma que ocurría anteriormente con las variantes psicológicas. Este es un elemento que brinda seguridad adicional al sujeto.

Por último, podemos apoyarnos en las predisposiciones normales del individuo. El manejo práctico de este recurso, se realiza discutiendo los aspectos positivos de su personalidad y la relación que tienen con las áreas en que son notorias las deficiencias. Esta es una manera de ir reduciendo la esfera de acción de las predisposiciones en extinción. Debe hacerse hincapié en que una vez que estos mecanismos se encuentran en un nivel consciente, el individuo es responsable de utilizarlos o no; con ello logramos que el desagrado o vergüenza que produce la conciencia de su empleo, sea un elemento adicional que favorezca el proceso. El desarrollo de estos elementos suele durar una o dos sesiones y una vez logrados los objetivos puede pasarse a la próxima etapa.

Quinta etapa

Es la última del tratamiento, en ella se realiza un balance de lo obtenido y se programa la vida futura. Sus objetivos son:

1. Consolidar los logros obtenidos.
2. Preparar a los pacientes para su desenvolvimiento posterior a partir de dichos logros.

Se inicia el trabajo con un estudio de la mejoría y bienestar que experimentan los pacientes y de los logros que han obtenido en otras esferas. A continuación se lleva al grupo al reconocimiento de que hasta el momento lo que se ha

alcanzado es un conocimiento más adecuado de ellos mismos, de la esencia de sus dificultades y la comprensión de las vías para superarlas. Se insiste en que a partir de esos momentos todo depende de ellos.

Se recalca que aunque en esos momentos lo habitual es que se sientan bien y hayan logrado una adaptación más satisfactoria, no pueden considerarse curados, puesto que cuando se produzcan situaciones difíciles pueden sentir la tentación de utilizar los mecanismos ya conocidos que aparentemente han superado; para lo que tratarían de autoengañarse y ponerse nuevos pretextos.

Todo depende de ellos, tienen las armas y saben utilizarlas, están en libertad de determinar el curso de sus vidas. En la medida que pase el tiempo las respuestas que necesiten de esfuerzos irán siendo más fáciles y se volverán automáticas. Esta etapa se realiza en una sesión.

A los pacientes se les cita para dos meses después; ocasión en que se hace un nuevo balance de lo obtenido y las dificultades presentadas.

Técnicas complementarias

Son las que se utilizan por la entrada B. El entrenamiento autógeno se realiza en grupo, con ligeras modificaciones a la técnica de Schults:

Consta en el primer nivel, utilizado por nosotros, de seis ejercicios: relajación, calor en los miembros, control cardiovascular, respiratorio, calor en el epigastrio y fresco en la frente (los dos últimos no los consideramos imprescindibles).

La hipnosis es uno de los elementos auxiliares de gran valor, con ella se potencializa de tal forma los efectos del entrenamiento autógeno en la disminución de la ansiedad que con las sugerencias adecuadas pueden llegar a duplicarse.

Esta técnica tiene otras modalidades como la de acción en crisis y de terapia familiar.

MEXICO

Maestros de la psiquiatría mexicana

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

La medicina y la psiquiatría mexicana hunden sus raíces en la época prehispánica. Existen algunos bellos documentos escritos por indígenas. El mejor ejemplo es el de Martín de la Cruz y su *Libellus de medicinalibus indorum herbis* (Codex Badiano). Entre las enfermedades mentales que menciona De la Cruz se encuentran las siguientes: la melancolía, la epilepsia, la oligofrenia y la micropsiquia (retardo mental).

Podemos decir que había tres tipos de tratamiento: religioso, mágico y empírico. Al mismo tiempo que las invocaciones y los gestos mágicos, los médicos mexicanos sabían usar una terapéutica basada en el conocimiento del cuerpo humano y de las propiedades de las plantas y de los minerales. Los españoles se sorprendieron al ver cómo reducían fracturas y colocaban férulas en los miembros fracturados.

Para Jacques Soustelle, las nociones y las prácticas relativas a la enfermedad y a la medicina eran una mezcla inextricable de religión, de magia y de ciencia; de religión, porque ciertas divinidades enviaban enfermedades o curaban de ellas; de magia porque frecuentemente se atribuía la enfermedad a la magia negra de algún hechicero y mediante alguna acción mágica se buscaba curar; en fin, de ciencia, porque el conocimiento de las propiedades de las plantas o de los minerales, el uso de la sangría y de los baños daban a la medicina azteca, en ciertos casos, una fisonomía curiosamente moderna.

El médico de Felipe II, Francisco Hernández, mencionaba alrededor de 1200 plantas que los nahuas utilizaban y describió, en total cerca de 3000. El *codex* De La Cruz-Badiano menciona 272 variedades de plantas y Bernardino de Sahagún en su «Historia General de las cosas de la Nueva España» cita casi 120 plantas diferentes.

En el pensamiento nahua la estructura del cosmos estaba sostenida por dos conceptos de base: la lucha dialéctica constante por encontrar el orden ideal y el orden del mundo actual. La cosmovisión nahua reposaba en una oposición dual de los contrarios: cielo y tierra, calor y frío, luz y oscuridad, hombre y mujer, fuerza y debilidad, alto y bajo, lluvia y sequedad; todos concebidos como pares polares y complementarios.

La medicina, los médicos y los medicamentos entre los nahuas estaban dedicados al hombre en su totalidad y siempre tomando en cuenta el contexto sociocultural. No concebían el cuerpo en oposición al espíritu, ni al individuo contra la sociedad. El cosmos y el hombre constituían un todo.

Los antiguos nahuas utilizaban muchas medidas psicológicas para aliviar las angustias y tratar los trastornos mentales. La palabra y la personalidad del médico eran fundamentales. El equilibrio era la salud y su ruptura la enfermedad.

A los locos, se le llamaba: *cuatlahueliloc* o *yollotlahueliloc*. Los dos términos se refieren a la disminución de las funciones orgánicas. *Cuatlahueliloc* implica la parte superior de la cabeza, *cuaitl*, y *yollotlahueliloc*, también habla de una deterioración pero se refiere a otro centro del razonamiento, el corazón. En efecto, el corazón era un centro vital, el órgano de la conciencia.

Otro producto íntimamente ligado a los estados emocionales, era la saliva. El dios encargado de frenar la cólera era: *Teoiztactlapanqui*, «aquel que limpia la saliva de los dioses». La saliva tenía relación con el veneno y de una manera metafórica, con las mentiras.

Algunas verrugas, las *tzotzocatl*, eran el signo del carácter mezquino del individuo. La etimología de su nombre las designa como suciedad, como si un rasgo antisocial de la personalidad produjera tal suciedad.

El concepto occidental del alma, se encuentra muy alejado del pensamiento nahua. López Austin a partir de documentos escritos en náhuatl, (de Bernardino de Sahagún y del diccionario de Molina) encontró que los nahuas creían en varios tipos de centros anímicos en donde se alojaban diferentes entidades vitales tales como:

-*Yol* o *Yollo*: el corazón, que tiene que ver con la vitalidad, el conocimiento, los impulsos y los afectos. A éste órgano pertenecía la memoria, los hábitos, los gustos, la voluntad y el control de las acciones y de las emociones. Al corazón se le concebía como un órgano susceptible de ser modificado por el bien o por el mal. Los pecados producían que el corazón «se torciera» lo cual a su vez

provocaba las enfermedades más temidas, como la locura y la mala conducta que estaban indisolublemente ligadas. Cuando el corazón se dañaba se producía amnesia, «falta de genio», fatiga, cólera, inconsciencia, alienación y la transgresión de las normas sociales.

—*Elli*: Sus atributos se concentran en el área de la vitalidad y del afecto. De allí brota la energía necesaria para transformar a un individuo en valeroso y atrevido. En su estado normal, el *elli*, originaba la alegría y la tranquilidad. El término: *cemelli*, «alegría, placer», describía la unificación, la coordinación de los sentimientos y de las pasiones, la eliminación de la lucha interna entre las diferentes fuerzas afectivas que conducen a los conflictos intra-individuales y a la angustia. Si las fuerzas del *elli* se dirigían hacia personas o hacia objetos, se provocaba la apetencia que se expresa bajo la forma del amor, del deseo o de la envidia. Aquel que tenía el *elli*, duro o en abundancia se consideraba de espíritu lúcido por el contrario su disminución conllevaba la pereza. Los pecados ensuciaban el *elli* y el odio llevaba al ser humano a una mala vida y a la locura.

—*Tonalli*: El sustantivo *tonall*, se deriva del verbo *tona*, «irradiar», y significa lo siguiente: irradiación, calor solar, verano, día, el signo del día, el destino de la persona dado por la fecha de nacimiento y alma o espíritu. El sol era el portador del *Tonalli* por excelencia y a él se dirigían los médicos para pedirle que curara a alguien.

Estas entidades vitales nos hacen pensar en una especie de teoría humoral hipocrática modificada.

Había diferentes tipos de médicos, por ejemplo:

Los sacerdotes que se especializaban en las enfermedades enviadas por el dios al cual servían, por ejemplo los sacerdotes de Tezcatlipoca atendían las epidemias y, tal vez, también la locura.

Los *Tonalpouhque* o *Tonalpouhqui*, los adivinos, aquellos que leían el *tonalpo-hualli* o libro de los destinos.

Otros médicos ilustres eran los *temiquiximati*, *temicnamictiani*, «aquel que conoce los sueños, el intérprete de los sueños.

Los *titici*, quizás eran los más numerosos y eran quienes aplicaban los conocimientos empíricos.

Respecto al desarrollo de la psiquiatría en México se puede consultar el capítulo del Prof. Héctor Pérez-Rincón en el libro Nueva historia de la psiquiatría de Postel y Quétel.

Se puede destacar la obra de Fray Bernardino Álvarez y de José Sáyo, el primero fundando en 1566, un hospital dedicado al socorro de los locos, el hospital de San Hipólito que duró 344 años; y el segundo, fundando su equivalente femenino, el hospital del Divino Salvador u hospital de La Canoa, en 1700.

El nuevo Asilo General de la Castañeda fue inaugurado en 1910 por el presidente Porfirio Díaz, este hospital fue calcado de los más modernos de Francia y Alemania. Contaba con una rica biblioteca psiquiátrica que facilitó el que se cultivaran los clínicos autodidactas de la época.

En 1925 en la Universidad Nacional se recibió a un egregio invitado, Pierre Janet quien propició la creación de una enseñanza teórica, la cual fue iniciada por los doctores Manuel Guevara Oropeza y Samuel Ramírez Moreno.

En esta antología presentamos la tesis que sobre psicoanálisis hizo el Dr. Guevara en donde se muestra como ferviente seguidor de las ideas de Janet en detrimento de las de Freud haciendo una excelente crítica a la entonces nueva corriente de pensamiento. Resultó sorprendente, cuando consultamos con el Prof. Pérez-Rincón, que esta famosa tesis citara diversos autores en su texto pero Guevara, ¡no incluyó referencias bibliográficas!

Llama la atención que tanto el Prof. Honorio Delgado de Perú como el Prof. Guevara Oropeza de México hayan iniciado su trayectoria revisando la obra de Freud, uno exponiendo sistemáticamente tales ideas y el otro, criticando agudamente esa escuela.

A consecuencia de la guerra civil española, la psiquiatría mexicana se vio enriquecida con el grupo de los «trasterrados», entre ellos destacan Gonzalo R. Lafora, Sixto Obrador, Pascual del Roncal y Dionisio Nieto. De éste último, considerado un neuropatólogo, hemos incluido un valioso texto que publicó en inglés junto con uno de sus colaboradores, el Dr. Alfonso Escobar, sobre las psicosis mayores.

Otro personaje que contribuyó al intercambio de las ideas, fue Erich Fromm quien llegó al país en 1949 e inició la formación de un grupo psicoanalítico con enfoque renovador y crítico.

El Dr. Ramón de la Fuente Muñiz contribuyó significativamente a la modernización de la psiquiatría mexicana. De él hemos incluido un texto delicioso sobre el estudio de la conciencia y sus alteraciones.

Un paralelismo histórico encontrado es la distinción que entre los conceptos de «Enfermedad» y «dolencia» hace Honorio Delgado en 1962 y la que hace Ramón De la Fuente en su obra *Psicología Médica*, en 1959, entre «Enfermedad»

y «padecimiento». Conceptos antropológicos de mucha utilidad para el clínico y que vale la pena considerar.

Uno de los más grandes clínicos mexicanos en psiquiatría fue el Dr. José Luis Patiño Rojas de quien hemos seleccionado un texto sobre el mundo del esquizofrénico. Patiño cursó simultáneamente estudios de filosofía y de medicina lo cual le permitió propiciar el enfoque fenomenológico en la clínica. El maestro Patiño organizaba, todos los martes, un seminario de discusión clínica y teórica que era bastante apreciado por nosotros, sus alumnos.

Puede causar sorpresa el que hayamos incluido, en esta antología de psiquiatría, parte de la obra poética de la décima Musa pero los argumentos esgrimidos por el maestro de San Lorenzo Huipulco son bastante contundentes.

Quisiera destacar que durante la segunda mitad del siglo xx en el estado de Jalisco, México, se formó un grupo de psiquiatras clínicos que también le dieron lustre a nuestra disciplina.

Casi a la par que la sociedad Jalisciense de neuropsiquiatría, fundada en 1955, nació Gharma, un selecto grupo de profesionales de la salud mental que decidieron darle un trato digno a los pacientes psiquiátricos, iniciar actividades de investigación psicofarmacológica y publicar un interesante boletín. La palabra Gharma se deriva de un peculiar acomodo de las iniciales de los apellidos de estos precursores: Enrique García Ruiz, líder político del grupo y grado 33 de la Logia Masónica; Arturo Hernández Aguilera, líder intelectual, presidente del Partido Comunista en Guadalajara, editor del boletín Gharma; Héctor M. García Álvarez, Enrique Estrada Faudón, Ángel Urrutia Tazzer, David Arias y Arias y la psicóloga Josefina Michel Mercado. Este grupo también tuvo algunos colaboradores, entre quienes se encontraban Alejandro González y González, Gustavo Mojica García, Emma Casillas y la enfermera Josefina Dueñas Montoya. Entre los miembros fundadores de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, fundada en 1968 por Ramón de la Fuente, destacan estos conspicuos médicos del grupo Gharma.

Este grupo fomentó el intercambio de ideas de un país a otro y de una escuela a otra. En su boletín encontramos publicaciones de autores tales como Dionisio Nieto y Henry Ey.

De los intercambios que favorecieron destaca el siguiente: El 22 de octubre de 1964 arribó a Guadalajara el destacado médico psiquiatra de la Universidad de París, Francia, Dr. Henri Ey, invitado por la Asociación Médica de Jalisco, el grupo psiquiátrico Gharma y patrocinado por la facultad de Medicina de la

Universidad de Guadalajara, quien sustentó en castellano un breve ciclo de 3 conferencias. La invitación en los periódicos decía: «Conforme a lo informado ayer por el director de la facultad de medicina de la universidad tapatía, el Dr. Wenceslao Orozco, el Dr. Ey es el secretario permanente del comité de los congresos mundiales de psiquiatría desde 1950, y se le reconoce mundialmente como una de las personalidades más relevantes de la ciencia psiquiátrica».

Así como Janet y Ey, Jean Garrabé e Yves Thoret han seguido sembrando y diseminando las diversas corrientes de la escuela francesa en nuestro país.



El Dr. Henry Ey con el Grupo Gharma.

REFERENCIAS

- De La Cruz M. «Libellus de medicinalibus Indorum herbis». Manuscrito azteca de 1522. Según traducción latina de Juan Badiano, versión española con estudios por diversos autores, México. IMSS. 1964, XII ed.facs.
- Soustelle J. «La vie quotidienne des Aztèques. A la veille de la conquête Espagnole». *Hachette*. París. 1955.
- Pérez-Rincón H. (1994). «Le Mexique». En Postel & Quetel. *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*. Dunod Éditeurs. París.
- Sahagún De Fr. B. (1975) «Historia General de las cosas de la Nueva España». Porrúa.

Villaseñor Bayardo S. J. «Vers une ethnopsychiatrie mexicaine: La médecine traditionnelle dans une communauté nahua du Guerrero», tomos I y II. *Presse Universitaire du Septentrion*, 2000.

Villaseñor Bayardo S. J. «Voces de la Psiquiatría. Los Precursores». Colección Historia y Salud. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara, Jalisco, 2006.

José Luis Patiño Rojas (1913-1995)

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

«Dos cosas he hecho nada más en la vida,
ser psiquiatra y ser profesor».

José Luis Patiño Rojas nace en Puebla, en la época de la revolución, el 9 de septiembre de 1913. A los 14 años, su familia se traslada al D.F. Simultáneamente, trabaja y estudia. En la preparatoria descubre su inclinación por la psiquiatría al empezar a leer las obras de Freud, de Adler y de Jung. En 1936 funda «El Pequeño Ateneo».¹

Cursó simultáneamente las carreras de Filosofía y de Medicina: «... el profesor que tuve en filosofía fue Don Antonio Caso... hombre de altos vuelos... En medicina había magníficos clínicos, uno de los que más me impactó fue el Dr. Gea González...»



José Luis
Patiño Rojas

Cuando se tituló de médico, ya llevaba varios años de acercamiento a la psiquiatría. El jurado de su tesis profesional estuvo constituido por los doctores Benjamín Bandera, Raúl González Enriquez y Mario Fuentes. Su tesis se tituló: *Encefalitis letárgica y sus secuelas psicóticas* en donde sostenía en contra de la opinión general, que las alucinaciones tenían origen orgánico y no meramente psicológico como se creía.

En 1936 ingresa como practicante en el antiguo manicomio general de la Castañeda, siendo director el Dr. Alfonso Millán Maldonado. El texto de psiquiatría que se seguía era el Manual de Régis, sus primeros tutores fueron el

¹ Espacio de discusión y crítica semanal en el que participaban: José y Carlos Campillo Sainz, Mauricio Martínez, Mauricio Gómez, Alberto Aray, Enrique Guerrero, Enrique Meirán y Francisco de la Maza.

Dr. Mario Fuentes y el Dr. Guillermo Dávila, posteriormente influyeron en él, los doctores Luis Pizarra Suárez y Raúl González Enriquez.

Después de ocupar diversas funciones, llegó a ser director médico del manicomio general, puesto que desempeñó durante 10 años (1957-67).

En 1941 fundó una casa hogar para «niños problema» y en 1948 funda y organiza la Clínica de la Conducta, originalmente llamada «Departamento de nutrición escolar y clínica de la conducta.» A esta clínica acudió Luis Buñuel para pedirle asesoría con objeto de filmar la película de *Los olvidados*, filme que tuvo bastante éxito en Europa.

En 1944 ingresa al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como psiquiatra. En esa época se organiza un grupo de estudios de las obras de Freud, entre quienes estaban Raúl González Enriquez, que entonces era el líder de la psiquiatría en México, Ramón Parres, Santiago Ramírez, José Luis González y el Dr. Fortes. Después de esta experiencia y con objeto de profundizarla, el doctor González Enriquez invitó a Erich Fromm a México, quien así empezó su curso de psicoanálisis con los después llamados «apóstoles de Fromm»

La vida del doctor Patiño estuvo dedicada fundamentalmente a la enseñanza y a la práctica clínica: «mi actividad académica la inicié en 1950, fui el primer profesor titular de psiquiatría... obtuve la cátedra por oposición.»

Fue jefe de enseñanza del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En su oficina había un letrero que decía: «Lo que importa es lo que hace el alumno, no lo que hace el maestro...». Luego fue jefe de hospitalización del cuarto piso.

Uno de sus primeros alumnos, lo describe así: «siempre ha sido igual, claro y objetivo, de mirada vivaz y mente aguda, profundo conocedor de la psiquiatría, su vocación humanista lo ha llevado a investigar en distintos campos del conocimiento, la literatura y la filosofía, el arte y la historia, para comprender mejor al principal objetivo de sus estudios, que es el hombre».²

Lo que ha caracterizado al maestro Patiño, ha sido su claridad de pensamiento, su amor al conocimiento y su apego a la clínica, su don de maestro le ha permitido dejar siempre alguna enseñanza incluso en los obtusos. Su postura fenomenológica-existencial, le ha permitido abrir caminos hacia las diferentes teorías en psiquiatría.

² Dr. Hermelindo Oliva Ruiz. Homenaje al maestro José Luis Patiño Rojas por sus 30 años de ejercicio profesional. Diciembre de 1972.

«Sus aportaciones van desde los estudios del desarrollo psicológico del niño, elaborados durante su labor en la Clínica de la Conducta de la cual fue fundador hasta la conceptualización de la psicopatía, la clarificación del concepto clínico de Neurosis, de la Histeria conversiva, la investigación del mundo vivencial del esquizofrénico, del concepto de Personalidad...».³

En el campo de la enseñanza siempre enfatizó la diferencia entre formación e información, sin menospreciar la segunda le ha dado mayor jerarquía a la primera, insistiendo en la necesidad de una relación tutorial maestro-alumno.⁴

A fines de 1975 apareció la primera edición de su libro: «Psiquiatría Clínica», que entonces llamaba «Lecciones» y que ha servido de guía para muchas generaciones. En la última edición de esta obra agregó el capítulo denominado: «psicoterapia: mi punto de vista»⁵ fruto de 50 años de práctica clínica continua de lo que él ha llamado la psiquiatría existencial fundamentada en el método fenomenológico.

Los autores que más influyeron en él fueron: Jaspers, Henry Ey, Henderson, Baruch, Mayer-Gross, Mira y López, Bleuler y Vallejo Nájera, entre otros.

«El surco que ha abierto el maestro Patiño, en la Psiquiatría mexicana, ha sido fecundo y creador, baste decir que no sólo es pionero en esta ardua especialidad, sino que ha sido Maestro de maestros y ha sabido conjugar el conocimiento con la amistad.»⁶

El maestro Patiño Rojas siempre insistió a sus alumnos lo siguiente:

es importante saber que la psiquiatría no sólo es querer curar como en otras ramas de la medicina, sino que implica conocer el alma humana. Una persona sin sensibilidad y sin imaginación no puede ser un buen psiquiatra, se necesita empatía, calor humano... si no, se es tan solo un pastillero, y a veces ni eso se hace bien. El psiquiatra debe despertar la confianza del enfermo, porque un enfermo que no cree en su médico, no podrá recibir ayuda. El psiquiatra debe leer y reflexionar mucho.⁷

El maestro Patiño, nuestro querido maestro, falleció el 27 de septiembre de 1995. Su vida y obra lo trascienden constituyendo un invaluable aliciente para las generaciones presentes y futuras. ¡Gracias maestro!

³ Ibid.

⁴ Comunicación personal del Dr. J. G. Mercado Verdín.

⁵ Este capítulo, con autorización del autor, primero fue publicado en la «Revista del Residente de Psiquiatría», cuyo primer número apareció en verano de 1990.

⁶ Dr. Numa P. Castro Guevara. Revista de la clínica de la conducta. Vol. iv. N°11, 1972. Pag.2.

⁷ Tomado de las entrevistas realizadas por el Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo en 1990.

El mundo del esquizofrénico¹

JOSÉ LUIS PATIÑO ROJAS

Se ha insistido mucho, especialmente por los psicoanalistas, en los aspectos de la regresión en los esquizofrénicos. Este término debe entenderse como un regresar a utilizar pautas generales de evolución que ya habían sido superadas y que se expresan tanto por el modo de pensar, como por el de actuar; tanto de las actitudes frente al mundo como de las relaciones interpersonales. Aquí deben mencionarse como de primera importancia las ideas y aportaciones de Odier, quien pretende hacer complementarios los enfoques y puntos de vista de Freud con los importantísimos trabajos de Piaget. En lenguaje más sencillo, aunque heurístico: conviene, para la comprensión del mundo del esquizofrénico y sobre todo para su adecuado manejo, la determinación de la edad o de la época o etapa evolutiva a la que se ha regresado. También es de interés, en relación con este tema, enfatizar que en los casos en remisión y que presentan «defecto esquizofrénico» o «cicatriz esquizofrénica», siempre exhibe un estancamiento en determinada etapa evolutiva. Aunque la comparación es siempre analógica y siempre de cortesía, es muy de tenerse en cuenta para la rehabilitación necesaria en todos los casos y que requiere de gran paciencia, interés y responsabilidad frente al enfermo.

Es hondamente conmovedor al presenciar, en calidad de psiquiatra, ese lento y progresivo hundirse del enfermo en la esquizofrenia y después el verlo surgir de ese increíble mundo de encantamiento e irse integrando poco a poco al mundo normal de los demás. Con esto se está aludiendo a un campo existencial poco explorado; el del terapeuta. En efecto, hay un enfoque objetivo en que se

¹ Texto que el profesor Patiño utilizaba en sus «lecciones», seminario que impartía a sus alumnos. Una versión se publicó después como capítulo del libro: Patiño, L. (1990). *Psiquiatría clínica*. (2a ed.) México: Salvat.

ve tan sólo el progreso, el estancamiento y aun el retroceso del paciente; aquí la mirada es fría, rutinaria y en el mejor de los casos precisa y estadística.

En cambio, hay otro punto de mira, más existencial y más humano: el mundo subjetivo y vivencial del terapeuta que contempla el prodigio de un verdadero renacimiento a un tipo de vida; o la tragedia, dolorosa siempre, de la impotencia de un proceso que se escapa a toda intervención, a toda terapéutica y a toda actuación, a no ser, por supuesto, a un auténtico valor de actitud del psiquiatra, muy difícil de alcanzar, por cierto.

En tanto que en el niño, en el adolescente y en el hombre sano, el asombro es una cualidad fundamental para el progreso, la maduración y el conocimiento; en tanto que el asombro es motor y motivante de que el mundo se abra, se amplíe y se exhiba en toda su plenitud; en el esquizofrénico, el asombro es sustituido por la perplejidad en su más cabal expresión significativa. Podrá discutirse a niveles etimológicos o semánticos; pero a nivel existencial, no hay duda de que el sano asombro se ha convertido en perplejidad patológica en el esquizofrénico. Tanto en el enfoque fenomenológico sobre el terreno, como la más elaborada clínica, confirman plenamente la aseveración anterior, y añaden: en tanto que el asombro es el primer escalón para la ampliación del mundo, la perplejidad es el primer peldaño para la reducción del mundo. El mundo del esquizofrénico es encogido, tortuoso, distorsionado y personalísimo. Pero este personalismo patológico y este mundo encogido y reducido, también favorecen el encogimiento del esquizofrénico. Tan encogido, que en el motor puede llegar incluso a la actitud fetal. Sólo a nivel existencial —de interpretación existencial— podrá tener al fin valor las especulaciones sobre esta actitud; como mecanismo de defensa, por ejemplo.

En cambio, a nivel de búsqueda de supuestas etiologías, carece en lo absoluto de sentido dentro de la psiquiatría.

A nadie cabe la menor duda de que el hombre vive sumergido en un universo simbólico, pleno de significados, y de que cuando enferma tiene que hacerlo dentro del único mundo que posee. Sin embargo, la aprehensión de estos simbolismos y significados se hace en una nueva dimensión, que perfila justamente la esquizofrenia como proceso; proceso que achica el mundo a su medida y lo aprehende bajo la peculiar brújula de la vivencia delirante primaria, de la disociación ideoafectiva y de todo aquello que resulta como consecuencia actuante de la sintomatología fundamental. Es decir, el mundo ha perdido su naturaleza propia, que al menos es accesible a las mayorías, y se ha convertido en un mun-

do que funciona como traje a la medida para la esquizofrenia. Lo curioso no obstante, es que el traje lo ha cortado, lo ha probado y lo ha estrenado el propio enfermo, a lo largo de su doloroso vivir esquizofrénico.

El vivir del esquizofrénico en cuanto a su propia existencia es tema fundamental de la psiquiatría existencial: ¿cómo actúa en él su pasado?; ¿cómo ha sido falsificada su memoria?; ¿cómo vive el presente?; y ¿qué espera si es que algo espera de su futuro? El espíritu de esquizofrénico espera poco; tan poco como su achicado mundo lo permite. En muchos de ellos es posible constatar la pérdida de toda esperanza; y el que espera sin esperanza, nada espera en fin de cuentas. Es impresionante la nada hecha vida que aparece en el trasfondo de muchos de estos enfermos.

Pese a las discusiones teóricas al respecto, sigue siendo una vivencia verdadera por sí misma —fundamental y primaria— aquel sentirse o saberse uno mismo a través del tiempo. Esta vivencia, y no otra cosa, es el fundamento de que el «Yo» pueda considerarse como la primera categoría psicológica. Recuérdese al respecto lo ya tratado en relación con las ontologías regionales, que hacen que cada ciencia particular, en este caso la psicología o la psiquiatría, fragüen y fundamenten sus propias y operantes categorías. Pues bien, el esquizofrénico pierde con frecuencia este sentimiento de persistencia del «Yo» a través del tiempo e incluso llega a una escisión del mismo en la que puede apreciarse a un «Yo», al verdadero, juzgando, viendo y contemplando al otro «Yo», al parásito o advenedizo, quien a veces hace de las suyas, con gran perplejidad y angustia del primero de ellos. Estas particulares vivencias, tan difíciles de captar en una clínica superficial, son particularmente reveladoras y de gran interés cuando se aproxima el psiquiatra hacia el mundo profundamente vivenciado del esquizofrénico. Aquí, pues, se perfila con mucha nitidez esa típica ambivalencia que tanto preocuparía a Bleuler: poseer el sentimiento de ser uno mismo y, a la vez, el sentimiento de no serlo. Este sentir y vivenciar justamente conduce a una progresiva deshumanización y también a una progresiva desintelectualización. Por ello se pierde, en suma, el pensamiento categorial.

En algunos esquizofrénicos inteligentes y cultivados, cargados de gran sensibilidad, es posible seguir una especie de metamorfosis retrógrada, al pasar ellos mismos por vivencias extrañas emparentadas con los mitos: pasan por medio de vivencias regresivas a ser y sentirse animales, plantas, objetos y aun cosas. Cuando se llega a este último extremo, se contempla la angustia del esquizofrénico en todo su propio o casi específico carácter. Esta angustia es de

particular importancia conocerla, pues siempre es brumosa, nórdica y fría. Aunque no es exacto que haya tajantes diferencias, si hay predominio de rasgos vivenciales en la angustia esquizofrénica que la diferencia de la del neurótico y el psiconeurótico. En tanto que la angustia del esquizofrénico es helada y congelada, la del neurótico es tibia, falsa en cuanto a intensidad, pero siempre permanente; y la del psiconeurótico cálida y espectacular, como sucede con el histérico, por ejemplo. En el esquizofrénico, tras su máscara de indiferencia y lejanía, se esconde una profunda angustia, la angustia de haberse convertido en objeto o cosa, sujeto a la marejada incontrolable de los elementos, tanto humanos como extra-humanos.

El sujeto, en cuanto humano, siente por dentro poseer propia voluntad y que es capaz de actuar con libertad. Al volverse objeto o cosa, se pierde por completo estas vivencias subjetivas; precisamente, el sujeto se convierte en objeto, y empieza a ser en este preciso instante un ser inerte, sin voluntad y sin libertad. A veces expresan estas singulares vivencias diciendo que se sienten como marionetas, que son manejados con hilos invisibles, como si no tuvieran voluntad. Si es difícil soportar la esclavitud a nivel social o a nivel neurótico, tanto más difícil es soportar una esclavitud psicótica, en donde se depende de todo y de nada. En estos casos, sólo los delirios secundarios ayudan al enfermo esquizofrénico a darse a sí mismo una explicación causalista o motivacional que le permita ir viviendo una existencia bien absurda y bien incomprensible. De ahí, precisamente, que surja en el esquizofrénico una filosofía «psicótica» tan peculiar y tan añorada, plena de contradicciones, de paralogismos y de magia, tanto en el pensar como en el actuar ritualista, con frecuente simbología incomprensible.

Junto con esta pérdida de unidad interna, que hace que no pueda vivenciarse como humano, al encontrarse sin libertad y sin voluntad propias, aparece un segundo momento vivencial: el ver a los demás y al mundo como extraños, carentes también las gentes de humanidad y los objetos y las cosas de unificación y ordenación categorial; es importante al romperse la categoría del «Yo», se rompe a la vez toda posibilidad de ordenación, tanto del macrocosmos como del microcosmos. La naturaleza exterior y el alma —la psique— interior vuelven al caos originario. En todo caso, la lógica formal que rige el pensamiento se convierte en lógica personal, y por lo tanto, fuera de toda posibilidad comprensiva. El pensamiento lógico-casual es sustituido por el pensamiento mágico-animista. Para decirlo en pocas palabras: el esquizofrénico o bien se siente a

veces como un marciano en este mundo, o bien como un humano en Marte. Por eso estos enfermos tienen que asegurarse una y otra vez de que son los mismos y siguen siendo los mismos.

Un enfermo del viejo manicomio, que se masturbaba día y noche hasta ya no eyacular más que sangre, decía: «Es que soy el muerto más muerto de todos los muertos». Al parecer, su única conexión con la vida y con la sangre, era ese mecanismo desenfrenado y psicótico.

Aunque parezca mentira, sólo una afectividad estable y una razón conservada, son las únicas armas de que dispone el ser humano para su defensa contra el peligro y las agresiones reales, externas y recibidas por el sujeto en su verdadera proporción. Ello y sólo ello, permite la objetivación, mecanismo indispensable para valorarlo todo adecuadamente. El esquizofrénico es el más inerte de los enfermos mentales frente al impacto de lo real, porque, valga la expresión, de todos los enfermos mentales, es el que ha «perdido la razón» en mayor medida. No puede defenderse a la manera de los normales, de los neuróticos o de los psiconeuróticos; se defiende a la manera de los esquizofrénicos, eludiendo el contacto con lo real huyendo e incluso negándose activamente a todo contacto humano.

Es muy peculiar, aunque muy escondida por una falsa máscara de indiferencia, la afectividad enferma de estos pacientes; y es anormal en tal grado, que se ha hecho como de cristal —afectividad de cristal-, que no soporta frustración alguna.

Esta afectividad, en exceso delicada y en exceso cristalizada, es frágil, es débil y por ello se rompe con facilidad ante cualquier contacto, ante cualquier impacto, y de ello se deriva el que el esquizofrénico sea el enfermo que menos soporta la frustración. Lo más insignificante —que a nadie afectaría— a él lo hiere, lo ofende y lo sume en grave desesperación fría, pero sin escapatoria alguna. El negarle un pan, puede lastimarlo.

Obviamente, la sintomatología primaria y, sobre todo, los mecanismos íntimos que la producen, son responsables de la esencia del mundo del esquizofrénico; lo específico, en una persona dada, y los matices del cuadro —el contenido— son proporcionados como material por las experiencias previas del sujeto y también por la sintomatología secundaria que exhibe cada caso particular. Serían infinitos los mundos individuales esquizofrénicos, susceptibles de ser descritos; pero aquí sólo se quiere aludir a las consecuencias indeseables

y angustiosas a que dan lugar dos series de fenómenos: las alucinaciones y los delirios derivados de ellas mismas.

En casi todos los enfermos en que es seguible su aparición y curso, es posible establecer tres momentos distintos por los que atraviesa el enfermo frente a los fenómenos alucinatorios: el momento primero es la perplejidad, ya mencionada; el momento segundo es la duda; y el momento tercero es la aceptación del fenómeno como real. Cualquiera que se haya tomado la molestia de estudiar a fondo esta cuestión, habrá podido ser testigo de una lucha del pensamiento lógico por no desintegrarse y habrá podido explicarse y comprender los raros fenómenos que presencia y vive con nitidez el enfermo. La perplejidad siempre corresponde a las etapas iniciales, generalmente breves. Después sigue un esfuerzo investigador del paciente: ante una voz que percibe como exterior, inspecciona toda la casa; se asoma a las ventanas, averigua en los aparatos de radio, en la televisión, etc. Trata de explicarse el fenómeno. Ante una voz interior, busca a su alrededor aparatos, dispositivos, telepatías, etc., que hagan comprensible el fenómeno.

Después de esta búsqueda, siempre infructuosa por supuesto, viene la aceptación y el delirio, en este caso siempre derivado, se va estableciendo hasta adquirir una certidumbre plena. Por cierto, el grado de certidumbre es también el grado de gravedad pronóstica de la psicosis, al menos en lo que respecta a la sintomatología secundaria. Aunque el peso de la sintomatología primaria es lo definitivo para una fenomenología rigurosa y, fundamental en la determinación de las psicosis esquizofrénicas, no hay duda de que es el contenido de las alucinaciones y delirios lo que permite con mayor facilidad un acercamiento del psiquiatra a una psicopatología personal.

Una cosa es que se interprete a la sintomatología secundaria, que es siempre individual y única en cada caso, y otra es que se especule conforme a doctrina o escuela el cómo y el porqué de los síntomas primarios. De cualquier manera, es buen criterio para el pronóstico el tomar en cuenta lo férreo de la aceptación real que exhibe una alucinación o un delirio. Ello no será sino la expresión de la gravedad y firmeza de los trastornos del pensar y del sentir. En otras palabras, será un índice bastante seguro del grado en que el juicio y el juzgar estén alterados.

Cuando el psiquiatra tiene poca experiencia, o bien por más que pasen los años no llega a adquirirla, queda muy satisfecho cuando con su terapéutica logra la mejoría o incluso la desaparición de los síntomas accesorios. Esto se explica

en parte porque para la familia y la sociedad es lo más aparente, lo que connota al «loco» en cuanto tal; a menudo lo otro, el aplanamiento, la cicatriz, el defecto, que no es sino el residuo de lo fundamental, es poco aparente para el profano. Debe aquí recordarse que en la actualidad no hay una terapia específica de la esquizofrenia. Estamos apenas en las etapas iniciales de la terapia antipsicótica en general, con muy limitadas indicaciones, que son más bien empíricas que consecuencia lógica de un conocimiento científico.

Volviendo al tema del mundo del esquizofrénico, ya en conjunto, lo primario, lo secundario y lo autístico obligan al paciente a una franca retirada del mundo de los demás. Sin embargo, se desea aclarar cuanto antes una posible fuente de malentendidos y confusiones. Esta retirada es forzada, obligada, determinada, y en ningún caso propositiva, voluntaria y libre. En este punto de encrucijada es donde chocan las escuelas organicistas puras y a ultranza, y las psicológicas, igualmente puras y también a ultranza. El enfermo se ve compelido a retirarse, e incluso puede ser completamente consciente de ello, y hasta puede expresar esto como propósito; sin embargo, explorando más a fondo, se observa que se siente arrastrado, y de hecho lo es, por impulsos incontrolables, que incluso él mismo no puede comprender. En muchas ocasiones una ansiedad psicótica, enmascarada por la indiferencia aparente de que se ha hablado antes, lo mantiene inmóvil, apático y temeroso, especialmente por esa afectividad de cristal que le ha proporcionado lo esquizofrénico. A veces se sorprende de su comportamiento anterior, de su conducta anterior e incluso de su pensar y su vivir.

Este alejamiento de los demás, del mundo de los demás, de la realidad de los demás, hace surgir en el paciente un sentimiento de soledad. Pero de una soledad muy particular, pues se trata de una soledad psicótica y, para mayor precisión, de una soledad esquizofrénica. Al respecto, es indispensable recordar que el sentimiento de soledad —a nivel psicótico— no es otra cosa que la «patología del estar solo». En condiciones óptimas de salud o en condiciones aceptables de la normalidad, «el estar solo» es una circunstancia ordinaria de la vida, que incluso puede convertirse en extraordinaria, por las posibilidades de vida creativa que permite. El hombre sano ama la soledad, pues conoce y reconoce todas las oportunidades que le brinda. Esta es una verdad tan importante, por lo menos en Occidente, que siempre que un sujeto se queja de que el estar solo le hace sufrir, es indicio seguro de que esconde algún tipo de patología mental. La soledad en estos casos, la patología del «estar solo», siempre debe obligar a la

intervención del psiquiatra. Pues bien, el esquizofrénico vive su soledad en plan trágico, como tragedia inexorable, pero sin ser comprendida, e imposible de evitar, como un destino determinado. Pero, cosa curiosa, es un destino congelado, como la angustia, sin que el enfermo pueda enfrentarse a él, ni menos aún combatirlo en forma alguna. El combate, como sistema organizado de defensa, está prácticamente ausente. En todo caso, aparece una excitación psicomotriz, cacofónica y desesperada, que puede ser agresiva y dañar; pero, en todo caso, no es una conducta de defensa de tipo sano, sino una reacción tumultuosa de rabia a la menor provocación e incluso sin ella. Un precioso estudio, bien difícil por cierto, sería la exploración minuciosa de estos enfermos a nivel institucional y también a nivel de patología del lóbulo temporal.

Es tan importante la soledad en el ser humano, que se han hecho múltiples intentos para su comprensión psicológica, incluso partiendo de la psicología animal. Pese a todo esto, en el hombre y sólo en el hombre, puede adquirir trascendencia, tanto dentro de lo normal como dentro de lo patológico. La primera pregunta que se ocurre es qué criterio posible, a niveles empíricos, puede haber para deslindarla. El que esto escribe no ha leído nada al respecto en los libros. No obstante, se atreve a lanzar una respuesta que ha surgido de los pacientes mismos. El estar solo sano, jamás se convierte en soledad; es un estado circunstancial que siempre es tranquilo, conduce a la meditación y a la formación creadora en cualquiera de sus formas. En ningún caso conduce al sufrimiento y menos aún se caracteriza por ansiedad. En cambio, cuando el estar solo llega a ser patológico y se convierte en soledad, siempre exhibe una secuencia muy peculiar: primero aparece un sentimiento de inquietud; después aparece una clara desazón y desasosiego; y, por último, estalla la angustia en cualquiera de sus formas.

Pero siempre termina en una desesperación, que tiene todos los factores de una crisis existencial, mas ya en el campo de la patología. Otra cosa importante que conviene puntualizar es que el hombre sano solo, jamás se aburre y el que tiene sentimiento de soledad sí lo vive en grados diversos, pero siempre lo vive. El tedio siempre es síntoma de patología.

Estos aspectos adquieren profunda significación en paidopsiquiatría; niño que se aburre, que no tiene qué hacer, que no discurre nada con su tiempo, siempre es un niño ansioso, un niño miedoso, un niño inconforme, etc. De los doce años que trabajé en Clínica de Conducta, oí muchas veces esto: ¿Qué hago, mamá?; ¡me aburre!; ¡no sé qué hacer! Todos estos niños, por supuesto, no lle-

gaban a consulta por esto, sino por otras cosas: indisciplina, retraso escolar, etc. En todos los casos se encontró la patología a tratar y, por supuesto, una relación intra e interfamiliar defectuosa y que había que componer. Son estos niños un tema virgen en México para este tipo de exploraciones. En los hijos últimos estos aspectos son la regla. Habitualmente son niños exigentes, que compensan su soledad con una esclavitud de la madre, que ésta no capta sino a medias, y lo atribuye a defectos de ella.

Generalmente caen en actitudes de sobreprotección. Si hay medios, son por lo general niños que poseen muchos juguetes. La soledad y el aburrimiento son síntomas clave que el paidopsiquiatra debe aprender y explorar; siempre son signos de alarma de que algo anda mal. Es importante, en estos niños llamados neuróticos, seguirlos con cuidado y ver si con las necesarias correcciones de ambiente mejoran. De no ser así, hay que parar la oreja: es posible o probable que la esquizofrenia y otro padecimiento grave comience a surgir.

De nueva cuenta, dentro del mundo de la esquizofrenia, es indispensable conocer y reconocer, la soledad psicótica, siempre forzada y siempre presente. En contra de lo que ocurre con la soledad del neurótico o del psiconeurótico, que desaparece transitoriamente con la compañía, en el esquizofrénico aumenta, porque a la soledad, ya de por sí torturante, se añade la presencia de los otros, que no hace sino forzar y reforzar esa vivencia de lejanía del enfermo de toda humanidad, al menos en el sentido de lo comprensible. En el sano y en el normal, la compañía implica siempre comunicación, de tal manera, que, cuando «la compañía» transcurre sin comunicación e incluso sin posibilidad de comunicación, se convierte siempre en patología en cualquier grado. Para todo psiquiatra de mediana experiencia es bien conocido el caso del psiconeurótico que tiene profundo temor de andar solo y que, en cambio, anda completamente tranquilo si lo acompaña un niño de cuatro años. Parece raro pero la soledad se quita, momentáneamente, y es en rigor acompañante irresponsable del solitario. Ellos mismos advierten lo absurdo de la situación, pero tienen que admitirlo como parte de su patología. He conocido solteronas, con fama de ninfomaniacas y perversas, que tienen perros y otros animales que les sirven de compañía, precisamente patológica, por falta de comunicación. Esto es tan patente para ellas mismas, que hablan a estos animales como si fueran de seres humanos, y aunque advierten que no puede haber comunicación posible, lo intentan dentro de su fantasía, compensadora de su dolorosa situación.

El esquizofrénico ni a eso llega; la imposibilidad absoluta de comunicación en ellos es de tal naturaleza, que prefieren hablar solos. Estos soliloquios, estas risas y sonrisas sin condicionante externo, bastan y sobran para aproximarse al mundo existencial del esquizofrénico, en la soledad más pavorosa y con la falta de comunicación a niveles humanos. El esquizofrénico prefiere el monólogo al diálogo; tal es su desesperanza de ser comprendido por alguien; y cuando se estudia la psicopatología o, si se prefiere, la aproximación existencial, se puede valorar en gran medida la muy peculiar y personal, significación del monólogo autista, en que el enfermo prefiere hablar consigo mismo o con la nada, antes que con las gentes, que de antemano sabe que no lo podrán comprender.

Aunque el ejemplo está fuera de la realidad psiquiátrica, conviene recordar el principio escalofriante y taciturno de Hamlet: me refiero a los pasajes en que vive y habla con el espectro de su padre, fuera de toda realidad; a aquellas tremendas acusaciones sobre la reina, su madre, que nada oye y nada ve. A aquel mundo de su incestuosa tragedia, que en los monólogos hace pensar justamente en el mundo del esquizofrénico, que parece subyacer a todo, a toda premeditación. A ese odio literario, pero no por ello menos odio, que siente Hamlet por su madre, y que en realidad conduce al «esquizofrénico» a darle muerte. Al morir —la muerte misma—, la nada aparece siempre.

El alejamiento del otro, y dentro de este otro toda la supuesta realidad de los demás, es bien significativo: soledad psicótica y falta de comunicación, psicótica también. Son de tal importancia los factores de comunicación, que hace muchos años, cuando se estudió la psicosis de los expatriados mexicanos, los primeros braceros que cruzaron el Río Bravo en busca de pan, muchas veces de espaldas mojadas, Salazar Viniegra encontró el factor precipitante de las psicosis era el aislamiento por incompreensión de la lengua. Por su puesto que tal psicosis resulto ser la esquizofrenia, y la falta de comunicación fue tan sólo un factor precipitante. En un principio, dadas las ideas del Dr. Salazar, él pensó por supuesto que estas últimas apreciaciones corroborarían el origen psicogenético de la esquizofrenia. En vista de que todos caían en el manicomio, y precisamente en el Pabellón de Observación de Hombres, el que esto escribe tuvo la oportunidad de estudiarlos, y en términos generales se encontró con que la postura mencionada no podía sostenerse. En rigor, podrían dividirse estos expatriados psicóticos en tres grupos: el primero de ellos era de sujetos inadaptados previamente en todos los grados y matices de inadaptación, desde la neurosis de carácter hasta las etapas iniciales de la esquizofrenia, en ellos, especialmente,

la expatriación era, ya por sí misma, un síntoma de la esquizofrenia, y la estancia en el extranjero, con los problemas de comunicación y otros de choque cultural, no hacía sino que estallara en todo su esplendor. El segundo grupo correspondía a sujetos inefectivos en el medio mexicano, con poco arraigo por la tierra y la familia, con franca tendencia a vivir en la fantasía, y que emigraban sin metas precisas, creyendo que en Estados Unidos todo iba a ser diferente; en este caso también la dura realidad, y todavía más el duro trabajo en el campo y la discriminación, no hacían sino precipitar el estallido de la esquizofrenia, indudablemente genéticamente ya predeterminada. El tercer grupo lo formaban otros tipos de psicosis, como la maniaco-melancólica: el estallar éstas allende el Bravo, no era sino un fenómeno circunstancial.

De las remotas experiencias de aquellos días, han quedado muy vivas las descripciones y vivencias de algunos esquizofrénicos. Era de esperarse relatos turbulentos, trágicos e impactantes; sin embargo, la realidad clínica exhibía todo lo contrario: un mundo frío siempre centrípeto, pero pobre en cuanto a lo vivido. La retirada del mundo era a veces rápida, aguda y excitada; en otras ocasiones, paulatina y silenciosa. Mas lo importante y central era lo vivido, hasta donde la comunicación lo permite, se encontró siempre como lunar y helado, angustioso, pero frío. Esto era observado sistemáticamente tanto en los pacientes que eran estudiados en las fases iniciales y violentas, como en aquellos otros más enfriados y apagados.

Los obstáculos con que tropieza la clínica y la investigación del mundo del esquizofrénico, son precisamente aquellos aspectos inherentes a la esquizofrenia misma: su patología primaria y las grandes perturbaciones de la comunicación. Es una ilusión, muy del principiante, el sorprenderse o asombrarse por los cuadros floridos, siempre tumultuosos, en los sujetos esquizofrénicos. Éstos ceden o se modifican siempre en forma favorable y dejan en el psiquismo del enfermo parca huella. Lo verdaderamente importante subyace siempre y puede permanecer, y de hecho permanecen, oculto a los ojos del profano: el mundo de lo primario, siempre honda pero aguda y fríamente sentido, que ya ha sido descrito.

¿Qué puede significar el preguntar constantemente el esquizofrénico cuando se le logra con él alguna aproximación comunicativa, algún lenguaje interrelacional? Nada se sabe con seguridad; pero todo parece indicar que es consecuencia de su extrañamiento, tanto hacia sí mismo como frente al mundo que fragua y en el que vive. A nivel existencial, sólo queda registrarlos y, si es

posible, intentar comprenderlo en hablar del terreno —término que usan los antropólogos— se estima como fundamental, pues toda, especulación de escritorio, si no parte de la clínica misma, se convierte en lucubración barata y sin valor. El enfermo nota siempre que le falta algo, que ha perdido algo; pero jamás puede precisar qué es lo perdido. Si a esto se agregan las evidentes alteraciones del lenguaje simbólico que sufre, se podrá comprender un tanto su miserable situación. En la experiencia del que esto escribe, la distorsión del simbolismo y de la abstracción de alto nivel, parece estar ligada con la percepción delirante primaria, que, junto con la etapa de la regresión que el enfermo sufre, lo hace interrogar, ante su perplejidad, sobre su perplejidad y sobre las resonancias extrañas que implica todo lo exterior, por cierto muy a menudo confundido con lo interior. Esta sana delimitación se vuelve borrosa y desaparece en ocasiones.

Un paciente estudiado por el método de las entrevistas diarias, nos hace patente el hecho de que en todo enfermo inclusive en el esquizofrénico, es posible la exploración a diferentes niveles de profundidad. Según sea el nivel alcanzado, será el conocimiento adquirido. Lo anterior quiere decir que existen diversos grados de conocimiento aproximativo en la clínica psiquiátrica; todos los enfoques y procedimientos son útiles, y cada uno de ellos tiene sus indicaciones precisas. Sin embargo, a nivel formativo y de manejo fino, se juzga a las entrevistas seriadas como insustituibles, ya que permiten al psiquiatra adquirir experiencias y habilidad frente a esa X, siempre presente y siempre desafiante, que es todo enfermo mental.

En un caso estudiado, se hacen evidentes los síntomas primarios de Bleuler-Schneider, en toda su complejidad; pero con la característica de que en este paciente es posible observarlos desde adentro, tal y como los vivencia el enfermo mismo a través de sus descripciones y expresiones, a veces magistrales por su profundísimo y claridad. Especialmente es posible apreciar en sus mayores sutilezas el pensamiento esquizofrénico con todas sus facetas, significados y distorsiones. Se puede ver también, referidas por el paciente mismo, toda la rica gama de alteraciones afectivas que sufre, así como la grave patología, tanto de la conación como de la comunicación, que hace comprensible en gran medida sus acercamientos y sus retiradas del mundo de la realidad.

El estudio presentado hace ver con claridad que gran parte de la sintomatología corresponde —desde un punto de vista psicológico— a mecanismos de defensa frente a una situación intolerable para el enfermo. Esta especie de

destino inexorable y patológico llega a tener perfiles verdaderamente trágicos. Especialmente es posible constatar que el enfermo busca en su autismo, en su mundo esquizofrénico, un refugio de paz y tranquilidad que su mundo circundante, real para él, no le puede brindar; las altas y las bajas sintomatologías indican que no hay todavía una destrucción irreparable de la personalidad. También indica que se está en presencia de un proceso en plena evolución.

Se pone de manifiesto en este proceso esquizofrénico que la fenomenología esencial es una pérdida de unidad y control del «Yo» de la vida psíquica consciente. En efecto, la parte íntegra del verdadero «Yo categorial» —estudiado ya previamente— se convierte en espectador impotente de lo que aflora como contenido pasivo y activo autónomo de la conciencia misma. Parece indudable que estos elementos aislados, inconexos y caóticos, que surgen a la conciencia expectante, carecen de toda significación personal inteligible para el enfermo. De ahí la perplejidad y extrañeza ante sus propias vivencias, que a veces le parece que son de él y a veces le parece que corresponden a otro. De particular importancia son las ocurrencias esquizofrénicas, poco conocidas en nuestro medio psiquiátrico y que en este enfermo adquieren papel fundamental y nitidez comprensiva.

Se aprecian, en forma clara, importantes mecanismos de regresión frente a estímulos objetivamente banales, pero subjetivamente cargados de poderosa «carga energética» o dinámica patógena y patoplástica, siempre perturbadora y destructiva. En este aspecto, se impone, por lo menos en plan experimental, la necesidad de determinar la etapa psicológica de la regresión con todos los caracteres que enseña la psicología genética, con el fin de encontrar el manejo científicamente indicado. Lo científico debe entenderse como entrecomillado, pues nada remoto sería que quedara tan sólo como un intento empírico, condenado incluso al fracaso. Lo importante aquí se estima que es la actitud del psiquiatra; lo que importa, pues, los resultados, justamente serán aquellos que se deriven de esta interesante labor de investigación clínica, de aplicativa terapéutica.

Enseñan las entrevistas que este esquizofrénico, y quizá muchos otros, poseen una «afectividad de cristal», es decir, una afectividad frágil y muy vulnerable que reacciona con sensibilidad patológica a estímulos inoperantes en la vida cotidiana de los hombres llamados normales. Esto último plantea con rigor la necesidad de tratar con suma cautela el esquizofrénico, y contra lo que pudiera pensarse por su apariencia, manejarlo con tanto mayor cuidado, incluso al neurótico. También, por lo menos a juicio del que esto escribe, ayuda lo asentado

a corroborar la participación de estructuras orgánicas de mal equipo biológico, en el mismo sentido en el que pueden exhibir los histéricos, es decir, a nivel de todas aquellas estructuras y funciones que se están estudiando para conocer la fisiología y la fisiopatología de la emoción. Todo aquel que tenga ojos abiertos y sin prejuicios, se dará cuenta de que todo enfermo esquizofrénico tiene un mundo peculiar, válido sólo para él, y que es obligación del psiquiatra tratar de penetrar. Este penetrar en el mundo esquizofrénico no es un mero deporte o actividad lúdico-científica. Hace ver, por el contrario, que esta penetración aproximativa al mundo del esquizofrénico es la tarea principal de una clínica psiquiátrica fina y de altura.

Por supuesto que el aserto anterior puede y debe aplicarse a todo enfermo psiquiátrico, y yo me atrevería a afirmar que a todo enfermo a secas.

El aproximarse al enfermo esquizofrénico presenta grandes dificultades, por la esencia misma del padecimiento, ya que éste enfermo, en lo general, rechaza y se opone a todo contacto humano. Por esto no exime, en ningún caso, al psiquiatra de esta obligación profesional. Hay enfermos, no psiquiátricos, que ofrecen dificultades semejantes, cosa que se da con harta frecuencia. El penetrar al mundo del enfermo y más al del crónico, ayuda siempre, aunque sea ésta una de las mayores dificultades con que tropieza la medicina tecnológica moderna, que muchas veces sacrifica al enfermo en aras de cifras o apreciaciones de gabinete. Ahora se siente como anticuada e incluso como delictuosa, la difusión de estas ideas, sobre todo en instituciones que se ufanan de su alto nivel. La paciencia y el buen sentido se juzgan como una pérdida de tiempo o como una simple especulación, y se ignora o se olvida el alto rango de esta actividad.

Se aprecia que el esquizofrénico en estudio vive en un mundo de desamparo total, en el que es un juguete de mecanismos involuntarios y hasta de automatismos motores contra o a pesar de su propia voluntad, que lo hacen pensar en forma distorsionada y vivir profundamente angustiado, perplejo e inerte frente a sus propias vivencias en lo afectivo, ocurrencias en lo intelectual y conducta explícita en el mundo misterioso de su conación. Sólo si su médico, y en general el personal que lo rodea, le tiende la mano y le da protección y guía, podrá ser ayudado y rehabilitado, independientemente de las terapéuticas de cualquier orden que se empleen contra el padecimiento. Lo anterior adquiere caracteres trágicos, si se piensa en la diaria realidad de abandono e indiferencia por la que atraviesan estos pacientes en los medios hospitalarios. El esquizofrénico es la protesta viviente contra los hospitales que, por una razón u otra, han perdido

su esencia misma: ser instituciones en donde se brinda hospitalidad, es decir, hospedaje acogedor y humano.

Se plantea la cuestión de si es inútil e innecesario, y también inoperante, intentar una psicoterapia a base de interpretación o creaciones vivenciales nuevas, a la manera de la del neurótico. Todo parece indicar que requiere de medidas más simples, de acuerdo con la etapa de regresión de que se trate, y de que está mucho más próximo a un auténtico, aunque modesto, pastoreo psicológico.

Se advierte también, con suma claridad, que no todo el pensamiento y la actividad del esquizofrénico son consecuencia o derivación de procesos internos. Con una frecuencia mayor de lo que se cree, son el resultado de circunstancias ambientales, que, actuando por supuesto sobre el trastorno fundamental, producen exageradas reacciones, distorsionadas siempre, y que adquieren valor insospechado para el observador que intenta profundizar o comprender los procesos vividos de modo tan especial y personal por el enfermo. Con mucha frecuencia he sido interrogado sobre si todos los esquizofrénicos pueden ser abordados a la manera del paciente presentado. Es indudable que no todos se prestan a ello; pero lo que sí es seguro es que, tanto los abordables como los inabordables, viven en un mundo que es conveniente conocer, o al menos, intentar conocer. A mi juicio, en este sentido, lo más importante en el mundo en que vive el psiquiatra mismo. Al psiquiatra presuroso, en busca del éxito fácil, incapaz de un esfuerzo sostenido, le será muy difícil, por no decir imposible, este modo de abordaje.

Es de suma importancia advertir que el esquizofrénico estudiado, a pesar de tener varios años de evolución, todavía no hace «suya» la enfermedad, en el sentido que Laín Entralgo usa esta expresión. Todavía la siente extraña a su personalidad, o dicho de otra manera, todavía no ha llegado a un arreglo de convivencia con el padecimiento. Aún se encuentra en esa etapa tormentosa y atormentada en que el enfermo siente que son los dioses quienes le han disparado la flecha patológica.

Una vez más aquí se ve el genio clínico sagaz de que era poseedor el gran Sydenham. A lo largo de las entrevistas es posible apreciar que el paciente libra una activa lucha o defensa en contra del derrumbe total de la personalidad y contra las influencias preternaturales que cree se dirigen contra él. Esta lucha a muerte que sostiene el enfermo, es cabalmente, la fuente más importante de su angustia, y no cesará hasta que el «Yo» categorial se dé por vencido y acepte y haga suya a la esquizofrenia misma.

En ningún momento permanece pasivo por completo ante la situación, pues aun en las peores circunstancias de inmovilidad y mutismo, se advierte la lucha: su psique enferma se vale de estos medios como caminos de evasión salvadora ante su cotidiano e intolerable vivir. Se podría decir, usando una metáfora, que la psiquiatría existencial, permite que se esté en presencia de una «resistencia pasiva» a la esquizofrenia. Es una caricatura del pensamiento de Gandhi hecho patología.

También aquí se observa la cualidad impositiva del pensamiento esquizofrénico: sus «estados de humildad» y sus «estados de voluntad» le son impuestos, o al menos permitidos, por influencias extrañas. Es conmovedor apreciar y reflexionar que, aun en aquellos momentos en que el enfermo cree escoger o decidir los estados de humildad y los estados de voluntad, en fin de cuentas quien decide es su «Yo» esquizofrénico, y quien contempla todo ello es su «Yo» categorial.

La angustia que describe el enfermo en toda su diversidad de facetas y matices, muestra y demuestra lo erróneo de la creencia de que el esquizofrénico —al menos la mayoría de ellos— es insensible y cada vez más desprovisto de la afectividad.

La clásica indiferencia afectiva no es sino una máscara que oculta su peculiar y existencial modo de angustiarse. Por el contrario, el enfermo estudiado nos hace ver que es por lo menos tan sensible como el hombre normal ante situaciones comparables y, en muchas ocasiones, manifiestamente hipersensibles, aunque quizá esta sensibilidad sea distorsionada, desproporcionada e incluso paradójica. En gran medida, esta afectividad mórbida, que aquí ha sido llamada «afectividad de cristal», explica muchas de las peculiaridades del autismo, que no es otra cosa que aquel mundo fraguado y poco a poco acuñado en que vive y se mueve el enfermo esquizofrénico.

Bien podría llamarse mundo circundante esquizofrénico, que por cierto nada tiene que ver con los otros mundos existencialmente vividos por otro tipo de sujetos enfermos, normales o sanos.

Obsérvese también como importante la cambiante relación médico-paciente a lo largo de las entrevistas. Lo que al principio fue aparentemente indiferencia, pronto se tornó en hostilidad y actitudes negativistas y opositoristas, que pronto cedieron a la curiosidad, para llegar finalmente a un marcado estado de dependencia hacia el médico, que por fin fue consejero, tutor y curador psicológico, en la resolución de las dudas y temores del paciente. Estos aspectos de la relación médico-paciente, son piedra angular para la terapéutica de todo

enfermo; pero en el caso del esquizofrénico, adquiere matices muy especiales; el psiquiatra tiene que explotar al máximo esta dependencia, para poder conducir y pastorear al enfermo en remisión. En los casos en que exhiba cicatriz, se piensa que esta dependencia es casi imposible de romper; sin embargo, el que esto escribe tiene la convicción y la experiencia de que algo se puede hacer al respecto, al menos en lo que se refiere al propio valimiento en trabajos menores, que permitan al paciente ganarse su propio pan.

El que esto escribe se atreve a pensar que todo esquizofrénico requiere por muy largo tiempo, tal vez de por vida, de un manejo terapéutico de doble vertiente; el somático, por ahora a base de drogas psicótropas, y el dirigido a la psique, por medio del pastoreo. Este último sólo puede conseguirse con entrevista periódicas, a las que el paciente se somete casi siempre y que terminan por serle absolutamente necesarias, al grado de que constituyen una tarea fundamental en el vivir del enfermo.

El pastoreo sistemático permite, a la vez de que una labor terapéutica, un constante aprendizaje, nunca susceptible de ser terminado, del mundo del esquizofrénico. Al mismo tiempo hace posible de pronóstico bastante seguro, pues el psiquiatra entrenado puede vislumbrar, con poco margen de error, las posibilidades rehabilitadoras que van a poder lograrse con un determinado paciente.

Finalmente, conviene hacer mención de la infinita paciencia que requieren algunos esquizofrénicos, sin embargo, se tiene la convicción de que la mayoría de los enfermos, si son bien atendidos. Aunque siempre quedara la duda sobre el verdadero papel que el médico ha jugado en todo esto, es suficiente y merecida recompensa el ver surgir a la vida un ser renovado, para emprender su personal tarea, aunque casi siempre menguado en posibilidades integrales de realización.

Ramón de la Fuente (1921-2006)

HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN GARCÍA

La vida de don Ramón de la Fuente estuvo ligada estrechamente a la Universidad Nacional Autónoma de México. Ahí contribuyó a la creación del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, que ha jugado un papel decisivo en dar a la enseñanza de la medicina en nuestro país una dimensión psicológica y humanística. Fue miembro del Consejo Técnico de la Facultad y de 1968 a 1974 miembro de la Junta de Gobierno. En 1983 fue nombrado Profesor Emérito y en 1985 se le designó Doctor Honoris Causa. En 1990 se le otorgó el Premio Universidad Nacional en el área de la Docencia en Ciencias Naturales. La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla le concedió en 1996 el Doctorado Honoris Causa.



Ramón de la Fuente

Su actividad y su influencia fueron definitivas para la psiquiatría mexicana. En 1966 fundó la Asociación Psiquiátrica Mexicana de la que fue el primer Presidente. De 1967 a 1969 presidió la Sociedad Mexicana de Psicoanálisis. En 1971 organizó y presidió el V Congreso Mundial de Psiquiatría. En su discurso inaugural hizo una valiente denuncia de algunas prácticas abusivas de la Psiquiatría por algunos regímenes totalitarios, lo que contribuyó sin duda a movilizar una acción internacional. La Organización Mundial de la Salud lo invitó el año siguiente a formar parte de la Comisión de Expertos que entrevistó en la antigua Unión Soviética a varios disidentes internados. De 1971 a 1976 fue Vicepresidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría. En 1972 fundó el Consejo Mexicano de Psiquiatría cuya función es certificar la capacidad técnica de los especialistas.

En 1972 ingresó a El Colegio Nacional y un año más tarde presidió la Academia Nacional de Medicina. Esta incorporación lo nombró en 1992 Miembro Honorario.

Entre 1977 y 1980, el doctor Ramón de la Fuente fue Director de Salud Mental de la Secretaría de Salud. Durante ese periodo se crearon servicios de psiquiatría en hospitales generales y centros de salud de la República y se rehabilitaron los hospitales psiquiátricos dependientes de esa Dirección.

En 1979 fundó el Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) al que dirigió hasta 1998. En el seno de esta institución se han llevado a cabo cientos de investigaciones científicas que han impulsado el desarrollo de esta rama de la medicina en nuestro país y le han dado lugar de distinción en el concierto internacional. Muchas de estas investigaciones se han publicado en revistas extranjeras de prestigio. En el Instituto se ha formado un número considerable de investigadores y clínicos de alto nivel. Esta labor de promoción de la investigación ha contribuido de manera significativa a que la psiquiatría en nuestro país, antes una de las ramas más atrasadas de la medicina, ocupe ahora un lugar de distinción entre las más pujantes y vigorosas.

De 1979 a 1983 fungió como Vicepresidente por América Latina de la Federación Mundial de Salud Mental. En el bienio 1983-1984 fue Presidente de la Asociación Médica Franco-Mexicana, agrupación fundada en los años 30 del pasado siglo y que tradicionalmente presidía una de las figuras de mayor relevancia de la medicina mexicana.

En el área editorial su labor fue especialmente fructífera. Editó durante algunos años la *Revista Mexicana de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis*, publicada por la editorial Fondo de Cultura Económica, en donde dirigió por más de treinta años la Colección «Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis». Fundó otras dos publicaciones que subsisten de manera ininterrumpida: *Psiquiatría*, órgano de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, y *SALUD MENTAL*, que lo es del INPRFM.

A través de su extensa actividad científica y académica, el doctor de la Fuente contribuyó a vincular los principios y conceptos de la psicología y la psiquiatría con el resto de la medicina. En esta área concentró su principal interés científico, como lo reflejan más de 150 publicaciones, sus «Cuadernos de Psicología Médica» y las numerosas conferencias que impartió tanto en México como fuera del país. De las obras de que es autor, *Psicología Médica*, de cuya primera edición se hicieron 22 reimpressiones, se ha publicado ya una segunda

versión, extensamente revisada y ampliada (FCE, 1992), esta obra ha tenido una señalada influencia en el campo, en los países de habla hispana. Publicó también: *La Patología Mental y su Terapéutica* (FCE, 1997) con la participación de sus colaboradores en el Instituto Mexicano de Psiquiatría; *Salud Mental en México* (FCE, 1997), en colaboración con la doctora María Elena Medina-Mora; *Biología de la mente* (FCE, 1998), con la colaboración del doctor Javier Álvarez Leefmans y la participación de distinguidos investigadores.

En 1998, el Consejo de Salubridad General le otorgó la condecoración «Eduardo Liceaga» y la Sociedad Médica de México la medalla «Dr. Gustavo Baz Prada». En 1991, la Academia Nacional de Medicina lo distinguió con la primera Conferencia Magistral «Dr. Ignacio Chávez». En 1993, con motivo del Cincuentenario de la Secretaría de Salud, junto con nueve destacados médicos mexicanos, recibió del Presidente de la República la medalla en reconocimiento a sus contribuciones a la medicina mexicana en la enseñanza, la asistencia y la investigación. En 1994, la American Psychiatric Association le otorgó la Presea «Simón Bolívar» en reconocimiento a sus contribuciones. En 1996, en homenaje a su trayectoria y a sus aportaciones, se impulsó su nombre a un auditorio de la Facultad de Medicina de la UNAM.

En octubre de 2000, recibió del Presidente de la República el Reconocimiento al Mérito Médico como una distinción por «sus aportaciones invaluable a la investigación científica en el campo de la medicina y su labor en la creación de un México con instituciones de salud más sólidas»; y la Secretaría de Salud le otorgó el Premio a la Excelencia Médica por sus contribuciones fundamentales al desarrollo de la Psiquiatría en nuestro país en el siglo XX. En 2003, La Fundación Mexicana para la Salud le otorgó el Premio «Elías Sourasky» en Desarrollo Institucional en Salud, y la Secretaría de Salud, con motivo de la celebración del 60° Aniversario de su creación, le otorgó el Reconocimiento en la Categoría de Desarrollo de Instituciones de Salud. En octubre 2004, la Facultad de Medicina de la UNAM le rindió un homenaje en el que fue galardonado con la medalla «Dr. Ignacio Chávez». En 2006 el Consejo de Salubridad General le otorgó el Premio «Dr. Guillermo Soberón Acevedo» de Desarrollo de Instituciones de Salud, en reconocimiento a su trabajo sobresaliente a favor de la salud de la población mexicana.

El estudio de la conciencia: estado actual

RAMÓN DE LA FUENTE

INTRODUCCIÓN

Tener conciencia, es la experiencia más familiar y discreta que tenemos los humanos, pero también el mayor de los misterios que concierne a los filósofos, los biólogos y los psiquiatras. Hoy no se duda que la conciencia tiene su asiento en el cerebro pero ¿cómo es que el cerebro da origen a una experiencia psicológica? ¿Cómo es que emergemos nosotros de esa masa neural como personas conscientes de tener conciencia? Estimamos que no obstante los avances, hay una «brecha explicativa» entre la conciencia subjetiva y los eventos neurales que la generan.

La aproximación científica al problema, es reciente porque para iniciarla fue necesario superar tradicionales obstáculos filosóficos y problemas metodológicos. La principal dificultad radica en que la conciencia es experiencia personal y privada.

Tenemos advertencia de lo que nos rodea y también de nuestros sentimientos, nuestros pensamientos y nuestras intenciones, en una sucesión de estados subjetivos que están integrados y son presididos por un Yo único y estable. Como humanos tenemos un nivel elevado de conciencia, la autoconciencia, que es la capacidad de reflexionar sobre los contenidos de nuestra conciencia. Hablamos de la conciencia como si fuera una entidad homogénea, pero no perdamos de vista que una persona puede experimentar en forma sucesiva o alternante, una variedad de estados de conciencia [18].

A finales del siglo XX, la conciencia era el tema central de la psicología. Wundt, Helmholtz y otros investigadores disecaban conceptualmente las funciones mentales conscientes y las estudiaban una a una mediante la introspección, pero algo alteró el curso de estos estudios. En 1913, en su manifiesto

«Por una psicología científica», John Watson [26] argumentó que la conciencia y los estados subjetivos deberían ser eliminados de la discusión científica. En sustitución, propuso el análisis de la conducta explícita, es decir, públicamente verificable. Esta nueva «psicología del comportamiento» ejerció una influencia poderosa durante más de cuatro décadas y a la conciencia se le vio como algo demasiado elusivo para ser estudiado experimentalmente. Por su parte, Freud, cuya influencia en la psicología habría de ser poderosa, postuló que otra instancia mental, el inconsciente, es la fuente de nuestros deseos, nuestras fantasías y nuestras acciones, y relegó a la conciencia a un segundo plano, en todo caso, «sólo la punta del iceberg» de lo que es mental.

Esta conferencia es parte del ciclo que lleva por título «El retorno de la conciencia». Este título se justifica porque en los últimos años, un número creciente de biólogos, neurocientíficos, psicólogos y filósofos, han tomado de nueva cuenta el estudio de la conciencia como un problema central. Que el estudio de la conciencia está en auge, lo atestiguan más de una docena de libros importantes y centenares de artículos publicados en los últimos años, que se ocupan del tema desde distintos puntos de vista.

Hoy en día, también los *filósofos* tienen algo que decir acerca de la conciencia, pero es prudente advertir que los filósofos actuales contemplan a la conciencia, como parte y no aparte de la naturaleza. De ahí que «alma y espíritu» sean vistos como conceptos teológicos, asuntos de fe y por lo tanto fuera del alcance de la ciencia y de la reflexión filosófica actual.

Volvamos de nuevo a la historia. En 1664, R. Descartes elaboró una teoría acerca de la mente y sus relación con el cerebro, «tan natural y tan acorde con el sentido común» que ha impregnado el pensamiento occidental hasta nuestros días. Lo que Descartes propuso es que la mente, y por lo tanto la conciencia, es una entidad de naturaleza inmaterial, que se reúne con una sustancia material, el cerebro, y propuso como centro de reunión la glándula pineal. Hoy en día, el dualismo interaccionista de Descartes, tiene pocos partidarios entre quienes abordan la conciencia con los métodos de la ciencia.

El modelo naturalista, derivado del anterior, que propone que la conciencia depende de un *locus cerebral* único donde se reúne la información en términos espaciales y temporales, conocido como el «Teatro Cartesiano», se derrumbó también porque después de más de un siglo de búsqueda, no se ha encontrado ese lugar de reunión. Hoy en día, la posición predominante es que la conciencia es una «propiedad emergente» del cerebro en su totalidad.

Para la mayoría de los científicos, la conciencia, incluyendo sus atributos más sorprendentes, es abordable en términos de la actividad global de grandes conjuntos de neuronas interactuantes y se asume que sus mecanismos neurales son susceptibles de ser aclarados. Otros estudios del tema han llegado a la conclusión de que la conciencia es un proceso imposible de esclarecer. Esta posición no debe sorprendernos porque igualmente fue un misterio cómo es que la información biológica pasa de una generación a la siguiente, antes del descubrimiento del DNA.

VARIEDADES DE EXPERIENCIA CONSCIENTE

El concepto de «estados alterados de conciencia» se refiere a fenómenos en los límites de la normalidad, como los que se generan en la meditación trascendental, el trance y el éxtasis y en las experiencias de «revelación», o de «posesión», la hipnosis y la disociación. Nos inclinamos a pensar que estos estados, etiquetados en formas diversas, pueden estar basados en mecanismos neurofisiológicos comunes que son modelados en su expresión por los contextos situacionales y culturales en que se dan. En principio, podemos decir que una persona tiene un estado alterado de conciencia cuando experimenta un cambio cualitativo en su experiencia.

Me limitaré ahora a algunos ejemplos. En el misticismo, los sujetos intentan experimentar «la conciencia *en sí misma*,» eliminando tanto el «ruido» interno como externo. Las técnicas que usan consisten en reducir la actividad mental mediante alguna forma de meditación o contemplación.

Limitando la intensidad apremiante de la percepción externa y la de la actividad mental interna, uno puede finalmente experimentar un silencio interior absoluto, completamente libre de percepciones y pensamientos. Esta experiencia, es conciencia pura, conciencia abierta, sin contenidos, ni intenciones [9].

La meditación conduce a un cambio profundo en la estructura epistemológica, es decir, cambia la relación entre el Yo y nuestros objetos perceptuales. A largo plazo, este cambio en la estructura epistemológica es una forma de salto cuántico hacia una tranquilidad interior que persiste aun cuando la persona esté ocupada en pensamientos y actividades.

En las experiencias místicas se da una reducción relativa de las emociones, deseos y pensamientos, que en forma progresiva permite que nuestra atención esté disponible, hasta que eventualmente seamos capaces de mantener sin es-

forzarnos, el conocimiento de nuestra propia advertencia en forma simultánea con los pensamientos acerca del mundo.

Menciono solamente algunas formas de la experiencia. Todas las facultades de la persona están suspendidas. La persona no ve, no oye, no entiende. El Maestro Eckhart describe algo similar como el «rapto de San Pablo», su arquetipo de una experiencia mística transitoria. También Teresa de Avila asevera la ausencia de contenido de los sentidos, y de los objetos mentales exenta de recuerdos y de entendimiento. Uno se olvida de su «propio cuerpo» y de «todas las cosas», «uno es nada, sino la conciencia misma». En las experiencias budistas tradicionales también se pretende «alguna forma de conciencia sin contenido y sin atributos».

Otro estado de conciencia es el trance autoinducido por chamanes en pueblos de cazadores y recolectores, con fines adivinatorios y curativos, en diversas latitudes y desde tiempos prehistóricos. Un ejemplo más, es el cambio en la conciencia inducido por la estimulación sensorial rítmica, característica de los rituales en varias culturas. Los observadores de los rituales inductores de trances, habían vislumbrado ya un efecto directo de los sonidos rítmicos en el cerebro. Aldous Huxley lo expresó así: «Ningún hombre, por más civilizado que sea, puede escuchar por mucho tiempo el tamboreo africano, o el canto hindú, y mantener intacta su autocrítica consciente».

En la clínica psicopatológica y neurológica, son también notables las alteraciones de la autoconciencia que frecuentemente acompañan a varios trastornos mentales y algunas veces constituyen su esencia [13, 24]. Así, son frecuentes «las experiencias de despersonalización», en las que el sujeto se percibe extrañamente ajeno a sus propias actividades mentales, si bien tiene advertencia de lo que ocurre.

La «despersonalización», es un estado de conciencia alterada, en el que hay un cambio en las percepciones acerca de uno mismo, si bien el juicio de realidad se conserva. El trastorno se presenta a veces asociado con la ansiedad y con los trastornos del humor. Los intentos para localizar en el cerebro el sustrato de la experiencia de despersonalización, han dado algunos resultados [21]. Hace medio siglo, Penfield y Rasmussen observaron «ilusiones de extrañeza y lejanía», producidas por la estimulación de la corteza temporal, y la parte próxima de la corteza occipital. Se trata de sensaciones de no estar presente, de estar lejos y flotar. Penfield y Rasmussen postularon que los estados de despersonalización

expresan una «alteración en el mecanismo usual de la comparación de la percepción sensorial inmediata con los registros de la memoria».

Otro ejemplo, es el trastorno disociativo que llamamos «personalidad múltiple», en el que la unidad de la conciencia aparentemente se fragmenta entre distintas constelaciones de pensamientos, sentimientos y conductas cada una presidida por un Yo que ignora a los otros. En estos casos. Han sido ampliamente estudiados en las investigaciones clínicas de la conciencia humana desde finales del siglo XIX, cuando Morton Prince identificó y describió el fenómeno.

Menciono otro trastorno de la conciencia que afecta la experiencia normal de ser agente de nuestra vida mental; el «robo del pensamiento» y sus contrapartida, «la inserción del pensamiento»; ambos se dan en la esquizofrenia. La persona afectada tiene la convicción de que sus pensamientos no son los propios, sino que están siendo sustraídos o introducidos en su mente por un poder extraño [23, 27]. Muy rica y extraña es la variedad de experiencias de conciencia alterada en las crisis parciales complejas de la epilepsia, en las que el sujeto lleva a cabo acciones relativamente integradas de cuya ocurrencia no guarda memoria.

En la epilepsia se dan alteraciones de la conciencia que son extrañas que se prestan a ser interpretadas como expresiones extranaturales. Dostoievski, cuya experiencia personal con la enfermedad es conocida, describió en sus novelas numerosos personajes epilépticos e hizo referencia varias veces a sus propias crisis, que iban precedidas de un momento de éxtasis. «Durante algunos instantes, me siento invadido de un sentimiento de felicidad inimaginable y del que una persona sana no puede tener idea. Descubro entonces en mí y en el mundo una armonía. Esta sensación es tan intensa, tan eufórica, que daría 10 años de mi vida, por no decir la vida entera, a cambio de unos segundos como éstos». El príncipe Michkin, personaje central de *«El Idiota»* sufría crisis en las que había un momento en que «el crepúsculo de su alma se iluminaba de repente, su cerebro se inflamaba y todas sus fuerzas vitales entraban en evolución». Su instinto de vida y su conciencia de sí mismo se complicaban en esos momentos, breves como un relámpago. «Una luz inefable iluminaba su espíritu y su corazón.» Todas sus inquietudes, todas sus dudas se disipaban repentinamente para dar paso a una armonía serena, a la alegría, a la esperanza. Algo parecido ocurre a Smerdiakov en *«Los Hermanos Karamazov»*.

Es enorme la riqueza experiencial que se debe a la disfunción del lóbulo temporal, cuyo papel esencial en la integración sensorio-motriz, la afectivi-

dad, la memoria y el mantenimiento de la vigilancia y de la conciencia es ahora conocido.

En ciertos casos no se trata de una obnubilación más o menos profunda que deja un recuerdo confuso, sino de una evolución completa de la conciencia con amnesia de todo el episodio y conversión de una actividad automática más o menos compleja y más o menos adaptada.

Conocer mejor el sustrato neural de estas variedades de experiencia normales y patológicas, puede contribuir al mejor conocimiento de la conciencia y de nuestra convicción de ser los agentes de nuestros pensamientos y acciones. De hecho, una gran parte de la psicopatología se expresa por alteración de la conciencia.

LA EVOLUCIÓN DE LA CONCIENCIA

En los últimos 150 años, la ciencia ha comprobado la evolución de las especies, incluyendo la especie humana. Centenares de investigaciones paleontológicas han permitido reconstruir el pasado filogenético del hombre y la continúan reconstruyendo. ¿Podría la conciencia escapar al proceso evolutivo? No es de pensarse que así sea, porque la conciencia es una capacidad adaptativa que en algún grado no es propiedad exclusiva del hombre. Estudiar las etapas evolutivas que conducen al cerebro y a la conciencia humana, usando evidencia fósil, tiene un lugar en el estudio de la conciencia [8].

En los mamíferos, los sistemas neurales evolucionaron para responder con eficacia a la creciente complejidad de los ingresos sensoriales. Se estima que hace 200 millones de años hizo su aparición la corteza cerebral primitiva y con ello hizo posible cierto grado de conciencia de las experiencias globales del mundo circundante. Algún grado de conciencia confiere una ventaja evolutiva a los mamíferos sobre los reptiles, carentes de neocorteza. El proceso culmina en el *Homo sapiens* con los niveles más elevados de conciencia; la autoconciencia que como hemos apuntado es la capacidad única de los humanos de reflexionar sobre los contenidos de su conciencia [16].

En su libro «*The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*» [11], J. Jaynes contempla algunos pasos en la evolución de la conciencia. Según Jaynes hubo una fase (identificada por el periodo de las leyendas homéricas) en la que la experiencia de alucinaciones era modal. En esta fase, crítica para el desarrollo de la estructura social, Jaynes sugiere que particularmente

en los momentos de tomar decisiones, los individuos experimentaban la influencia de «voces de los dioses», como alucinaciones auditivas imperativas.

Podemos atribuir a la mentalidad de los micénicos un carácter bicameral. La voluntad, la planeación, la iniciativa, están organizadas sin conciencia propia y después son comunicadas verbalmente al individuo en su lenguaje familiar, algunas veces con un aura visual de una figura de autoridad o sólo una voz que había de obedecer.

Más tarde, con el desarrollo creciente del lenguaje y la escritura, el individuo fue capaz de prescindir de esta experiencia y, como una parte integral de evolución de la conciencia, distinguir y reflexionar con autonomía.

Jaynes propone que la mente bicameral es una etapa de la mentalidad que precedió al advenimiento de la «verdadera» conciencia y acompañó a un tipo de función cerebral más simétrica. El desarrollo de la asimetría y de la estructura del lenguaje cada vez más compleja es para Jaynes la clave de la evolución de la conciencia durante un periodo corto, los últimos 5000 años.

¿TIENEN CONCIENCIA LOS ANIMALES?

Surge la pregunta de si la actividad cerebral humana difiere cualitativamente de la actividad cerebral de los animales superiores más cercanos al hombre como son los primates. Ellos no pueden decirnos si están conscientes, ni podemos indagar sobre sus experiencias subjetivas.

Carruthers [1] propone que los animales no tienen experiencias conscientes. Sin embargo, su criterio radical se debe a una visión antropocéntrica de la conciencia. Si dejamos a un lado las características exclusivamente humanas de la conciencia, es aparente que los animales superiores tienen conciencia aunque no tengan capacidad de razonar acerca de su propia experiencia [3, 20].

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO DE LA CONCIENCIA

En la década de 1920, William James, el padre de la psicología en Norteamérica, abordó el estudio de la conciencia con un enfoque naturalista; describió magistralmente sus propiedades y propuso que la conciencia no es una cosa, sino un proceso y metafóricamente le comparó con la corriente de un río: «la corriente de la conciencia». Las observaciones y los conceptos de James acerca de la con-

ciencia conservan interés para los teóricos y los investigadores experimentales [10].

Como hemos indicado, hacia 1960, la psicología abandonó el conductismo radical y los psicólogos cognitivistas rescataron a la conciencia y la pusieron de nuevo en el centro de sus indagaciones. La psicología cognitiva experimental se da en varias formas, pero todas ellas comparten el interés central en estudiar las estructuras y los procesos mentales, que vinculan a los estímulos ambientales con las respuestas de los organismos. Recientemente, los psicólogos cognitivistas han diferido más finamente sus conceptos, se han unido con colegas del campo de la neurobiología, la computación y la lingüística y construyen paso a paso una ciencia de la mente. Uno de los productos más saludables de esta corriente, ha sido el despertar del interés en la conciencia en distintos campos del conocimiento. Conviene destacar que las investigaciones han enfocado también a los procesos mentales inconscientes. Sin entrar de lleno en el tema, dado el carácter introductorio de esta presentación, diremos que como en el teatro, los eventos fenomenológicos ocupan el escenario, pero tras la cortina ocurren complejas actividades, en este caso, neurales, que son subyacentes a las experiencias conscientes y que no se reportan en la conciencia. Desde el punto de vista cognitivista, se ha propuesto un modelo psicológico, en el que la conciencia es vista como el producto final de la interacción de una representación mental del Yo, que reside en la memoria de trabajo, e interactúa con procesos perceptuales de memoria y de pensamiento.

Me referiré ahora a dos conjuntos de hechos acerca de la psicología de la conciencia que intrigan y requieren ser tomados en cuenta. Uno, es la disociación en el tiempo entre la actividad del cerebro y los procesos conscientes, y otro, las observaciones en personas cuyos hemisferios cerebrales han sido separados quirúrgicamente.

Un experimento clásico puso al descubierto la disociación en el tiempo entre el cerebro y los fenómenos conscientes. Dos puntos coloreados son sucesivamente iluminados y lo que ve el observador es el movimiento de un solo punto entre las dos posiciones y un cambio de color que ocurre a mitad del camino. Lo anterior significa que la percepción del color ha cambiado antes de que se perciba el segundo punto. Otro ejemplo de la disociación de la percepción consciente y el tiempo neural del estímulo, lo planteó hace algunos años en un experimento clásico de Benjamín Libet [12]. Este investigador identificó un «potencial de preparación» en la corteza cerebral que precede por 500 milisegundos a la vo-

luntad de iniciar un movimiento. Las anomalías temporales indujeron a Eccles [17] a pensar que son pruebas de que «una mente inmaterial interactúa con el cerebro en forma físicamente inexplicable ya que no corresponde a la secuencia temporal de causa y efecto». Libet explica la aparente discrepancia como «una referencia retroactiva de la experiencia sensorial subjetiva».

Un conjunto de hechos que han tenido resonancia en el estudio psicológico de la conciencia, son los cambios que se dan en sujetos humanos a quienes se secciona quirúrgicamente las comisuras que conectan entre sí a ambos hemisferios cerebrales con el propósito de interrumpir crisis epilépticas generalizadas incoercibles. Estos sujetos muestran después de la intervención cambios en la calidad y la distribución de su advertencia consciente. Los estudios de Sperry y Gazzaniga [22], que merecieron al primero un premio Nobel, muestran que los sujetos con el cerebro dividido se manejan bien en la vida cotidiana, pero en las pruebas neuropsicológicas es aparente que un hemisferio no tiene advertencia de las experiencias del otro. En cierto modo, «hay dos conciencias en una cabeza». Estos estudios han contribuido al esclarecimiento de las diferencias funcionales de uno y otro hemisferio y han de ser tomados en cuenta en relación con la unidad de experiencia consciente.

CONTRIBUCIONES DE LA FILOSOFÍA

En eventos científicos y en publicaciones recientes se ha puesto de manifiesto una controversia entre dos filósofos expertos en el estudio de la conciencia, David Chalmers profesor de filosofía de la Universidad de California y Daniel Dennett, de la Universidad Tufts en Massachusetts. En su libro «*Consciousness Explained*» [7], Dennett opina que el tema de la conciencia puede reducirse a un conjunto de problemas que son manejables a nivel neural y sólo resta conocer los detalles. Dennett sigue la línea de su mentor en la Universidad de Oxford, Gilbert Ryle, quien en 1949, publicó un libro que hizo época, «*El Concepto de la Mente*» [19], en el cual califica a la idea de «un fantasma en la máquina», como un residuo del pensamiento precientífico.

Dennett pregunta ¿qué más necesitamos? No hay en realidad un problema teórico acerca de la conciencia, sólo tenemos que continuar reuniendo nuevos datos y cuando tengamos todos los detalles de cómo interactúa el cerebro con el ambiente, tendremos una explicación científica completa de la conciencia. Sin embargo, otros filósofos están convencidos de que el asunto no será tan

simple. O sólo es asunto de reunir más datos experimentales, sino de postular una nueva manera de interpretar las relaciones entre los eventos cerebrales y las experiencias conscientes, como la teoría del calor que hace transparente la relación entre la flama del gas y la ebullición de la caldera. Más que una serie de correlaciones lo que se requiere es una nueva teoría. Después de todo, esto no es común en todos los dominios de la ciencia. ¿Por qué no aquí? En la actualidad, una nueva teoría es inimaginable, sólo en el sentido de que nadie podía haber imaginado la relatividad o la mecánica cuántica antes de que fueran inventadas.

David Chalmers [4] propone que en el estudio de la conciencia hay «problemas fáciles» y «otros difíciles». Los problemas fáciles, no son más desafiantes que la mayoría de los problemas de la psicología y de la biología, en tanto que los problemas difíciles son misterio. Un problema fácil es: ¿cómo puede el cerebro integrar la información que procede de fuentes diferentes y usar esta información para dirigir la conducta? Esto tiene que ver con mecanismos objetivos del sistema cognitivo y eventualmente será resuelto por los neurobiólogos.

Chalmers propone que las experiencias conscientes tienen «un carácter extra», una calidad especial o *cualia* y advierte que le es fácil entender por qué la gente se ve impulsada a las especulaciones espiritualistas. Después de todo, dice, las experiencias subjetivas, son las que dan significado a la vida. El problema difícil sigue siendo, escribe Chalmers, explicar cómo es que los datos que recogen los sentidos, se vuelven parte de la conciencia. ¿Por qué alquimia, física o metafísica, la información física se convierte en experiencia subjetiva? ¿Cómo es que el cerebro convierte el agua en vino? Es notorio que la experiencia subjetiva emerge de un proceso físico, pero no tenemos idea de cómo o por qué.

Los trabajos recientes sobre la conciencia en las neurociencias y en la psicología experimental permiten pensar que el misterio se empieza a aclarar. Sin embargo, como señala Chalmers, casi todo el trabajo que se hace actualmente sobre la conciencia aborda los problemas fáciles y no el problema difícil, que persiste.

APORTACIONES DE LA NEUROBIOLOGÍA

El conocimiento de lo que en el pasado fue «*terra incógnita*» de la biología, la corteza cerebral humana, avanza en las dos últimas décadas a una velocidad vertiginosa. Los investigadores cuentan con instrumentos poderosos: los microelectrodos que permiten explorar lo que ocurre en el interior de neuronas

individuales, la electroencefalografía refinada, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones y la magnetoencefalografía, que permiten explorar en forma muy puntual la estructura y la función de los sistemas neurales. Con éstas y otra técnicas, se han abordado con éxito aspectos de la mente como la atención, la percepción, la memoria, el aprendizaje y también el más elusivo de todos los fenómenos de la naturaleza: la conciencia.

Antonio Damasio, del Departamento de Neurología de la Universidad de Iowa, es el autor del libro «*Descartes' Error*» (1994) [5] y también de un libro más reciente «*The Feeling of What Happens*» (1999) [6]. Damasio ha mapeado con admirable minuciosidad en centenares de pacientes con daño cerebral, las localizaciones en el cerebro de las funciones mentales y sus alteraciones. Una teoría de la conciencia, escribe, debe mostrar cómo es que adquirimos el sentimiento de un Yo propio que se construye de momento a momento sobre la base de una imagen de nuestro cuerpo, nuestra autobiografía y nuestras aspiraciones futuras. Damasio propone una explicación neurobiológica de la conciencia que incorpora a los estados afectivos y al Yo como sujeto y como agente. A su juicio, el formato básico de la conciencia no es el pensamiento sino el sentimiento. Distingue entre dos niveles de conciencia: la conciencia básica y la conciencia extensa. La primera es un fenómeno biológico simple una representación del lugar y del momento, independientemente del lenguaje, el razonamiento y la memoria de trabajo y que permanece esencialmente estable a lo largo de la vida de un organismo. Esta conciencia es la que compartimos con algunos animales que tienen un cerebro desarrollado. En un sentido, Descartes estaba en lo correcto, escribe Damasio, en cuanto a que la mente no es una entidad física que tiene una localización particular en el cerebro. La destrucción de una parte del cerebro anula selectivamente una parte de la conciencia pero no destruye la totalidad.

Lo que Francis Crick propone en su libro «*The Astonishing Hypothesis*» [2] es que la conciencia emerge de un receso que combina la atención con la memoria de corto plazo, y menciona que esta idea ya fue propuesta a principio de este siglo por William James. El problema es determinar qué mecanismos transforman la descarga de neuronas dispersas a través de la corteza visual en una percepción visual unificada. Crick aborda la conciencia a partir del sistema visual porque es el mejor conocido desde su principio en la retina hasta sus diversas localizaciones cerebrales.

El avance más espectacular en el estudio neurobiológico de la conciencia es, a mi juicio, el trabajo de Rodolfo Llinás, neurobiólogo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York. Basado en sus propios registros, Llinás propone que en efecto, son señales eléctricas las que dan lugar a la conciencia. Utilizando el magnetoencefalógrafo ha medido indirectamente, pero con gran precisión, los potenciales eléctricos en el cerebro y ha descubierto que en las neuronas de los núcleos intralaminares del tálamo se generan oscilaciones eléctricas de 12.5 milisegundos perfectamente sincronizadas en el tiempo que los conectan con la totalidad de la corteza cerebral. Estas ondas son la función de un sistema de conexiones tálamo-corticales en ambas direcciones. Estar consciente, propone este investigador, es un estado que justamente corresponde a la realidad externa, pero no tiene realidad objetiva. «Es como el arcoiris, la reflexión de la luz sobre las gotas de agua, que puede percibirse pero no puede tocarse ni medirse». Las oscilaciones que se generan en las neuronas del tálamo y lo ligan con todas las regiones de la corteza cerebral, explican que nuestras imágenes conscientes estén integradas. Sus estudios muestran que en algunos síntomas psiquiátricos y neurológicos hay una pérdida de la sincronía en este sistema. Su teoría es que las oscilaciones tálamo-corticales constituyen la base funcional del fenómeno mediante el cual el individuo es capaz de tener una experiencia consciente unificada de sus percepciones del mundo exterior, no obstante que el cerebro las codifica en sitios distintos y a tiempos distintos [14, 15].

¿PUEDEN PENSAR LAS MÁQUINAS?

En 1950, Alan Turing, el gran científico británico de la computación, publicó en la revista «*Mind*» un trabajo en el que planteó la cuestión ¿pueden pensar las máquinas? Y propuso lo que hoy se conoce como la prueba de Turing, que por cierto ninguna máquina ha pasado con éxito en forma consistente.

En los años transcurridos, los científicos de la computación nos asombran con las habilidades de sus máquinas que realizan millones de operaciones por segundo, y que llevan a cabo procesos que el cerebro humano es incapaz de realizar. Sin embargo, Christof Koch del Instituto de Tecnología de California, nos recuerda que «cualquier organismo se maneja muy bien en su ambiente, no con pensamiento lógico, sino sintiéndolo, oliéndolo, viéndolo y moviéndose a su alrededor». «Los sistemas biológicos son fantásticamente eficientes en ciertos tipos de computación». Hoy en día, se construyen computadoras mucho más

poderosas, que se inspiran en las funciones que lleva a cabo una neurona y muchas neuronas conectadas en paralelo [25].

En comparación con las computadoras modernas, el cerebro está limitado para formar con rapidez coaliciones neuronales porque las neuronas actúan muy lentamente. El cerebro compensa esta relativa lentitud en parte usando simultáneamente muchas neuronas conectadas en paralelo y arreglando el sistema de manera jerárquica.

¿Serán en un futuro previsible las computadoras como cerebros conscientes? No hay duda de que hoy se diseñan máquinas que llevan a cabo algunas de las funciones que hace una neurona, muchas neuronas, un cerebro y muchas funciones más. De hecho, pueden resolver cualquier problema planteado en una fórmula lógica. Sin embargo, las computadoras no pueden hacer otras funciones que las que hace el cerebro de un animal. Lo que ocurre es que el cerebro posee las propiedades de un órgano biológico.

CONCLUSIONES

Es posible que el velo de ignorancia que en el pasado ha cubierto a la conciencia se desvanezca conforme conozcamos mejor los mecanismos íntimos de la actividad cerebral. Si la conciencia está sujeta a las leyes que gobiernan otras funciones del organismo podría ser explicada por actividades del cerebro que todavía no han sido descubiertas. Mi punto de vista, es que la neurobiología con sus técnicas finas, habrá de revelar en el futuro, la base neural de la conciencia, y reducir «la brecha explicativa». Estamos sólo al principio de resolver el misterio de la conciencia.

Para terminar diré que algunos piensan que los avances en el conocimiento que conduce a la naturalización del hombre, ponen en tela de juicio la validez de nuestro sentimiento íntimo de autodeterminación y les resulta cuesta arriba reconocer que nuestro Yo y nuestra mente radican en una intrincada red neural y ésta a su vez depende de las moléculas de DNA.

REFERENCIAS

- [1] Carruthers P: Natural theories of consciousness. *Eur J Philosophy*, 6(2):203-222, 1998.
- [2] Crick F: *The astonishing Hypothesis: The Scientific Search for the Soul*. Scribner, 1994.

- [3] Crook JH: On attributing consciousness to animals. *Nature*, 303:11-14, 1983.
- [4] Chalmers DJ: The puzzle of conscious experience. *Sci Am*, diciembre: 62-68, 1995.
- [5] Damasio A: *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Grosset/ Putnam, Nueva York, 1994.
- [6] Damasio A: *The feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt Brace, Nueva York, 1999.
- [7] Dennett D: *Consciousness Explained*. Little Brown, Boston, 1991.
- [8] Eccles JC: Evolution of consciousness. *Proc Natl Acad Sci USA*, 89:7320-7324, 1992.
- [9] Forman RKC: What does mysticism have to teach us about consciousness? *J Consciousness Studies*, 5(2): 185-2010, 1998.
- [10] James W: *Principios de Psicología*. Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- [11] Jaynes J: *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*. Houghton Mifflin, Boston, 1990.
- [12] Libet B, Wright EW Jr, Feinstein B, Pearl DK: Subjective referral of the timing for a conscious sensory experience: A functional role for the somatosensory specific projection system in man. *Brain*, 102:193-224, 1979.
- [13] Ludwig AG: Altered states of consciousness. En: *Trance and Possession States*. Prince R (ed). *RM Bucke Memorial Society*. McGill University, 69-95, Montreal, 1968.
- [14] Llinas R, Grace AA, Yarom Y: In Vitro neurons in mammalian cortical layer 4 exhibit intrinsic oscillatory activity in the 10 Hz to 50 Hz frequency range. *Proc Natl Acad Sci USA*, 88:897-901, 1991.
- [15] Llinas R: Una Nueva Teoría Neurobiológica de la Conciencia y sus Trastornos. Presentación en el Ciclo de Conferencias «El Retorno de la Conciencia», El Colegio Nacional, Instituto Nacional de Psiquiatría. México, 2000.
- [16] Polger T, Flanagan O: *Explaining the evolution of consciousness: The other hard problem. Toward a science of consciousness*, Tucson, 1996.
- [17] Popper K, Eccles JC: *The self and its Brain*. Springer International, Nueva York, 1977.
- [18] Porter RJ: Disorders of consciousness and associated complex behaviors. *Semin Neurol*, 11(2):110-117, 1991.
- [19] Ryle G: *The Concept of Mind*. Hutchison, 1949.
- [20] Saidel E: Consciousness without awareness. *Psyche*, 5, 1999.
- [21] Simeon D, Guralniko, Haslett EA y cols: Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*, 157(11):1782-1788, 2000.
- [22] Sperry RW, Gazzaniga MS, Bogen JE: Interhemispheric relationships: the neocortical commissures. Syndromes of hemisphere disconnection. En: Vinken PJ, Grugn G (eds). *Handbook of Clinical Neurology*. North Holland, Amsterdam, 1969.
- [23] Stephens GL, Graham G: Self-consciousness, mental agency, and the clinical psychopathology of thought insertion. *Philosophy, Psychiatry Psychology*, 1(1):1-10, 1994.
- [24] Tart CT: Introduction. En: Tart CT (ed). *Altered States of Consciousness*. Wiley, Nueva York, 1969.
- [25] Watson A: Why can't a computer be more like a brain? *Science*, 277:1934-1936, 1997.
- [26] Watson J: Psychology as the behaviorist views it. *Psychol Rev*, 20:158-177, 1913.
- [27] Wiggins OP: Commentary on «self-consciousness, mental agency, and the clinical psychopathology of thought insertion». *Philosophy, Psychiatry Psychology*, 1(1):11-12, 1994.

Dionisio Nieto Gómez (1907-1985)

JOSÉ LUIS DÍAZ

El doctor Dionisio Nieto Gómez (Madrid, 1907-México, D.F., 1985) fue integrante del selecto grupo de médicos investigadores del exilio provocado por la Guerra Civil Española. Posiblemente sea el miembro de la escuela de Santiago Ramón y Cajal, el genial pionero de las neurociencias, que continuó y promovió de manera más específica y prolongada su cultivo y enseñanza en México. Nieto llegó a México en 1940 con una doble formación muy sólida: la psiquiatría alemana en la tradición de Emil Kraepelin y la neurohistología española de Cajal, dos escuelas que conjuntó sin mayores trabas en su labor de investigación y enseñanza. No sólo había adquirido una competencia muy extensa en esas dos materias, sino que el propio Cajal le había animado a retomar el camino de su malogrado colaborador Nicolás Achúcarro para analizar con las técnicas neurohistológicas las patologías psiquiátricas. Nieto fue acogido por la UNAM y por el Manicomio General «La Castañeda» donde desplegó una labor muy fructífera. Junto a Isaac Costero fue una figura central en la instalación del *Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos* (actualmente Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM) y quedó como investigador en este sitio por el resto de su vida. En el manicomio instauró un pabellón, el Pabellón Piloto, que fue un modelo de dedicación, investigación y pulcritud en una institución sobrecargada y en muchos sentidos deficiente.



Dionisio Nieto Gómez

Nieto pronto se enfrentó a muchos casos de neurocisticercosis, una parasitosis cerebral que frecuentemente tenía complicaciones neurológicas y psiquiátricas, y dedicó su esfuerzo para diagnosticarla mediante una reacción del líquido cefalorraquídeo, la «Reacción de Nieto» publicada inicialmente en 1946. Sin embargo sus estudios más reconocidos fueron la aplicación de las técnicas de Río Hortega y de Golgi para estudiar enfermedades neuropsiquiátricas, cuya neuropatología era bastante oscura en los años cuarenta y cincuenta. En 1957 Dionisio Nieto presentó en el II Congreso Internacional de Psiquiatría en Zúrich un trabajo donde logró demostrar una gliosis diencefalo-límbico-periacueductal en cerebros de enfermos esquizofrénicos. Estas lesiones serían corroboradas en los años setenta por otros investigadores. El mismo año de 1957 Nieto publica un trabajo en el *Boletín de Estudios Médicos y Biológicos* sobre las bases neurobiológicas de la epilepsia en el cual detalla la degeneración del hipocampo utilizando las mismas técnicas. En los años 60 estudió y difundió las hipótesis biológicas y en especial bioquímicas de las psicosis en una época en la que el paradigma imperante era el psicoanálisis y el consecutivo escepticismo de la investigación cerebral en la psiquiatría.

Desde la misma época Nieto introducía el uso y el estudio de los psicofármacos en la psiquiatría mexicana. Por un lado inició la aplicación y el análisis de las fenotiacinas y butirofenonas como antipsicóticos, de los inhibidores de la monoamino oxidasa como antidepresivos y de las sales de Litio como antimaniacos. Por otro lado inició la psiquiatría experimental en México con el estudio de las psicosis experimentales producidas por los hongos alucinógenos mexicanos y el LSD reportados en el primer volumen de la revista *Neurología Neurocirugía y Psiquiatría*, revista que él empezaba a editar en 1960 como órgano de difusión ecléctico entre los neurólogos, los psiquiatras y los psicoanalistas mexicanos.

Aunque gozaba del respeto de la mayoría de los especialistas tanto por su prodigiosa erudición en el campo, como por su sagacidad clínica y su postura teórica respetuosa, honesta y abierta, el maestro Nieto no fue una figura lo suficientemente reconocida en la psiquiatría mexicana. Entre los psiquiatras formados por Nieto cabe mencionar a Gastón Castellanos, César Pérez de Francisco, Antonio Torres y Héctor Pérez Rincón, este último el editor de la revista de psiquiatría y neurociencia *Salud Mental*. Una vez clausurado el Manicomio de La Castañeda en 1965, Nieto fue nombrado Jefe del Servicio de Psiquiatría del *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía* por su fundador

Manuel Velasco Suárez donde continuó su labor clínica y formativa de generaciones de neurólogos y psiquiatras mexicanos hasta su muerte en 1985. Sus discípulos mexicanos le organizaron en 1972 un libro homenaje (*Dimensiones de la psiquiatría contemporánea*; Editorial Fournier, La Prensa Médica Mexicana) en el que participaron con entusiasmo figuras de la psiquiatría internacional de la talla de Paul Guiraud, Jean Delay, Henri Ey, Albert Hofmann, Julián de Ajuriaguerra, Seymour Kety, Pierre Pichot o John Smythies. En este volumen puede aquilatarse adecuadamente la destacada trayectoria y la trascendencia de Dionisio Nieto en la psiquiatría mexicana como pionero y fundador de la psiquiatría biológica.

La trascendencia de Dionisio Nieto fue muy significativa en las neurociencias mexicanas como investigador del Instituto de Investigaciones Biomédicas durante más de 40 años hasta su muerte el 5 de enero de 1985. En este lugar tuvo una enorme influencia y preparó, entre otros, a varios investigadores dedicados de por vida a la neurociencia entre los que se encuentran Alfonso Escobar Izquierdo en la rama de la neuroanatomía y neuropatología, Augusto Fernández Guardiola (1927-2004) en la psicofisiología, de cuyo amplio desarrollo es considerado el fundador en México, y José Luis Díaz en la psicobiología y la neurociencia cognitiva.

Major psychoses

DIONISIO NIETO
ALFONSO ESCOBAR

INTRODUCTION

The anatomic basis of the major psychoses has always constituted a problem and a subject of debate in psychiatry and general medicine. The history of psychiatry has been, and continues to be, closely linked to the presence or absence of anatomic cerebral substrata for the different mental illnesses. The fact that morphologic alterations in the brain have not been clearly demonstrated in a number of psychoses has led to the separation of organic from functional psychoses. The absence of characteristic brain lesions in schizophrenia, one of the most common mental diseases, suggested that this illness and perhaps others were based on psychic factors rather than cerebral alterations. This assumption may well represent an oversimplification. The absence of lesions demonstrable with present methods does not preclude the possibility of alterations which might come to light with new techniques. Lack of knowledge of the functions of many cerebral nuclei in the past has prevented the establishment of clinicopathologic relationships in psychoses. Research in neurophysiology, neurochemistry, and psychopharmacology may be expected to bring further important discoveries.

HISTORY

It is important to recall some historical facts concerning the neuropathology of the major psychoses, schizophrenia and manic-depressive psychosis. In manic-depressive insanity, significant cerebral alterations have not been reported. The condition is usually interpreted as a genetically-induced neuroendocrine disorder. While syndromes resembling manic depressive psychosis occur in organic brain disease (general paresis, arteriosclerosis), the general rule seems estab-

lished that the essential, genetically determined psychosis has no neuropathologic basis.

With reference to schizophrenia, the older investigations are reported in Kraepelin's book [1]. This author carefully analyzed the cerebral lesions described by Alzheimer and their significance. Alzheimer reported acute neuronal alterations in patients who died during an episode of delirium acutum. He also discussed the cortical lesions and deficit, mainly in the second and third cortical layers, in the chronic cases. Kraepelin [1] stated concretely, «If Alzheimer's findings should be obtained consistently, we may conclude with a certain degree of probability that in the small-celled cortical layers an integration of certain psychical performances takes place which, when obliterated, gives rise to the characteristics of dementia praecox.» Kraepelin's interpretation was certainly of great interest in those days.

Between 1904 and 1909 Klippel and L'Hermitte [4] published studies of the cerebral lesions in dementia praecox. They reported progressive atrophy of the pyramidal cells of the fifth and sixth cortical layers with disappearance of Nissl bodies and of neurofibrils. Lipid deposits also appeared in the cytoplasm. They pointed out a more or less marked reaction of the neuroglia and secondary degeneration of the myelin related to the lesions of the pyramidal cells. They discovered similar but much more discrete lesions in the subcortical nuclei.

Sioli [5] described the cerebral lesions found in a case of schizophrenia with a 5 yr history. Areas devoid of neurons were distributed spottily in the superior layers of the cerebral cortex. Other authors, such as Zimmerman, Wada, and Zingerle [6], published findings of similar lesions from 1908 to 1910. The significance of many of these lesions had been doubted by some inasmuch as they could be explained by prolonged agonal or postmortem changes. Therefore, Josephy's cases of suicidal death in schizophrenia awakened great interest. Josephy found zones of decreased cell density, mainly in the third cortical layer. They resembled those previously described by Alzheimer. Naito [8] in 1924 and Fünfgeld [9] in 1925 and 1927 reported similar lesions in the cerebral cortex in schizophrenia.

Monakow, Allende-Navarro, and Kitabayashi [10] made a detailed study of the pathology of the choroid plexus and reported pathologic changes in chronic cases of schizophrenia which consisted of both vascular and epithelial alterations. Monakow thought these lesions were fairly typical. Other authors (Josephy and Fünfgeld) failed to find such alterations. Evidently systematic

investigations have not been carried out with respect to the pathology of these structures.

Buscaino [11] described circumscribed racemose areas formed by metachromatic bodies in the cerebral cortex of schizophrenics. In those areas, the myelin does not stain with the usual colorants. He attributed this alteration to an abnormal amine or substance X. Many authors regard these formations as artifacts due to the action of fixatives on the nervous tissue. Penfield [12] pointed out that the substance in question was mucinoid, frequently observed in acute swelling of the oligodendroglia, and without pathologic significance. Other authors have concluded that the metachromatic bodies of Buscaino (*Zolle di disintegrazione a grappolo*) may not be artifacts but are probably related to the terminal illness or to manipulations of the brain after death.

THE PRESENT STATE OF THE PROBLEM

Of the lesions mentioned, areas showing decrease of cell density in cortical layers, especially in the third, have assumed greatest prominence. Also to be mentioned is an abnormal type of cell called Schwundzellen (*Schwundähnliche zellerkrankung*) or «wasting» or «dwarf» cells (*cellules fondantes*). These diseased cells, first described in detail by Fünfgeld, especially in recent cases, show first disappearance of Nissl bodies and later disintegration of the whole cytoplasm.

The pathologic significance of these changes has been discussed by many neuropathologists. Dunlap [13] compared brains of schizophrenics with brains of people without mental illness, and he did not find differences in the neuron density. Steiner [14] does not attribute a pathologic significance to the acellular spaces (*Lückenfelder*) in view of the great variations that may be normally encountered.

Peters [15a] compared 14 brains of schizophrenics with 8 brains of mentally normal prisoners condemned to death. The lacunar areas were repeatedly found in both schizophrenic and normal brains with the same incidence and in analogous distribution. He also was unable to demonstrate a diffuse reduction in neurons in the mentally disturbed brains as compared to normal ones. In taking measurement of neurons density, many factors related to the technique employed are frequently the cause of numerical variations.

Apart from the lacunar areas deprived of cells and the diffuse reduction of cellular elements, the so-called «cellular affection of consumption»

(*Schwundzellen*, *wasting cells*, *cellules fondantes*, *dwarf cells*) deserves mention. The change may be designated by the term *cytolysis*, an alteration described in detail by Fünfgeld [16], who found it especially in recent cases of schizophrenia. The cells exhibit reticulated protoplasm and almost complete disappearance of Nissl bodies. Some Nissl substance, intensely stained, may still remain; and toward the base of the cell or at the point where the dendrites leave the cell, dark blue masses may be seen. The apical expansion shows a spongelike aspect which can be followed for some distance. The nucleus usually cannot be recognized in the body of the cell.

Although this type of cellular alteration has been found in the brains of persons who were not schizophrenic [13, 15, 15a], it has recently regained interest because of the investigations of the Vogts *et al.* [16a, 17]. The Vogts and their group examined serial sections of whole cerebral hemisphere cut from 8-30 μ in thickness and stained alternately with the Nissl method and with ferric hematoxylin for myelin. They collected 450 brains which included all ages from embryos to individuals more than 100 yr old. This control series has not been sufficiently studied with reference to the variations that can be found in each of the areas of the nervous system. Fifty-one psychotic brains are currently being studied in this investigation, of which 17 correspond to the genuine or nuclear schizophrenia. These cases are characterized by the existence of hereditary antecedents, by an absolutely specific clinical symptomatology, and by the absence of any type of causal agents. Of the rest, five cases are schizophrenic syndromes complicated by other factors. Twenty-nine cases of different ages suffered from nonschizophrenic psychoses. Three brains of healthy subjects have been used as controls. The investigation has not been concluded, but in the various publications which have thus far appeared, some alterations are described which could have some significance.

Among the cell changes found, they pointed out the dwarf cells (*Schwundzellen*). Seven phases were described for this change, during which the cellular structures slowly disintegrate. The first three stages may be found in the brains of normal persons. The four advanced phases of cellular disintegration are believed to be characteristic of schizophrenia and are encountered in great number, particularly in periodic juvenile catatonia. According to Bäumer [18], it should be possible to establish a differential diagnosis of catatonia based on the distribution of this type of cell alteration.

The Vogts, however, did not conceive of this cell picture as a genuine cerebral lesion. They stated that it is a reversible alteration and that cases of spontaneous recovery occur in which the cell returns to its, more or less normal function. The alteration always affects large groups of cells and not individual elements.

Other cell alterations described by the Vogts included the following: alveolar degeneration, lipid sclerosis, cellular shrinkage, cellular ballooning, and senile changes. They would not attribute all these alterations to the schizophrenic process, and the only change that would have a specific significance would be the first one.

Ferraro [19, 20] described different cerebral lesions in some cases of schizophrenia. In his opinion the schizophrenic syndrome was compatible with the presence, as well as with the absence, of alterations in the brain. He stated that all lesions cannot be specifically related to the schizophrenic process, as they could be secondary complications or possibly processes that only facilitate the development of the schizophrenic syndrome. He also suggested the possibility that they might be the result of modifications in the parasympathetic nervous system determined by emotional changes. Roizin, Moriarty, and Weil [21] support essentially Ferraro's concept when they interpret demyelination in a case of schizophrenia.

Scharenberg and Brown [22], utilizing the del Rio-Hortega silver carbonate technique, described marked alterations in three cases of catatonia that consisted of extensive necrosis with marked reaction of the three types of glia. The authors interpret these alterations as an expression of an intense metabolic disorder in the catatonic states.

Hopf [23] studied the pallidum and striatum of 10 brains of catatonic patients, finding marked tigrolysis and an increase in lipofuscin deposits. This author states that these alterations could be considered as the anatomic expression of the motor disturbances in catatonia. Wahren [24] studied the hypothalamus (*tuber cinereum and mamillary body*) of eight patients with catatonic schizophrenia and of two with the paranoid type, employing the Nissl and Feulgen methods, and found no special alterations.

Elvidge and Reed [25] described swelling of the oligodendroglia, with or without pyknosis of their nuclei, in both schizophrenia and manic-depressive psychosis. They also found a moderate hypertrophy of astrocytes. This alteration was found again 2 yr later in the same types of patients. Therefore, they

thought that it meant a chronic process more pronounced in the white matter. On the basis of these findings, the authors suggested the existence of a toxic factor of metabolic origin.

Lesions with the appearance of rheumatic foci have also been described in the brains of schizophrenics. These are characterized by obliteration of the lumen of small blood vessels and by small foci of infarction with the formation of glial nodules. The so-called *plaques fibromyeliniques* (Fibromyelinic patches) have also been described. They consist of zones deprived of neurons that stain with myelin dyes and more intensely with the fibrin dyes. Dide [26] was the first to relate this alteration to schizophrenia, although in his opinion it did not seem to explain the psychiatric syndrome sufficiently; and he did not relate it to rheumatic fever. Detengoff [27] described similar lesions in young schizophrenics, attributing them to the action of an endotoxic factor. Bruetsch [28-31] interpreted these sites of perivascular gliosis and fibromyelinated patches as a late sequel of rheumatic fever. This author has described many cases of schizophrenia in which he demonstrated the presence of rheumatic foci. The incidence of this alteration in his patients was 9% compared to the incidence of rheumatic fever among the general population of only 0.8%. Bruetsch's investigations are very interesting but their significance, in the sense that they could permit a clinical-pathologic correlation, is not at present conclusive. Bodechtel [32] described rheumatic nodules in brains of schizophrenics and in persons who had not presented mental symptoms. At present, it cannot be stated with certainty that rheumatic fever and schizophrenia are related and whether the cerebral localization of rheumatic fever leads to a schizophrenic syndrome in some cases remains in doubt. On the other hand, cases are known of severe rheumatic fever with cerebral localization that did not present a clinical picture of schizophrenia.

Papez [33-35, 35a] used a special staining method to describe inclusion bodies in the cytoplasm of nervous cells and which he considered to be microorganisms. In a series of cortical biopsies of 70 schizophrenics, he described different species of zoospores. These observations have been widely criticized in the literature, and, in general, these inclusion bodies have been considered as probably artifacts or lipofuscin granules.

Hydén and Hartelius [36], utilizing Caspersson's ultraviolet microspectrophotometric technique, found a decrease in the nucleotide and nucleoprotein content in biopsies of prefrontal cortex in 10 cases of schizophrenia and one

manic-depressive psychosis. These investigations of the Swedish authors have also been criticized, but, at any rate, they have not been consistently refuted.

Morgan and Gregory [37] studied the diencephalon in 12 cases of schizophrenia, compared the cell density to normal controls, and found a marked cell loss that they estimated somewhat higher than 40%. Of the first 12 cases, 8 also presented arteriosclerotic alterations which, in their judgment, were not important. In another 21 cases that covered different types of psychoses, they found a 22% cell loss in the central gray matter, and a 39% loss in the nucleus tuberalis dorsalis. These interesting investigations, although they have not received much comment in the literature, could have some significance.

For some years we have been studying brains in schizophrenia [38]. Cases with long-standing evolution have been selected, all of whom died of intercurrent diseases without signs of malnutrition. The study has been focused on the diencephalic structures, employing a special technique. In view of the fact that precise appreciation of the neuron density and of cytologic alterations in these cerebral areas is very hard to evaluate, we thought that it was important to study the morphologic characteristics of the neuroglia in these structures in an attempt to render evident the phenomena of gliosis. As is known, a great number of lesions of the nervous system can only be rendered evident by the presence of some degree of gliosis. In places where destruction of parenchyma is produced, a neuroglial scar of greater or less intensity develops with time. The identification and topographic localization of the majority of the postencephalic lesions is usually made by visualizing the corresponding neuroglial scars. In the classic Von Economo's encephalitis, the cytologic alterations cannot easily be identified solely on the basis of a decrease in neuron density in the mesencephalic and diencephalic areas. Only the finding of glial scars will reveal the existence of the lesions. The only place where the estimation of the cell deficit has always been easy is in the substantia nigra, cellular constituents of which are so apparent that their absence is striking. Therefore the lesion of these elements was recognized from the beginning as characteristic of Von Economo's encephalitis. The lesions of other small cell groups in the mesencephalon and diencephalon cannot be clearly identified by cytologic examination. On the other hand, the presence of a glial reaction constitutes a fairly sure sign.

The neuroglial picture in the diencephalic nuclear masses therefore received special attention. From the technical viewpoint the method generally applied to demonstrate neuroglia scars in nervous tissue is the one by Holzer. This re-

veals neof ormation of neuroglial fibers in a form which is relatively specific. The results, however, are not constant. For example, in a case of Huntington's chorea with intense degenerative lesions in the corpus striatum and in other areas of the mesencephalon, the Holzer method revealed dense neuroglial scars in the caudate nucleus and the lenticular nucleus, but did not reveal gradual reaction in the nucleus ruber. This nucleus, however, presented intense degenerative lesions. This method does not show gliosis in all the structures. On the other hand, the demonstration of gliosis in many hypothalamic areas by Holzer's method can be difficult if the sections of the diencephalon are made in the coronal plane. For that reason we have resorted to employing parasagittal sections in a plane parallel to the wall of the third ventricle. The method of choice to demonstrate the neuroglial cells was that of del Rio-Hortega with lithium silver carbonate. This method gives a somewhat more complete picture, since it stains the cell constituents and not only the newly formed neuroglial fibers. Fixation of the tissue must be done in Cajal's formalin bromide to apply this method. Satisfactory impregnations are not obtained if the tissue is fixed first in formalin and afterward treated with formalin bromide.

HORTEGA'S LITHIUM-SILVER CARBONATE FOR NEUROGLIA IMPREGNATION

Frozen sections are needed for this method. The sections are washed at least three times in distilled water. Then they are transferred to a beaker containing approximately 60 ml lithium-silver carbonate to which pyridine has been added (3 drops pyridine for each 10 ml), heating slowly to bring the temperature to 40-45°C, until the sections acquire a dark tobacco tone. Rinse briefly in distilled water and then reduce in 10% formalin. Wash twice in distilled water. Toning with 0.2% gold chloride is advised because it makes the background lighter. Dehydrate through alcohol 96% and clear with creosote. Mount as usual. Prepare lithium-silver carbonate as follows: in a graduate cylinder deposit 5 ml 10% silver nitrate, and add 15 ml saturated aqueous solution of lithium carbonate. Wash the precipitate twice with distilled water. Add 20 ml distilled water and then dissolve the precipitate, adding concentrated ammonium hydroxide, drop by drop, until the solution becomes transparent, avoiding excess of ammonium hydroxide. Then add distilled water to make 55 ml and the solution is ready to be used. A freshly prepared solution must always be used, otherwise the results obtained will not be satisfactory.

The Cajal method for neuroglia was not used because it only gives adequate impregnations within the first 2 weeks after fixation; while with the Hortega method, the neuroglia can be impregnated after a long fixation time.

Employing this method, 10 brains of patients suffering from chronic schizophrenia have been studied. Their symptoms had begun between 6 and 20 yr before death, and they had remained hospitalized throughout that period. None showed signs of malnutrition prior to death. Pneumonia was the cause of death in six, intestinal obstruction in two, and salmonellosis in the other two. Their ages ranged from 29-52. Three brains used as controls came from patients who had died of myocardial infarction and who were free of mental or neurologic disturbance. The ages in these cases were 31, 39, and 43.

In all the cases of schizophrenia that can be considered as uncomplicated by other diseases, a diffuse gliosis of variable intensity was discovered. This involved the reticular formation of the mesencephalon, the hypothalamus, and the medial and anterior nuclei of the thalamus, and extended downward along the periaqueductal gray matter. The location and extension of the glial proliferation in the diencephalon and mesencephalon are shown in Fig. 189-1. Though only one plane is represented in this section, the

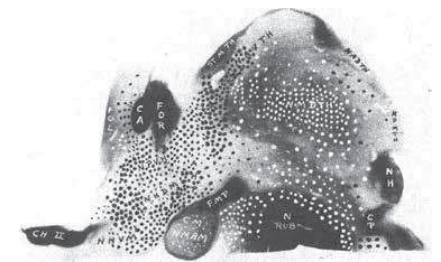


Fig: 189-1. Picture of representative sagittal section of brains that were studied, which includes diencephalic structures and upper half of mesencephalon. Black and white stippling indicates presence of gliosis. Findings correspond to 10 cases of chronic schizophrenia. Section stained with Nieto's method for myelin.

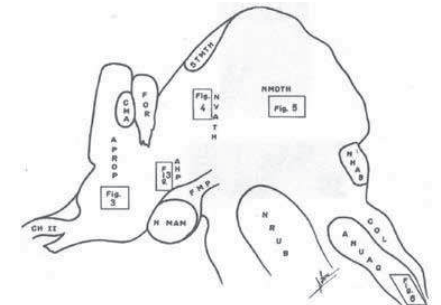


Fig: 189-2. Drawing indicates approximate sites from which ensuing photomicrographs were taken. Key to abbreviations in Figs: 189-1 and 189-2: AHP: posterior hypothalamic area, ANUAQ: periaqueductal gray matter, APROP: preoptic hypothalamic area, CA or CMA: anterior commissure, CH II: optic chiasma, CM NMAM: mammillary body, COL: colliculi, CP: posterior commissure, FMP: efferent mammillary tract, FOL: olfactory bundle, FOR: fornix, NADTH: anterodorsal thalamic nucleus, NAVTH: anteroventral thalamic nucleus, NH or NHAB: habenular nucleus, NHDM: dorsomedial hypothalamic nucleus, NHVM: ventromedial hypothalamic nucleus, NMDTH: medial thalamic nucleus, NPMTH: pulvinar nucleus, NPVH: paraventricular hypothalamic nucleus, NRUB: red nucleus, NVATH: ventral anterior thalamic nucleus, STMT: stria medullaris thalami.

gliosis extended laterally from the midline toward the neighborhood of the internal capsule. The schematic drawing (Fig. 189-2) shows the approximate sites where photomicrographs (Figs. 189-3 to 189-6) were taken to illustrate the gliosis found in the anterior and posterior hypothalamic areas, anterior and dorsomedial nuclei of the thalamus, and at the level of the periaqueductal gray matter, respectively. In 4 cases out of the 10 studied, there was also marked gliosis in the hippocampal formation.

Densest gliosis was found in hypothalamic and thalamic nuclei. Some binucleated glial cells and few that resemble ameoboid type can be seen in periaqueductal gray matter. Photomicrographs for latter were taken from shaded area shown in upper picture at left; section corresponds to lowermost caudal portion of Sylvian aqueduct. Glial cells were impregnated with Hortega's lithium silver carbonate method.

The cell picture with the Nissl method was noncontributory. The parasagittal sections of diencephalon also included the greater part of the region of the

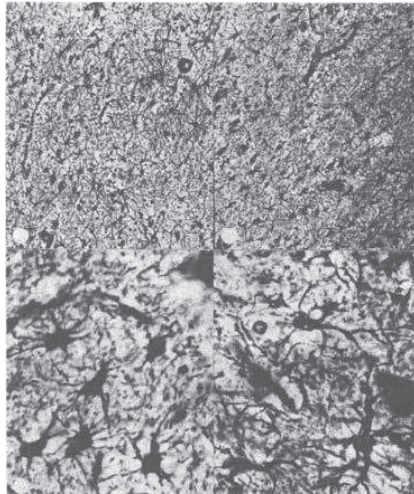


Fig. 189-3. Aspects of glial proliferation in anterior and posterior hypothalamic areas.

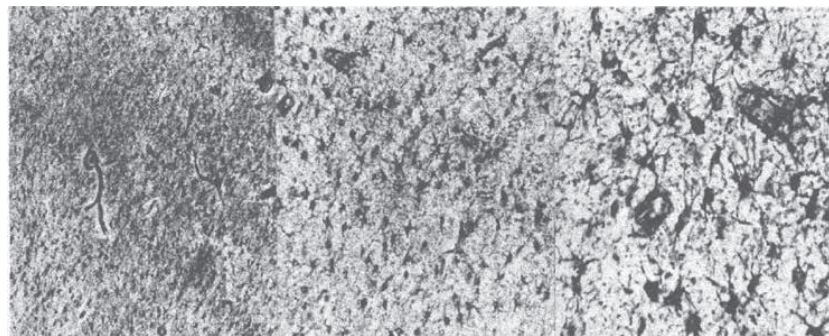


Fig. 189-4. Aspects of glial proliferation in anterior nuclei of thalamus.

septum. This area also displayed marked gliosis. Because there were alterations in Ammon's horn in four cases, the fornix was investigated for myelin and axon changes. No special alterations were found in this structure.

The gliosis observed in these diencephalic structures either may or may not have a pathologic significance. In principle, these structures should be investigated in a greater number of brains from healthy subjects and in cases with other disease entities. However, it is significant that modifications that may have pathologic significance can be demonstrated. On the basis of these alterations, a correlation in terms of anatomy and physiology of the brain might explain the main disturbances in schizophrenia. It is well known from the anatomy viewpoint that all the cortical areas, especially the association areas, have connections with Ammon's horn. The frontal lobes establish their relationship through the cingulum and also through frontotemporal fibers. The occipital, temporal, and parietal lobes also have connections with Ammon's horn. The fornix has its origin in this part and ends in the hypothalamus. Fibers that go to the medial and anterior thalamic nuclei originate in the hypothalamus. It is known that these nuclei send out efferent fibers to the prefrontal areas and to the cingulum. Thus a complex circuit is formed, the importance

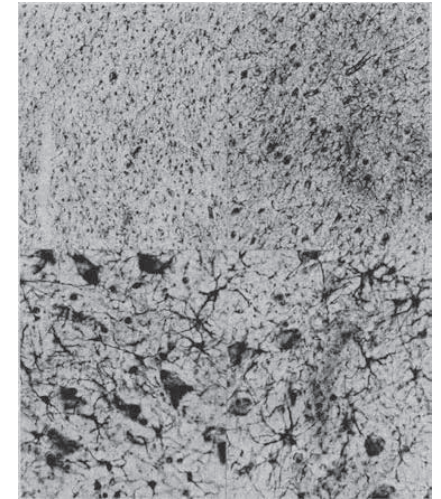


Fig. 189-5. Aspects of glial proliferation in dorsomedial nuclei of thalamus.

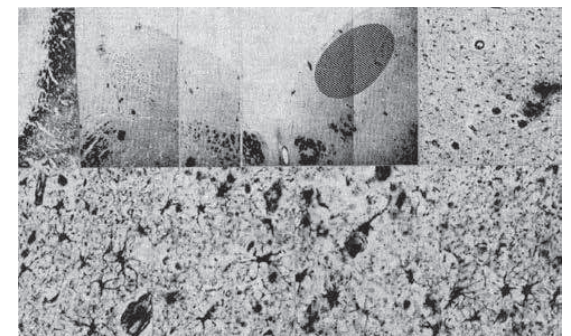


Fig. 189-6. Aspects of glial proliferation along periaqueductal gray matter.

of which was emphasized by Papez and functions of which are of the greatest importance in the integration and coordination of psychic life. The data gathered by modern neurophysiology, neuroanatomy, and neuropathology permit the formulation of a schematic concept of the distribution and coordination of the functions of the different cerebral areas. It can be stated that thought processes are governed mainly by the cerebral cortex in more or less specific areas. The hippocampus, with Ammon's horn, previously related to olfactory functions, really constitutes a structure where impulses from the most diverse cortical areas converge and then are transmitted to the hypothalamus by the fornix. The relationship of the hypothalamus to the most elemental activities, such as instincts and emotions, is now a well-demonstrated fact. The cortical impulses that come to it by the pathway mentioned and those that originate in the hypothalamus itself are transmitted to different structures and particularly to the medial and anterior thalamic nuclei. The functions of these thalamic nuclei are being clarified more and more, and experimental and pathologic data permit the supposition that they are intimately related to the integration of the affective life. These nuclei send their projections to the cerebral cortex, mainly to the cingulum and prefrontal areas. This entire system could be thought of as a complex feedback mechanism which might act as regulator between the higher cortical functions, the instinctive level, and affectivity. A similar circuit is found in the motor sphere where the cerebellar system is engaged in the regulation and coordination of movements.

In view of these neuroanatomic and neurophysiologic data, the question could be raised about expectations from a lesion which interrupts the adequate functioning of these complex circuits. It would be logical to suppose that there would be a lack of coordination among ideation, instincts, and affectivity. This is probably what constitutes the most constant and typical alteration in schizophrenia. Thus the most varied phenomena that are observed in this mental disturbance could be explained in terms of cerebral anatomy and physiology.

The alterations on these mesencephalon-diencephalic levels could also explain other psychotic illnesses. In senile dementia the cerebral lesions are well known. These lesions are, however, also found in brains of senile people who are not psychotic. They would explain the gradual decrease in psychic capacity characteristic of senility. But, alone, they would not explain the different psychotic pictures of senile dementia. It is known, for example, that it is not easy to establish an anatomic diagnosis of simple cerebral senility or of senile

dementia on the basis of anatomic modifications. Abundant information, rigorously collected, can be found in Gellerstedt's monograph [39]. If the data gathered by this author are analyzed in detail, it would appear that the lesions in the diencephalon are more intense in senile psychoses than in normal senility. In other words, the existence of more or less extensive cortical lesions may be compatible with a relatively acceptable coordination at the psychic level. The incoordination that psychotic conduct represents could be linked to alterations in the circuit previously referred to. This same interpretation is easily applicable to general paresis. Certain alterations on the mesencephalon diencephalic level, although not very intensive, might also permit an explanation of the more important symptoms in schizophrenia.

One of the most important contributions regarding extracerebral alterations is that of Lewis [40]. He found hypoplasia of the cardiovascular system; the heart was usually small with a weight below 300 gm, the aorta was thin, and the great vessels exhibited smaller diameter. These findings were confirmed by different authors, and Shattock [41] stated that they proved to be more frequent in the catatonic form of schizophrenia. Fulstow [42], however, reported that the weight of the heart was below 300 gm in only 56% of the cases and that the difference between schizophrenia and other psychoses was not statistically significant. While a number of authors have confirmed Lewis' investigations, the significance of these findings is not clear. They may be related to constitutional peculiarities or, as Shalabutov has pointed out [43], they could be due to a hereditary insufficiency of the reticuloendothelial system that could produce a greater vulnerability of the brain to different noxious agents.

The vascular system has also been studied *in vivo*. Cotton and Lewis [44] studied the vascular bed of the retina in a large series of schizophrenics and controls, finding no important difference. However, they affirm that larger capillary beds are observed in schizophrenics who recover than in those who deteriorate. Other investigators have studied the capillary bed of the nail fold. Olkon [45] examined 2,000 psychotics using this technique, finding that catatonics have an infantile type of capillary bed.

Although the significance of these anomalies can have an uncertain interpretation, it is evident that they could have some importance. The anomalies indicate constitutional peculiarities that are in accord with the genetic constitutional doctrine of schizophrenia. On the other hand, they could have a pathogenic significance in the sense that this mesodermal hypoplasia can also

encompass the capillary system of certain cerebral areas, especially the diencephalon. Anomalous vasculature might lead to alterations in regional function which could have their origin in such a mechanism. Some of the data reported in the literature could be explained on the basis of this hypothesis. Examples include demonstration by Loevenhart [46], later confirmed by Cobb and Fremont-Smith [47], of the striking transitory improvement observed in catatonic stupor by the inhalation of CO₂. The later authors showed during this situation a marked vasodilatation (arterialization) of the veins of the retina. It is very probable that these modifications may be related to the circulatory changes produced in the diencephalic structures.

The significance of alterations in the endocrine system has been the object of many controversies. In 1920 Mott [48] reported atrophic alterations of the testicular tubules in autopsy material. Later he also described in premenopausal schizophrenics the paucity of ovarian follicles in development. He formulated a theory about the etiology of schizophrenia upon these findings, postulating a weakness of the germinal elements that became progressively worse from generation to generation. Mott's theory was not accepted in general, but his histologic findings were confirmed by other authors. However, no controls were included in these studies. Morse [49] found that these alterations were encountered in different types of psychotics and could be attributed to nutritional deficiencies, prolonged hospitalization, and terminal diseases. Lewin [50] came to similar conclusions. For a long time these aspects of the pathology of schizophrenia were disregarded. In 1944 Hemphill *et al.* [51] found in tissue biopsies striking tubular alterations, hyalinization of the basal membrane, and degeneration of the testicular constituents in more than 50% of 90 schizophrenics investigated. Later, Blair *et al.* [52] and Tourney *et al.* [53] studied testicular biopsies in schizophrenics and in control subjects and, although they confirmed the modifications observed by the Hamphill group, they concluded that the alterations were related to the duration of hospitalization and nutritional factors, since they were observed also in nonschizophrenic patients who lived under the same conditions.

«Baruk *et al.* [54] studied the vaginal exudate of schizophrenic patients, using the Papanicolaou technique, and reported signs of hypofollicular epithelium in 21 of 23 cases. In contrast, the exudates of nine maniacs exhibited hypofollicular signs in six with three normal. These findings were confirmed by Marchand [55] in autopsies.

Mott also described atrophic changes in the adrenals, thyroid gland, and hypophysis [48]. Lewis [44] confirmed these alterations in large measure, although he did not observe changes in the hypophysis. Münzer [56] confirmed Mott's observations and further described modifications in the parathyroid glands.

The pineal gland has not been studied systematically in schizophrenia, probably due to the lack of knowledge of its functions, although recently important contributions have been made that demonstrate secretory functions. The pineal gland has been studied in 10 cases of schizophrenia in our material. Structural alterations in the pineal seem to exist but the significance cannot be ascertained at present. Well-controlled studies of the pineal gland in normal subjects and in other diseases are still wanting.

Alterations of the liver have been described by Buscaino [57], Reiter [58], and others which are not very typical from the pathologic viewpoint. The pathology of the liver in schizophrenia has not been sufficiently studied. Richter's statement [59] that «the possibility that in some schizophrenics some of the functions of the liver are found to be seriously altered cannot be excluded» gives rise to some interesting speculation.

DISCUSSION

The present state of research on the pathology of schizophrenia does not admit the statement that characteristic cerebral or extracerebral lesions have been established. However, certain findings may be significant. The first of them, which has been amply confirmed, is that established by Lewis concerning cardiovascular changes. Although the pathologic significance of these alterations could be argued, they at least may be related to a constitutional trait or constitute an anomaly which is directly or indirectly related to schizophrenia. The alterations described by Morgan and Gregory many years ago, as well as our own findings if adequately confirmed, may have some significance. At the present time a number of authors concur that the manifestations of schizophrenia can be explained by functional or anatomic alterations in the diencephalic structures. It is possible that the anatomic alterations are preceded by biochemical alterations yet unknown.

The morphologic aspects of cerebral alterations in schizophrenia remain controversial. The question arises as to whether such alterations represent the anatomic substratum of the disease or if they are a consequence of it. Some

authors have suggested that the psychotic behavior could determine secondary cerebral lesions with the passage of time. There is little experimental or pathologic evidence which points to this possibility. It is known that the stability of nervous tissue and its resistance to experimental modifications by functional changes is extraordinary, it does not seem credible that psychotic behavior could produce morphologic alterations. In the case of manic-depressive psychosis, for example, important alterations have not been described. In the field of epilepsy this problem has arisen with even greater emphasis, and the conclusions are directly opposite. That is, the lesions in the brains of epileptics cannot be interpreted as secondary to the disease. They seem to be related directly to the disease itself.

A similar doctrine to that used to explain the parkinsonian syndrome could be sustained in relation to schizophrenia. No one would dispute the fact that there is a genetically conditioned parkinsonism, manifested in the corresponding clinical picture with more or less characteristic lesions of some brain nuclei, it is also known that there is a form of parkinsonism caused by acquired cerebral lesions of an inflammatory, vascular, or toxic origin. It is also well known that there is a pharmacologic parkinsonism. It would be reasonable to formulate a similar doctrine for schizophrenia. At any rate the cerebral bases for this disease do not seem readily available in the state of our present knowledge about the anatomy and physiology of the brain.

REFERENCES

- [1] Kraepelin, E.: *Psychiatrie*, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913, Vol. 3.
- [2] Alzheimer, A.: *M Schr. Psychiat. & Neurol.* 2:38, 1897.
- [3] Alzheimer, A.: *Allg. Ztschr. Psychiat.* 70:81, 1913.
- [4] Quoted by P. Guiraud: In *Encyclopédie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie*. Tome I. París.
- [5] Quoted by Kraepelin: *Loc. cit.*
- [6] Quoted by Josephy. See ref. 7.
- [7] Josephy, H.: In *Handbuch der Geisteskrankheiten*, O. Bumke (Ed.), Springer-Verlag OHG, Berlin, 1930, Vol. 11.
- [8] Quoted by Josephy. See ref. 7.
- [9] Fünfgeld, E.: *M Schr. Psychiat. & Neurol.* 63:1, 1927.
- [10] Monakow, C. von: *Festschrift für S. Ramón y Cajal*, Vol. 2.
- [11] Buscaino, V. M.: *Riv. Pat. Nero.* 34:181, 1929.
- [12] Pendfield, W.: *Cytology and Cellular Pathology of the Nervous System*, Paul B. Hoeber, Inc, New York, 1932.
- [13] Dunlap, C. B.: *Am. J. Psychiat.* 3:403, 1924.
- [14] Steiner, G.: In *Handbuch der Geisteskrankheiten*, O. Bumke (Ed.), Springer-Verlag OHG, Berlin, 1930, Vol. 11.
- [15] Peters, G.: *Ztschr. Neurol & Psychiat.* 160:361, 1937.
- [15a] Peters, G.: In *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie*, Springer-Verlag OHG, Berlin, 1956, p.1.
- [16] Fünfgeld, E. W.: In *Proceeding of the First International Congress of Neuropathology*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1952, Vol. 3, p. 648.
- [16a] Vogt, C. and O. Vogt: *Loc. cit.*, Vol. 1, p. 515.
- [17] David, G. B.: In *Schizophrenia. Somatic Aspects*, Derek Richter (Ed.), Pergamon Press, New York, 1957.
- [18] Bäumer, H.: In *Proceedings of the First International Congress of Neuropathology*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1952, Vol. 3, p. 636.
- [19] Ferraro, A.: *Am. J. Psychiat.* 13: 883, 1934.
- [20] Ferraro, A.: *J. Neuropathol. & Exptl. Neurol.* 2:84, 1943.
- [21] Roizin, L., J.D. Moriarty, and A. A. Weil: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 54: 202, 1945.
- [22] Scharenberg, K. and E. O. Brown: *J. Neuropathol. & Exptl. Neurol.* 13: 592, 1954.
- [23] Hopf, A.: In *Proceeding of the First International Congress of Neuropathology*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1952, Vol. 3, p. 627.
- [24] Wahren, W.: *loc. cit.*, p. 660
- [25] Elvidge, A. R. and G. E. Reed: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 40:227, 1938.
- [26] Quoted by David. See ref. 17.
- [27] Quoted by David. See ref. 17.
- [28] Bruetsch, W. L.: *Am. J. Psychiat.* 95: 335, 1938.
- [29] Bruetsch, W. L.: *Am. J. Psychiat.* 97: 279, 1940.
- [30] Bruetsch, W. L.: *J.A.M.A.* 134: 450, 1947.
- [31] Bruetsch, W. L.: In *Proceedings of the Fourth International Congress of Neuropathology*, Springer-Verlag, Stuttgart, 1962, Vol. 3, p. 309.
- [32] Quoted by David. See ref. 17.
- [33] Papez, J. W.: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 52: 247, 1944.
- [34] Papez, J. W. and J. F. Baternan: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 61: 545, 1949.
- [35] Papez, J. W. and J. F. Baternan: *J. Nerv. & Ment. Dis.* 114:400, 1951.
- [35a] Papez, J. W.: *Anat. Rec.* 100:753, 1948.

- [36] Quoted by David. See ref. 17.
- [37] Morgan, L. O. and H. S. Gregory: *J. Nerv. & Ment. Dis.* 82:286, 1935.
- [38] Nieto, D.: *Cerebral Lesions in Schizophrenia. Their Neuroanatomical and Neurophysiological Significance. Congress Report of the Second International Congress for Psychiatry*, Phiebig, Zurich, 1957, Vol. 2.
- [39] Gellerstedt, N.: *Zur Kenninis der Hirnveränderungen bie der normalen Altersinvolution*, Almgvist & Wiksells Boktryckeri-A. B., Uppsala, 1933.
- [40] Lewis, N. D. C.: The Constitutional Factors in Dementia Praecox with Particular Attention to the Circulatory System and to Some of the Endocrine Glands. *Nervous & Mental Disease Monograph Disease Publishing Company*, 1923.
- [41] Shattock, F. M.: *J. Ment. Sci.* 96:32, 1950.
- [42] Fulstow, M.: *Arch. Neurol. & Psychiat*, 16:620, 1926.
- [43] Quoted by David. See ref. 17.
- [44] Cotton, J. M., N. D. C. Lewis, and A. W. Egenhofer: *Arch. Neuol. & Psychiat.* 43:891, 1940.
- [45] Olkon, D. M.: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 42:652, 1939.
- [46] Loevenhart, A. S., W. F. Lorenz, and R. M. Waters: *J. A. M. A.* 92:880, 1929.
- [47] Cobb, S. and F. Fremont-Smith: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 26:731, 1931.
- [48] Mott, F. W. and M. Prados: *Proc. Roy. Soc. Med.* 15:1, 1922.
- [49] Morse, M. E.: *J. Neurol. & Psychopathol.* 4:1, 1923.
- [50] Lewin, B. N.: *Am. J. Psychiat.* 7:391, 1927.
- [51] Hemphill, R. E., M. Reiss, and A. L. Taylor: *J. Ment. Sci.* 90:681, 1944.
- [52] Blair, J. H., R. C. Sniffen, E. H. Cranswick, W. Jaffe, and N. S. Kline: *J. Ment. Sci.* 98:464, 1953.
- [53] Tourney, G., W. O. Nelson, and J. S. Gottlieb: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 70:240, 1953.
- [54] Quoted by David. See ref. 17.
- [55] Quoted by David. See ref. 17.
- [56] Quoted by David. See ref. 17.
- [57] Buscaino, V. M.: *Pathogénèse et étiologie biologique de la schizophrénie. Quaderni di acta Neurologica*, XVI. Acta Neurologica, Policlinico, Napoli, 1958.
- [58] Reiter, P. J.: *Acta Psychiat. & Neurol.* (Suppl. 1), 1929.
- [59] Richter, D.: In *Schizophrenia-Somatic Aspects*, D. Richter (Ed.), Pergamon Press, London, New York, Paris, 1957.
- [60] Dastur, D. K.: *Arch. Neurol. & Psychiat.* 81:601, 1959.
- [61] Mayer, A.: In *Neuropathology*, Ed. 2, J. G. Greenfield (Ed.), Edward Arnold (Publishers) Ltd., London, 1963, p. 621.

Manuel Guevara Oropeza (1899-1980)

MA. CRISTINA SACRISTÁN

Manuel Guevara Oropeza nació en Orizaba, Veracruz, el 23 de mayo de 1899. Fue hijo del comerciante Manuel Guevara Prado y de Laura Oropeza Hernández, ambos descendientes de familias orizabeñas de posición económica acomodada. Llegó a la ciudad de México a fines de 1915, en plena contienda revolucionaria, para concluir la preparatoria y ya con la decisión de cursar la carrera de medicina. En este último año de preparatoria empezó a interesarse por la psicología, conducido por la sabia mano del doctor Miranda, discípulo de José Mesa Gutiérrez, también veracruzano, y primer director del Manicomio General de la ciudad de México entre 1910 y 1912.



Manuel Guevara Oropeza

Tras concluir el segundo año de medicina, en noviembre de 1918, entró a la Quinta Lavista, el primer Sanatorio privado para enfermos mentales de México, donde trabajó hasta 1921. Para ese entonces, la situación financiera de la familia se había visto mermada tanto por la muerte del padre, como por los estragos causados por la guerra, de ahí que se vio obligado a sufragar sus propios estudios. Desde su salida de este nosocomio, se desempeñó como médico practicante en los Ferrocarriles Nacionales y médico vacuador en el Departamento de Salubridad. Ingresó al Manicomio General el 22 de diciembre de 1923, precisamente el año en que defendió su tesis, intitulada *Psicoanálisis*,¹ bajo la dirección del ya mencionado José Mesa Gutiérrez, quien

¹ Nota del Dr. Dr. Hector Pérez Rincón: En 1923 un joven estudiante de medicina presenta a la Universidad de México una tesis que tiene la peculiaridad de intentar, por primera vez y con información sólida, una comparación entre las teorías de Pierre Janet y las de Sigmund Freud. Dos años después el joven médico es comisionado por el doctor Enrique O. Aragón para acompañar al invitado que éste había escogido para celebrar con sendas conferencias el décimo quinto aniversario de la fundación de la Universidad de México: Pierre Janet. El triunfal

además de formar un círculo de lectores en torno a la obra de Sigmund Freud, dictaba en la Facultad de Medicina la cátedra de psiquiatría.

Poco tiempo después, en octubre de 1925, murió su madre a causa de un padecimiento cardíaco, quien años antes había trasladado su residencia de Orizaba a la ciudad de México. Pierre Janet, que se encontraba en México, lo acompañó al panteón. Siguiendo los pasos de su mentor, en 1926 tomó la cátedra de psiquiatría y fue nombrado director del Manicomio General de 1932 a 1934 y, en un segundo momento, de 1938 a 1944. Fue durante este segundo periodo cuando, ante el gravísimo problema que representaba para el Manicomio el elevado número de enfermos, que ascendía a 3400, propuso a la Secretaría de Salubridad un modelo asistencial dirigido exclusivamente a los pacientes diagnosticados como incurables, que ya había sido ensayado por esas mismas fechas en otros países de América Latina como un mecanismo para descongestionar de crónicos a los manicomios y aliviar en alguna medida el hacinamiento, y que dio lugar en 1945 a la inauguración de la primera granja para enfermos mentales en San Pedro del Monte, Guanajuato.

Junto con otros destacados psiquiatras, fundó en 1937 la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y fue director de su órgano oficial, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, hasta 1948. En 1943 ingresó a la Academia Nacional de Medicina con un trabajo sobre lobotomía prefrontal, siendo designado presidente de ella en 1950. En 1954 fue nombrado primer director de la Clínica San Rafael para enfermos mentales y se jubiló en 1960 para continuar únicamente con su labor en la práctica privada.

FUENTES CONSULTADAS

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. México, Fondo Manicomio General, Serie Expedientes de Personal, Expediente del Dr. Manuel Guevara Oropeza, leg. 1, exp. 1 y 2, 1923-1961.

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, La Asistencia Psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República, leg. 43, exp. 4, 1941-1943.

recorrido del profesor del Colegio de Francia por un México recién salido de la Revolución, tuvo una importante repercusión en la historia de la psiquiatría mexicana. Ante el Rector de esa casa de estudios, Janet aseguró: «Ninguna universidad puede sentirse completa si carece de una cátedra de psiquiatría». Al año siguiente se creó ésta y le fue ofrecida al doctor Guevara Oropeza. En esas breves páginas se refleja la posición ecléctica que habría de adoptar la psiquiatría mexicana frente a la obra de los dos alumnos de Charcot.

Entrevista al Dr. Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el día 4 de octubre de 1977. México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982.

Psicoanálisis

MANUEL GUEVARA OROPESA

«Es preciso admitir para lo moral, dice el Profesor P. Janet, este gran principio universalmente admitido para lo físico desde Claudio Bernard, a saber: que las leyes de la enfermedad son las mismas que las de la salud y que no hay en aquella más que la exageración o la disminución de ciertos fenómenos que se encontraban ya en ésta». (1) Así, pues, la enfermedad mental debe considerarse como una alteración funcional del psiquismo y cada síntoma debe ser interpretado como una reacción del aparato mental. Para llegar a conocer la significación de estos síntomas, es menester desmembrar las funciones psíquicas y comprender en qué forma se alteran frente a los estímulos exteriores o interiores que causan la enfermedad. Como las alteraciones más elementales constituyendo estados patológicos que se encuentran en la neurosis, sobre éstas se han hecho las primeras investigaciones. No se ha tratado ya de explicar el cuadro anatomopatológico como lo más importante y definitivo; sino la perturbación psicológica íntima que es causa de esas manifestaciones. Dice también Janet: «Como lo observan desde hace algún tiempo varios autores y en particular M. Grasset, estamos demasiado hipnotizados desde hace un siglo por la anatomía patológica y pensamos demasiado anatómicamente. Es preciso, en Medicina, pensar fisiológicamente y tener presente en el espíritu la consideración de las funciones mucho más que la consideración de los órganos, porque en realidad son las funciones las que se nos pide restablecer. Esto es, sobre todo, importante cuando se trata de perturbaciones neuropáticas que están siempre en las funciones; sobre sistemas de operaciones y no aisladamente sobre un órgano». (2) Jung dice también que la psiquiatría ha tenido en cuenta hasta ahora el instrumento más que la función; que se ha adelantado en anatomía cerebral, pero se conoce muy poco el pensamiento, y se ha conducido como el hombre que quisiera descifrar el significado y la importancia de un monumento por la investigación mineraló-

gica de sus piedras. (3) Es el criterio psicológico el que ha orientado los estudios modernos sobre la neurosis y para alcanzar este fin, diversos caminos se han seguido. Son principalmente dos escuelas las que frente a frente, han buscado el problema y puede decirse que ambas han llegado a los mismo resultados, con algunas salvedades.

La escuela francesa, representada por el Prof. Pierre Janet, comenzó sus estudios después de las investigaciones de Charcot y siguió por un método de análisis y de observación de numerosos enfermos, llegando al conocimiento de las disociaciones de la conciencia en sistemas que van de lo más complicado a lo más simple y al de su funcionamiento automático sin intervención de la voluntad ni del conocimiento del individuo. Esta disociación condujo al concepto capital de la actividad subconsciente; pero no da a la subconciencia un valor muy grande y hasta ha dicho Pierre Janet que en su concepto, la subconciencia es una manera de explicar las cosas, *ma façon de parler*. A la disociación agrega también el estrechamiento del campo de la conciencia para explicar los fenómenos histéricos por la incapacidad de tener al mismo tiempo en la conciencia el conjunto de sistemas que forman la síntesis mental en estado normal. Por otra parte, ha estudiado el estado mental, que llama psicasténico, caracterizado por una baja en la tensión psicológica. Tal apreciación es muy propia de la escuela de Janet, quien considera que los procesos mentales tienen como función más elemental la sintetización de una idea con un conjunto de percepciones anteriores, que produce la certeza del conocimiento; y cuando la tensión está disminuida, el sentimiento de lo real no existe en el individuo y se produce un conjunto de dudas y de obsesiones que constituyen el estado psicasténico.

La otra escuela que ha abordado la interpretación psicológica de la neurosis, ha ido mucho más lejos, con exceso de confianza en sus generalizaciones, y ha merecido muchas críticas por la orientación actual que ha tomado. Es la escuela alemana, creadora del psicoanálisis, fundada por el Prof. Sigmund Freud, de Viena, seguida brillantemente por el Dr. Carl Jung, de Zúrich; por Rank, Adler, Jones, Brill y otros. Breuer y Freud publicaron con el título de «Studien über Hysterie» en 1895, algunos casos de enfermos que presentaban síntomas histéricos, explicando el origen de esos síntomas por un choque emotivo e interpretando su significación como el resultado de la acción indirecta de un conjunto de elementos psicológicos disociados de la conciencia. En resumen, la teoría era igual a la presentada por Janet, según el mecanismo de las ideas fijas; pero haciendo menos reservas que Janet, generalizó su concepto hasta encontrar en

todas la acción indirecta de esos sistemas que obran fuera de la conciencia. El procedimiento que ha seguido y que caracterizó al psicoanálisis, fue el de dejar al enfermo que dijera las asociaciones libres que vinieran a su mente en relación con el sistema presentado y seguir por ese medio hasta encontrar el suceso que olvidado para la conciencia, había quedado hundido en la subconciencia, provocando los síntomas. Como no todos los casos se presentaron claramente, se vino a conocer que había procedimientos psicológicos que desfiguraban el suceso y lo hacían irreconocible, debiendo tenerse en cuenta esta desfiguración para hacer la interpretación correcta. Aplicando este método llegó a concluir Freud que los sueños, como los síntomas histéricos, tienen una significación y que en ellos los mismos procedimientos de desfiguración hacen que sea imposible reconocer su significado real y que por el análisis se llega a saber el deseo oculto bajo el sueño, que es siempre alguno reprimido en la subconciencia y en cuya realización consciente no era aceptable por el yo, o por lo menos, no había sido satisfecho durante la vigilia. Como en los neurópatas, los deseos reprimidos venían a ser la causa de la enfermedad, era de importancia conocer sus sueños para interpretarlos y llegar más fácilmente al conjunto de ideas emotivas arrojadas de la conciencia, y para las cuales Jung creó la palabra que se ha hecho clásica de complejo (Der Komplex). Freud publicó en 1900 una obra «Traumdeutung» traducida al inglés por A. A. Brill: «The Interpretation of Dreams» (1910), en la cual expone el mecanismo de los sueños y las teorías psicológicas que se deducen de ellos, aplicables enteramente a las neurosis. Al buscar las causas de éstas, se llegó a encontrar que el elemento que servía de base a la neurosis era en muchos casos una experiencia sexual y de ahí fue generalizada la idea del origen sexual como punto de partida, no sólo de las neurosis sino también de los sueños y aun de los hechos de la vida diaria. De la interpretación se pasó al simbolismo y por medio de éste, se explicó todo lo que se presentaba, dándole un carácter sexual, que aun cuando no fuera aparente se debía tener la seguridad de que estaba oculto en la subconciencia. El concepto de la subconciencia es de alta importancia en el psicoanálisis y puede decirse que es fundamental, pues se considera que todos los actos de la vida tienen su origen en la subconciencia y, aunque el individuo lo ignore, un pensamiento o una acción que para él tienen determinado significado son la manifestación de una elaboración subconsciente totalmente distinta y muchas veces opuesta y donde seguramente se encontrará algo sexual. Para completar el simbolismo de la sexualidad se ha dicho que ésta sublimiza, es decir, se manifiesta por formas elevadas y enmascaradas que la hacen aparecer ya

como la virtud, ya como el arte, etc. A esa energía omnipotente en el psiquismo le ha dado Freud el nombre de Líbido.

Tales teorías, llevadas a ese extremo, no son aceptadas por todos los psicoanalistas, y a reserva de discutir ampliamente qué hay de cierto y todo lo que hay de erróneo en dicho concepto cuando trate yo de la patogénesis de las neurosis, voy a señalar solamente las opiniones de otros psicoanalistas que han seguido el mismo camino, sin dejarse llevar demasiado lejos. Jung, por ejemplo, dice que para él, la libido es la energía psíquica sin ninguna diferenciación y que solamente más tarde una parte de esa libido se transforma en «libido sexual». Por otra parte, dice también que la forma mística que se atribuye a la subconciencia es la proyección sobre los psicoanálisis de la mala comprensión de ese concepto. «Para nosotros, dice, la subconciencia no es una entidad, sino un término útil acerca de cuya entidad metafísica no nos permitimos formarnos ninguna idea. Aquí nos encontramos en oposición con aquellos psicólogos que pretenden resolver los problemas del pensamiento arrellanados en su butaca, y se creen tan exactamente informados acerca de la localización del pensamiento en el cerebro, como la correlación psicológica de los procesos mentales».

Jung ha fundado un método de investigación más preciso, que es el de las reacciones de asociación, que consiste en presentar al individuo una lista de palabras, haciendo que conteste a cada una con la primera palabra o imagen que venga a su mente, y se toma el tiempo de reacción observando la relación que puede haber entre la palabra estímulo y la palabra de reacción, teniendo en cuenta determinadas reglas. Así puede conocerse qué complejos se encuentran hundidos, reprimidos en la subconciencia e iniciar un camino para el análisis posterior.

La escuela francesa ha hecho muy serias objeciones al psicoanálisis, siendo muy notable la memoria presentada al XVIII Congreso internacional de Medicina de Londres, por Pierre Janet y a la cual haré referencia muy a menudo por estar muy bien definidas en él la opinión y la actitud de la psiquiatría francesa que con todo vigor se ha opuesto a las teorías freudistas. No han faltado los ataques apasionados, haciendo ver que el psicoanálisis es una cuestión de creencia, algo místico, sin carácter científico ni utilidad práctica. En el número de la «Presse Médicale» del 4 de febrero de 1922 encontré una nota bibliográfica que se refiere a la traducción francesa del libro de Freud, anteriormente traducido al inglés por G. Stanley Hall: «A general Introduction to Psychoanalysis», en el cual M.P. Hartenberg dice que el psicoanálisis es cosa juzgada ya en Francia

desde la obra de Hesnard y Régis: «La Psychanalyse et les névroses,» y que su impresión personal es que esta obra no lo convierte como ninguna de sus anteriores; que encuentra en ellas demasiadas proposiciones que chocan con el buen sentido psicológico, la evidencia clínica y el espíritu científico todo entero. «El papel atribuido a la sexualidad, por su enormidad y su extravagancia, hace pensar irresistiblemente en un delirio erótico. No se concibe como el práctico que cada día observa y controla la etiología infecciosa, endocrínica, emotiva de las neurosis y de las psicosis, podría, haciendo caso omiso de las comprobaciones objetivas, no ver ya en las perturbaciones nerviosas más que el producto de una sexualidad desenfrenada. El psicoanálisis se parece a la *Christian Science* y otros sistemas médico-religiosos, a los cuales sus adictos se adhieren, no por la lógica sino por la fe, y merece así por su carácter extracientífico el nombre que le ha dado Krapelin de «Metapsiquiatría».

Estas opiniones son no poco apasionadas, ya que para juzgar de una cosa es preciso estudiarla desde todos los puntos de vista, y no desecharla totalmente cuando encierra siquiera una pequeña parte buena.

El psicoanálisis ha comenzado por observar los síntomas de las neurosis, al igual que el análisis psicológico, como titula M. Janet sus estudios; ha observado la relación entre esos síntomas y los hechos encerrados en la experiencia anterior del paciente, llegando al mismo resultado que Janet al conocer los sistemas subconscientes. Ha elaborado después una hipótesis para aplicarla a esos casos y a los casos nuevos, de modo que pudieran explicarse todos de una manera general. Ha encontrado que la misma hipótesis podía aplicarse para conocer el mecanismo del psiquismo en actos normales como los errores de la vida diaria y los sueños, y que tales hipótesis están de acuerdo con los hechos. Solamente que después de haber llegado hasta aquí por la deducción y la inducción, se encamina por el amplio sendero del simbolismo; desde ese momento, toda la significación del proceso mental que se había encontrado, pierde su valor: todo se reduce a encontrar algo sexual tras de cada manifestación psicológica, y para lograrlo se sigue el camino inverso, buscando la semejanza tan remota, que a veces parece risible, para hacer aceptable el simbolismo. Como dice Janet en el artículo de referencia: «Un síntoma siendo dado, se busca de qué manera podría ser construido si se tomase como base una perturbación sexual transformándola por la transferencia y represión. Si esta construcción llega a darnos algo que parezca análogo al síntoma considerado, diremos que este síntoma ha tenido realmente por origen la perturbación sexual transfor-

mada.» Así, el pensar o soñar en subir una escalera, es siempre el símbolo de un acto sexual; una estación de ferrocarril representa también el acto de copulación, por el vaivén que hay en ella y todavía más, hay discípulos de Freud que en una psico-patología hacen el estudio de dementes precoces catatónicos que están cruzados de brazos y con la cabeza inclinada o en cuclillas, y concluyen *ipso facto* que esto representa el deseo subconsciente del enfermo de volver al claustro uterino de donde salió!

Qué justa es la opinión de Mr. I. H. Coriat cuando dice: «No es preciso llevar el análisis hasta el punto en que la lógica y la razón son reemplazadas por la imaginación del que analiza.» Se comprende que con un poco de imaginación y con el suficiente desplante para tratar de asuntos sexuales, todo el mundo puede hacer psico-análisis y que en tal forma, el vulgo lo encontrará fácil y propio para satisfacer su concupiscencia; sólo basta creer en la verdad de esos simbolismos y aplicarlos a la vida diaria.

En los Estados Unidos, donde las ideas nuevas prenden con facilidad, el psico-análisis ha hecho éxito y ha realizado exactamente lo que señalaba yo más arriba, siendo notable el perjuicio moral que ha producido. No puedo menos que extractar aquí un razonable artículo de José Juan Tablada, publicado en un número de marzo de 1922 de «Excelsior,» y que dice: «Así de la millonaria a la actriz de cine, de la culta poetisa a la homicida obscura, hay actualmente en la Unión Americana una multitud de mujeres apasionadas por esa flamante ciencia y que usan como cosa corriente su especial vocabulario: una nomenclatura médico-analítica con relentes de laboratorio y de clínica. Aun en las conversaciones mundanas se escuchan esas palabras desconcertantes para el profano: catarsis, libido, extroversión, pero que para los iniciados tienen significaciones profundas y operan misteriosos sondeos en las conciencias ajenas.....La pasión que estas mujeres manifiestan por el psicoanálisis se explica. Calcula que su base es el estudio de la subconciencia, el misterio casi tangible y penetrable y que el núcleo de ese misterio es la potencialidad amorosa que aunque disimulada por las conveniencias sociales, colora indefectiblemente los actos de cada quien, todos los actos, aun los que parecen más ajenos a esa causa!

«.....Si preguntáis, por ejemplo, ¿qué es una lágrima?, el psico-análisis, poniendo a vuestra disposición un microscopio de millares de diámetros, os hará ver en esa gota de transparente inocencia para el ojo desnudo, el inquietante mundo de las «pasiones suprimidas». Ya habréis descifrado la causa del interés mujeril por ese procedimiento revelador de secretos y aun habréis sospecha-

do en esa curiosidad cierto factor morboso. En efecto, un doctor psicoanalista diagnosticaría en ese mismo interés un «complejo:» un grupo de ideas emocionales en estado de represión. En la mayoría de los casos, es una curiosidad idéntica a la de los colegiales que buscan en el diccionario las palabras proscritas, por desnudas, del lenguaje usual, o leen con pretexto científico, los textos de Medicina Legal». Anota a continuación alguno de los escándalos sociales de Nueva York causado por una de las «vampiros del amor».

Claramente se comprende que ideas de este género son, con justa razón, censuradas y constituyen un peligro, porque es muy fácil que tomen el cariz de una religión, de una de esas sectas que fácilmente se extienden y dan la vuelta al mundo, recogidas por cerebros mal equilibrados, aceptándolas sin ningún criticismo y revistiéndolas del tono dogmático, que implican inevitablemente la fe en el maestro y la aceptación *a priori* de lo que no puede ser lógicamente deducido. En una traducción española de la «Psychopathologie des Alltagslebens» (Psico-patología de la Vida Cotidiana), leí un prólogo en el que el traductor hace reverencias profundas ante la nueva fe que ha de reformar al mundo!

Ya que he señalado el peligro que constituye el psico-análisis, debo indicar cuáles son las ventajas que ofrece y el partido que puede sacarse de él. Como ya decía, el principio de la teoría es lógico y bien fundado, mientras se aplica a la interpretación psicológica sin un fin preconcebido. Consideramos un síntoma histórico; por el análisis llevado sobre el paciente veremos que está ligado a una serie de experiencias pasadas que llevan al conocimiento de algún deseo oculto, de algún complejo reprimido y que se manifiesta de un modo indirecto en la conciencia, de modo que su presencia sea desconocida para el yo; el origen del síntoma quedará lógicamente explicado por el deseo, pero debemos resignarnos a encontrarlo en cualquiera de las manifestaciones de actividad mental y no hacerlo forzosamente sexual.

Ahora bien, la generalización del proceso psicológico, mediante el cual el deseo ha pasado a ser complejo subconsciente y originador del síntoma, puede hacerse, puesto que se encuentra en todos los casos observados, teniendo modificaciones según las circunstancias y puede esquematizarse mediante esa hipótesis que es semejante a las que se emplean en la química para explicar las modificaciones moleculares de los cuerpos. Por ejemplo, a un cuerpo, el azul de metileno se le da determinada fórmula; se sabe que en este cuerpo el cambio de posición de un radical da lugar a la formación de un cuerpo incoloro; se ha comparado muy expresivamente a un *switch* eléctrico, que enciende o apaga una luz.

Pues bien, esa hipótesis no podemos verla claramente confirmada ante nuestra vista, pero explica bien los hechos y podemos manejarla para prever los fenómenos nuevos o para originarlos. De la misma manera la hipótesis que emplea el psicoanálisis nos sirve para tener la representación de los fenómenos psicológicos y aplicándola podemos compenetrarnos del significado de la neurosis y de algunas psicosis, así como también de algunos hechos de la vida diaria, que quedan habitualmente ignorados, desdeñados e incomprensibles, como son los errores, los olvidos, los sueños.

Aceptando así la teoría psico-analítica, no corremos el riesgo de que se nos tache de místicos, pues nos conformaremos con explicar los hechos por su observación, deteniéndonos donde la lógica nos lo indique; siendo más cautos, como quiere serlo el análisis psicológico, según expresión del Prof. Pierre Janet. Colocándome desde este punto de vista, me atrevo a dar mi humilde opinión de que, dando amplia cabida en el análisis psicológico a la hipótesis psico-analítica y aplicando al psico-análisis las reservas juiciosas y serenas del análisis psicológico, es posible encontrar un justo medio que pueda abrirse paso en el conocimiento de las neurosis y quedar establecido que tal estudio será fecundo a la luz de las enseñanzas de dos escuelas que aunque distanciadas por los derroteros que han seguido, tienen el mérito de haber fundado la psicología moderna aplicada a la clínica.

Sor Juana Inés de la Cruz (1651-1695)

HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

A primera vista podría parecer sorprendente a un lector desprevenido, que en una obra dedicada a las figuras destacadas de la psiquiatría latinoamericana se incluya a una poetisa del siglo XVII y para colmo monja. Otro, más advertido o versado en la historia de la ciencia o conocedor del personaje, considerará un acierto el que la mexicana que en el siglo fue Juana de Azbaje y Ramírez, figure en él. Además del sitio elevadísimo que Sor Juana tiene dentro de la Literatura española (su obra monumental clausura el Siglo de Oro), la jerónima poseyó un interés pluridisciplinario y una información científica inusuales en la cultura española de su siglo. Por ello se permitió sugerir, en un famoso texto, que «si el estagiritita hubiera practicado la cocina, más hubiera escrito» (delicado y burlón señalamiento de que aquel figurón se hubiera beneficiado del arte de la experimentación).



Sor Juana Inés de la Cruz

Su *Primero Sueño*, extraordinario y complejo poema escrito imitando (y superando) a Góngora, es una empresa netamente científica en el que partiendo de los conocimientos fisiológicos de su época, se lanza a describir la función hipóncica y la actividad onírica con una visión realmente precursora. Es así que Elías Trabulse lo incluye en el volumen dedicado al siglo XVII de su *Historia de la Ciencia en México*, que Héctor Pérez-Rincón descubrió en él un antecedente de la teoría humoral del sueño, y que Fernando Chico Ponce de León le ha dedicado un estudio exhaustivo que deberá ser lectura obligada para todos los especialistas de las neurociencias incluidos los psiquiatras.

REFERENCIAS

1. De la Cruz, Sor Juana Inés: *Obras Completas*, Tomo I, Lirica Personal. FCE, México, 1951.
2. Trabulsee, E.: *Historia de la Ciencia en México*. Estudios y Textos, siglo XVII. Conacyt/FCE. México, 1984.
3. Pérez-Rincón, H.: Un antécédent de la théorie humorale du sommeil. *Synapse*. No. Spécial. Sommeil et Psychiatrie. París, noviembre 1989, pp. 78-79.
4. Pérez-Rincón, H.: Del leteo al beleño. Un hipnótico mitológico y uno natural en dos fragmentos poéticos del Siglo de Oro. *La Gaceta del FCE*, N. 300, México, 1995, pp. 55-56.
5. Chico Ponce de León, F.: *Sor Juana Inés de la Cruz y la Ciencia Médica. El «Sueño» de Sor Juana. Las fases clínicas del sueño, el aprendizaje durante el sueño, la cronobiología y su modernidad científica*. Ciccum, México, 2010.

Primero Sueño (fragmento)

SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ

510 sirviendo ya —piadosa medianera—
 la sombra de instrumento
 para que recobrados
 por grados se habiliten,
 porque después constantes
 su operación más firmes ejerciten,
 —recurso natural, innata ciencia
 que confirmada ya de la experiencia,
 maestro quizá mudo,
 retórico ejemplar, inducir pudo

520 a uno y otro Galeno
 para que del mortífero veneno,
 en bien proporcionadas cantidades
 escrupulosamente regulando
 las ocultas nocivas cualidades,
 ya por sobrado exceso
 de cálidas o frías,
 o ya por ignoradas simpatías
 o antipatías con que van obrando
 las causas naturales su progreso

530 (a la admiración dando, suspendida,
 efecto cierto en causa no sabida,
 con prolijo desvelo y remirada
 empírica atención, examinada

en la bruta experiencia,
 por menos peligrosa),
 la confección hicieran provechosa,
 último afán de la Apolínea ciencia,
 de admirable triaca,
 ¡que así del mal el bien tal vez se saca!-

[...]

850 a los suaves ardores
 del calor consumidos,
 las cadenas del sueño desataban:
 y la falta sintiendo de alimento
 los miembros extenuados,
 del descanso cansados,
 ni del todo despiertos ni dormidos,
 muestras de apetecer el movimiento
 con tardos esperezos
 ya daban, extendiendo

860 los nervios, poco a poco, entumecidos,
 y los cansados huesos
 (aun sin entero arbitrio de su dueño)
 Volviendo al otro lado-,
 a cobrar empezaron los sentidos,
 dulcemente impedidos
 del natural beleño,
 su operación, los ojos entreabriendo.
 Y del cerebro, ya desocupado,
 las fantasmas huyeron

870 y —como de vapor leve formadas—
 en fácil humo, en viento convertidas,
 su forma resolvieron.
 así linterna mágica, pintadas
 representa fingidas

en la blanca pared varias figuras,
 de la sombra no menos ayudadas
 que de la luz: que en trémulos reflejos
 los competentes lejos
 guardando de la docta perspectiva,

880 en sus ciertas mensuras
 de varias experiencias aprobadas,
 la sombra fugitiva,
 que en el mismo esplendor se desvanece,
 cuerpo finge formado,
 de todas dimensiones adornado,
 cuando aun ser superficie no merece.

PERU

Bocetos de la psiquiatría peruana

RENATO D. ALARCÓN¹

Cuna de una de las más grandes civilizaciones precolombinas, el territorio de lo que es hoy el Perú, situado en la franja media del subcontinente, entre el Océano Pacífico y la selva amazónica, con la majestuosa cordillera andina vertebrando cultura y gente, identidad y destino, refleja también en su geografía el legado epistemológico de generaciones. El Perú fue sede del más poderoso Virreynato español durante casi tres siglos a partir de 1535, y un sutil pero fecundo mestizaje contribuyó poderosamente a la riqueza de aquel legado. Con la cuatricentaria Universidad de San Marcos (fundada en 1551) como base y la fundación de la Facultad de Medicina de San Fernando, los primeros escritos de índole psiquiátrica recogieron también alguna información de cómo la cultura incaica lidió con manifestaciones de patología mental. La creatividad pedagógica de figuras como Cayetano Heredia o Hipólito Unánue, próceres de la educación médica en el Perú, favoreció el estudio de contribuciones pertinentes esbozadas en obras como los *Comentarios Reales de los Incas* de Garcilaso Inca de la Vega, llamado con justicia, el primer mestizo. El advenimiento de la era republicana en la segunda década del siglo XIX generó esfuerzos hacia la conciencia de un Perú nuevo y diferente, engendrada en épocas y estilos distintos como la sistemática catalogación científica de Antonio Raimondi, ilustre naturalista e inmigrante italiano, o la fiera prosa de Gonzalez Prada, maestro de juventudes, dio lugar también a un afán generoso de comprensión y ayuda a los enfermos mentales, reflejado en la construcción de asilos y «casas de insanos», en aquella época productos de justificada factura religiosa.

¹ El autor de estas líneas agradece profundamente a los Dres. Mariano Querol, Max Silva, Saúl Peña y Alfonso Mendoza por su invalorable ayuda en la selección de los textos. Igualmente, ha basado las semblanzas de los Profs. Seguin y Rotondo, en textos previamente publicados por el Prof. Javier Mariátegui.

Dentro de las primeras voces innovadoras y más o menos rigurosamente enfocadas en la tarea psiquiátrica, la historia de nuestra disciplina en el Perú recoge las de Juan Antonio Muñiz o Casimiro Ulloa, pero existe acuerdo en que fue Hermilio Valdizán, discípulo de Sancte de Santis en Italia el que, a su retorno al Perú, no sólo lideró la primera Cátedra de Psiquiatría en San Fernando sino que fundó la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* y el primer Instituto Psicopedagógico del país, al lado de su joven discípulo, Honorio Delgado. Valdizán también aportó las primeras contribuciones antropológico-culturales y fitofarmacológicas en estudios clínicos y terapéuticos sobre enfermedades mentales. A su fallecimiento, le sucedió en la Cátedra, Honorio Delgado quien, luego del cese de la primera Revista, había fundado, con J. Oscar Trelles, padre de la Neurología Peruana, la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, en 1938, la segunda más antigua en América Latina.

Honorio Delgado es considerado, tal como se señala en su semblanza, el psiquiatra latinoamericano más notable a lo largo del siglo XX. De su prolífica y multifacética obra, hemos seleccionado dos piezas que reflejan bien la vastedad de sus intereses psiquiátricos: *En torno al alma ajena*, sólida e intensa invocación hacia un sincero esfuerzo de comprensión objetiva y desapasionada de la otredad de nuestros pacientes y del ser humano en general; y *La psicopatología fundamental de la Esquizofrenia desde el punto de vista funcional*, original elaboración ontológica con profundo basamento científico de orden psico-fisio-patológico. Carlos Alberto Seguín, otro arequipeño universal, inicialmente cercano a su tío Honorio Delgado, se alejó luego ideológicamente de éste al acoger con gallardía y pasión la seductora trama ideológica del psicoanálisis y producir trabajos como *Amor y Psicoterapia*, texto galano de una visión original e integrada de psicología dinámica y existencialismo objetivo que se complementa adecuadamente con su otro artículo *El Eros psicoterapéutico*. Humberto Rotondo dio a la psiquiatría peruana el sello socio-comunitario que, partiendo de bien concebidas indagaciones epidemiológicas se extendió a trabajo clínico y acciones concretas de servicio público en áreas deprivadas; fruto de tales experiencias, su artículo *Cultura de la Pobreza, salud emocional y vida de familia* recoge observaciones de crucial relevancia para nuestro continente. Javier Mariátegui, primer Titular de la Cátedra Honorio Delgado, *scholar*, maestro e investigador con mérito propio, sirve de puente en este recorrido generacional de la brillante psiquiatría peruana y, en tal papel, hemos escogido su artículo *Perspectivas de la Investigación Psiquiátrica en América Latina*, con Seguín como co-autor, pene-

trante perspectiva de auténtico sello javiermariáteguiano sobre un tema de decisiva trascendencia en la psiquiatría continental.

Sabiduría clínica, originalidad científica, sensibilidad genuina, compromiso social, amplitud académica y filosofía humanística de base pueden ser algunas de las características fundamentales de la psiquiatría peruana que estas cuatro figuras patricias reflejan con brillo ejemplar. Su inspiración e influencia han trascendido las fronteras de su país de origen para convertirse en parte substancial del valiosísimo patrimonio que es la psiquiatría latinoamericana de hoy.

Honorio Delgado (1892-1969)

RENATO D. ALARCÓN

Que amigos y adversarios y el juicio de la Historia sitúen unánimemente a Honorio Delgado como la figura cumbre de la psiquiatría peruana y latinoamericana en el siglo XX, refleja no sólo el reconocimiento de una obra excepcional sino también la vigencia de su ecumenismo, la solidez de sus ideas, el brillo de su magisterio y la inspiración inagotable de su mensaje vital. Delgado fue, además de psiquiatra, filósofo, esteta, pensador, científico, biólogo, investigador, lingüista, educador, escritor y ensayista, historiador, un *scholar* por excelencia. Fue Miembro Correspondiente de la Real Academia Española de la Lengua, autor de más de 450 artículos y 24 libros, todos ellos verdaderos clásicos en estilo y sustancia. La unanimidad en el juicio de una obra intelectual es un fenómeno muy raro: en el caso de Honorio Delgado se justifica plenamente.



Honorio Delgado

Nacido en Arequipa el 26 de Septiembre de 1892, Delgado se educó en el Colegio Nacional de la Independencia Americana, hizo sus estudios de pre-médicas y bachillerato en Ciencias en la Universidad Nacional de San Agustín y emigró luego a Lima ingresando a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para culminar sus estudios en la vieja Facultad de Medicina de San Fernando. Se inclinó por la fisiología en sus años iniciales, pero pronto prefirió la psiquiatría por su enfoque amplio y holístico. Sus lecturas sobre los más recientes avances en el campo y su conocimiento del alemán lo llevaron a entusiasmarse con la obra de Sigmund Freud, a la que consideró liberadora y audaz. En 1915, siendo aun estudiante de medicina, publicó en el diario *El Comercio*, un artículo titulado precisamente *El Psicoanálisis*, y optó luego el grado de médico en 1918, con una brillante tesis sobre *La Doctrina del Psicoanálisis*, la primera exposición sis-

temática de las ideas de Freud, en español. La profunda curiosidad intelectual de Delgado, su pasión de profesional atento al desarrollo de su disciplina, su búsqueda juvenil y entusiasta pero también objetiva y confiada, lo incitaron a iniciar una activa correspondencia con Freud en 1919, la cual se extendió por 15 años (1934), incluso más allá de la ruptura conceptual o doctrinaria con el fundador del psicoanálisis hacia comienzos de 1930. Conoció a Freud en el Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Innsbruck. Freud lo distinguió como «el primer psicoanalista latinoamericano» y Abraham, connotado editor y miembro del círculo freudiano, publicó dos artículos de Delgado en *Imago* y en el *International Journal of Psychoanalysis*. Hacia mediados de la década de los años 30, Delgado se apartó del psicoanálisis, describiendo el proceso como «la corrección progresiva de una actitud influenciada por la aplicación de esquemas hermenéuticos a todos los aspectos de la vida psíquica» y reclamando la vigencia de «las esencias irreducibles de la naturaleza humana, sin las cuales no sería posible la aparición del mundo del espíritu». Criticó los excesos de la doctrina pero no dejó de reconocer el extraordinario valor intelectual del fundador del psicoanálisis y el brillo y validez de sus mejores intuiciones en torno a la dinámica de la vida mental.

Autodidacta en lo fundamental, sólo reconoció a Hermilio Valdizán como su maestro. Junto a él, fue co-fundador y director de la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* (1918-1924) y de un Seminario Psicopedagógico (1919). Ocupó la jefatura de la Cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, desde la muerte de Valdizán (1929) hasta 1960. En 1938, fundó con el Prof. J. Oscar Trelles, el eminente neurólogo peruano, la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, la segunda más antigua y duradera en el continente latinoamericano. Fue elegido Decano de San Fernando durante los difíciles momentos del conflicto desatado por la ley 13417 (cogobierno estudiantil) y, luego de la renuncia masiva de la plana docente sanfernandina en 1961, fue el primer Rector de la nueva Universidad Peruana de Ciencias Médicas y Biológicas, luego Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), cargo académico en el que permaneció hasta su desaparición física en 1969. Aparte de ello, ejerció funciones de liderazgo en numerosas entidades y organizaciones nacionales e internacionales en los campos de medicina, psiquiatría, filosofía, investigación, lengua y cultura.

La producción intelectual de Delgado fue un ejercicio fecundo orientado a la búsqueda de verdad, sabiduría y trascendencia. Su trabajo cotidiano, a lo largo de más de cuarenta años, en el viejo Hospital Víctor Larco Herrera, con pacien-

tes, psicóticos o no, profundamente perturbados, le exigió extender la mirada a la otra vertiente del trabajo psiquiátrico, la biológica. Así, él introdujo el uso del nucleinato de sodio en el manejo de la agitación psicótica en 1917, y el uso de fenobarbital para el control de convulsiones, en 1919. Estuvo entre los primeros que en América Latina aplicaron malario-terapia a paralíticos generales, la histórica apertura de una noción puramente biológica (o neurobiológica) a conductas que hasta entonces recibían las más oscuras y contenciosas explicaciones; tal como lo hizo con Freud, se relacionó con Wagner von Jauregg, uno de los dos psiquiatras beneficiarios del Premio Nobel de Medicina (1927). Y fue Delgado el primero en América Latina que utilizó la clorpromazina en el tratamiento de la esquizofrenia, apenas dos años después de la publicación de las primeras experiencias con el fármaco, por Delay y Deniker, en París. A su pedido, Oscar Trelles, su amigo y colega, trajo muestras del medicamento a Lima. Un memorable coloquio científico celebrado en 1956, testimonió un auténtico esfuerzo pionero, como muchos que Delgado tuvo oportunidad de liderar. En 1957, Delgado fue uno de los co-fundadores del *Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum* en Zurich.

Como Jefe del Departamento de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad de San Marcos, por espacio de casi 30 años, Delgado aglutinó un gran número de discípulos y colaboradores que, en base a un excelente y sostenido trabajo académico y de investigación, documentado en los volúmenes de la *Revista de Neuro-Psiquiatría* y en muchas otras publicaciones, generó lo que muchos, a lo largo y ancho de América Latina, reconocieron y llamaron la Escuela Psiquiátrica Peruana. Este grupo dominó buena parte del devenir académico de la psiquiatría latinoamericana y atrajo, además de una pléyade de psiquiatras peruanos, a distinguidos profesionales de otros países del continente. En su seno y a base de estudio intenso y sistemático, diálogo racional y discusiones a veces apasionadas bajo la guía sapiente y objetiva del Maestro, las labores didácticas y clínicas se desenvolvían armónica y sólidamente. Las vertientes de esta labor de décadas pueden tal vez reunirse en una trilogía sugerente, portadora del más puro sello delgadiano: aceptación y práctica de un humanismo genuino y cabal, ejercicio de un eclecticismo pragmático y bien entendido, y cultivo y desarrollo de la fenomenología como instrumento esencial del trabajo psicopatológico y clínico. Todos estos elementos pueden ser claramente suscritos por una visión objetiva de la teoría y la práctica de la psiquiatría. De hecho, Delgado abogó por un eclecticismo sólido y persuasivo.

No otra cosa sugiere su propia trayectoria profesional y científica: del psicoanálisis rescató el significado valioso de experiencias dolorosas y traumáticas; reconoció en la genética y luego en la psicofarmacología, la vigencia de hechos y realidades tan innegables como la biología que los nutre; abogó decididamente en favor de psiquiatría preventiva, educación y rehabilitación, reconociendo la veta de cronicidad en muchas enfermedades mentales; y mostró con el ejemplo de su vida y su legado, el ideal de integración —e integridad— ínsitos en una visión de total armonía entre el ser y el quehacer.

La condición esencial del magisterio auténtico es la de un no-dogmatismo crítico, precisamente una característica fundamental en el pensamiento y las ideas de Honorio Delgado. Edmund Husserl definió el enfoque fenomenológico en la filosofía postulando que las cosas o los hechos se presentan o producen con prescindencia de cualquier supuesto. Los fenómenos —sea cual fuere su naturaleza— se ofrecen a una conciencia cuyo rasgo fundamental es la intencionalidad, de modo que el mundo se da como un correlato intencional de esa conciencia. Sobre estas bases, mas no sujetándose dogmáticamente a ellas, Karl Jaspers, desde la Escuela de Heidelberg, enfatizó el estudio descriptivo y detallado de la psicopatología ofrecida por el paciente, en respuesta a la comunicación espontánea y a la búsqueda empática del clínico. Una vez más, la visión progresista de Honorio Delgado se tradujo en su intenso cultivo de este abordaje clínico liberado de ataduras ideológicas o de pre-suposiciones sinuosas. A partir de la década de los años 40, Delgado y su Escuela iniciaron la publicación sistemática de estudios clínicos fenomenológico-descriptivos de riqueza y solidez excepcionales. Este aspecto de su obra culminó con la publicación, en 1953, de su *Curso de Psiquiatría*, obra que tuvo amplísima difusión en todo el mundo hispano-hablante a lo largo de seis ediciones, hasta 1969 (desde la segunda, a cargo de la prestigiosa Editorial Científico-Médica de Barcelona), además de una e-impresión de la última, en 1993, como parte de sus *Obras Completas*. Este texto ha contribuido a la formación de millares de psiquiatras latinoamericanos y españoles a lo largo de cinco décadas. Su valor académico ha sido también reconocido en los exigentes ámbitos de la psiquiatría europea, la alemana y la francesa en particular.

Pero el maestro peruano fue mucho más allá. Formuló contribuciones originales a la fenomenología y psicopatología de su tiempo y del actual. En la ruta de Husserl, Brentano y Scheler desarrolló importantes innovaciones en torno a la intencionalidad de la actividad consciente, resaltando la polaridad entre con-

ciencia y objeto, y postulando un esquema seminal en relación a la patogénesis de la esquizofrenia. Este esquema incluye tres disyunciones fundamentales: la primera entre el mundo interior del paciente y el mundo exterior, a la que llamó autismo; la segunda entre el yo y el contenido de la conciencia (ego-anajoresis) y la tercera, dentro del contenido consciente, entre el predicado y el sujeto de conocimiento que le corresponde (quiebra de categorías). La esquizofrenia reflejaría así, en su conjunto, una desvirtuación de la finalidad propia de los actos y funciones de la vida psíquica, proceso que Delgado llamó *atelesis*, ruptura que anticipó conceptualmente la desintegración de atención, memoria y cognición en el proceso psicótico. La publicación original (1958), en *Confinia Psychiatrica*, prestigiosa revista alemana, se presenta en español, en esta Antología.

Existe, finalmente, acuerdo en que otras contribuciones originales de Delgado en este campo atañen a la disgregación y ambivalencia, alteraciones nucleares del llamado pensamiento esquizofrénico; a la distinción entre delusión y delirio y entre delusión e idea delusiva; al concepto de «estado de ánimo delusional» equivalente a la *trema* de Conrad; y a la clasificación de bioneurosis y psiconeurosis. Su balanceado y armónico afronte fenomenológico lo llevó también a cuestionar la idea de irreversibilidad del proceso psicótico (postulada por el mismo Jaspers), las densas elaboraciones existencialistas de Binswanger y sus seguidores y el afán homogeneizante de un rígido cartabón tipológico.

Esto último, conduce a otra área de interés y enfoque profundo por parte de Delgado: el diagnóstico psiquiátrico. Con base en su bien elaborado abordaje fenomenológico, Delgado abogó desde la década de los años 50 en el siglo pasado, por un diagnóstico que utilizara criterios eminentemente descriptivos y debidamente jerarquizados, libre de contaminaciones ideológicas o interpretaciones precipitadas, nutrido por una causalidad multifactorial y con reconocimiento apropiado de las bases biológicas de la enfermedad mental. Al mismo tiempo, enfatizó la necesidad de investigación sistemática destinada a la demostración de confiabilidad y validez diagnósticas y a la aceptación de diferentes niveles operativos en la psiquis humana.

Delgado fue sobrio en el uso de adjetivos para delinear diversos aspectos de su contribución académica. Ello no obstante, su visión del diagnóstico psiquiátrico lo situó como legítimo abanderado del «afronte neo-Kraepeliniano», etiqueta ésta utilizada por los psiquiatras norteamericanos que a partir de los años 70 —es decir, dos largas décadas después de que Delgado iniciara su prédica y postulara una nosología más objetiva y clara, contribución que aquéllos

por cierto ni conocieron ni reconocieron— produjeron las dos últimas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). El DSM delineó entidades diagnósticas con un criterio eminentemente categorial, inspiración nomotética (estudio de muchísimos casos, no situaciones puramente individualizadas), estructura politética (basada en varios criterios) y modelo prototípico (casos-modelo). Delgado había ya postulado estos requerimientos mucho tiempo atrás. Él también había propuesto una catalogación de los niveles o planos de la vida individual (físico/material, biológico, anímico y espiritual) que precedió por décadas y aún superó conceptualmente al célebre enfoque bio-psico-social de Engel, presentado en 1977. No sorprende por lo tanto que una fenomenología bien entendida, como la que Delgado estudió y practicó, sustente y respalde hoy un diagnóstico multi-axial y una visión multi-dimensional de la salud y la enfermedad mental. Es más, la concepción de Delgado supera al manual norteamericano en su enfoque principista (objetivo y crítico, no comprometido), su ámbito de aplicación académico-clínica, su conceptualización nosológica y su estilo textual y técnico.

La obra escrita de Delgado cubre con riqueza y abundancia todas las áreas de su interés académico, intelectual y humano. Publicó una biografía, *Sigmund Freud*, en 1927, expresión de su juvenil entusiasmo por el psicoanálisis y por la obra de su fundador a la que —se ha dicho ya— jamás negó valor histórico ni clínico en el manejo de ciertas condiciones. Con Mariano Iberico, fue co-autor de *Psicología* (1933), libro seminal y de visionaria complejidad dentro de la literatura de habla castellana sobre el tema, con tres ediciones actualizadas en décadas siguientes. En el mismo año, ya en proceso de ruptura con el psicoanálisis y a la manera de un ingreso pleno de convicción en el terreno de la filosofía y la ética, escribió *La formación espiritual del individuo*. Otra obra histórico-biográfica, *Paracelso* (1941) consolidó su credo humanístico en el campo médico y en la acción clínica, seguido en 1943, por *La personalidad y el carácter*, una dilucidación conceptual profunda y a la vez armoniosa de la multifactorialidad de la estructura y el funcionamiento humanos. Otra obra a la vez didáctica y crítica en torno a doctrinas que asomaban en el campo intelectual de su tiempo y persisten hasta hoy, fue *Ecología, tiempo anímico y existencia*, publicada en 1948. *El médico, la medicina y el alma* (1952) recogió su apasionado mensaje de integridad en la vocación del profesional, en su consideración del ser enfermo y en la necesidad de no olvidar los componentes psicológico, social, moral y espiritual

del ejercicio médico. Se ha mencionado ya su clásico *Curso de Psiquiatría*, cuya primera edición vio la luz en 1953. En 1962 escribió *En torno al alma ajena* (un fragmento del cual es parte de esta Antología) donde elaboró sus ideas acerca de la relación médico-paciente y la distinción entre enfermedad (fallido proceso biológico de adaptación, regulación y defensa), y dolencia (noción de «estar enfermo», impresión perceptiva y emocional que depende de personalidad y temperamento). Dos de sus últimos libros reflejan tal vez, con claridad profética, aspectos cardinales de su obra, plena y elocuentemente suyos: una objetividad crítica que es a la vez demoleadora y cabal en *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática* (1960), y una pasión por el saber y la sabiduría legados por figuras de inspiración legendaria, *De la Cultura y sus artífices* (1962).

Si a esta lista inicial sumamos los cerca de 500 artículos científicos, además de ensayos, crónicas, artículos periodísticos, revisiones bibliográficas y recensiones que Delgado publicó en varios idiomas, su obra entraña sin duda alguna un monumental carácter de totalidad. A la manera del sabio precepto del quehacer intelectual en la Grecia antigua, puede decirse que «nada de lo humano le fue ajeno». Él integró ciencia y humanismo, conceptualizaciones estrictas, neta terminología científica y legendaria habilidad didáctica. El vigor de su presencia jamás eclipsó el rigor de su trabajo. Fue austero, digno, cordial y generoso, «apolíneo y arielista». Delgado dio profundidad y tersura a la psiquiatría, a la ciencia y al conocimiento en el Perú, Latinoamérica y el mundo; acentuó tanto los rigores de la ciencia como las pinceladas del arte y el toque vital de un humanismo pleno; su obra es tallada en granito, racional, crítica, innovadora y visionaria. Se trata de un trabajo hecho con paciencia y tenacidad, basado en convicciones plenas, genuino sello ético y vocación de permanencia. Delgado desempeñó óptimamente no un papel que inventó para sí mismo sino aquél que su destino, su época y su historia le asignaron. Vivió, aun en sus minutos postreros, con la gracia y la dignidad que despojan de amargura a la existencia y hacen del buen morir una razón más para la perduración de un vivir ejemplar. Delgado fue durante su vida y hoy ante el juicio de la historia, un Maestro, un peruano, un latinoamericano universal.

En torno al alma ajena

HONORIO DELGADO

El tema de la persona preocupa de manera principal a los hombres de hoy. El inmenso despliegue de la psicología en el curso del presente siglo, con el creciente realce de la caracterología, así como el auge de la antropología filosófica y del existencialismo, son síntomas significativos de tal preocupación en el campo de la filosofía.

Entre los factores que pueden invocarse para explicar el hecho parece ser importante la condición de desamparo en que ha caído el hombre con la desubstanciación de la vida transitiva anexa a la ideología del progreso. Conmovida la fe en un orden transcendental por obra de las generalizaciones desmesuradas del saber científico, y frustradas las promesas de la técnica acerca de un orden terrenal satisfactorio, el espíritu humano vuelve sobre sí mismo. Busca en su propio seno la seguridad que le niegan la civilización y el dominio de la naturaleza.

En la historia de las ideas, el ingreso pleno de la persona en la arena filosófica se debe al idealismo alemán. Fichte coloca el yo en el centro de todo lo existente, como sujeto espiritual vivo, como espontaneidad primaria y acción creadora, como sustentáculo de los fenómenos de la conciencia en general y entidad de la cual deriva la conciencia de sí. Superando la concepción kantiana de la dualidad natural-racional de la persona humana, que no deja lugar a la peculiaridad individual, Fichte sostiene que en todos los impulsos naturales, en los que la razón está ligada aún, se halla el impulso primordial del yo, y que el verdadero mundo es un mundo de individuos: «No hay obrar sino en forma individual», «Yo soy aquello que me hago», por tanto, ser libre, que lucha interiormente y tiende a concebir posibilidades, a realizar proyectos y planes, a plasmarse a sí mismo.

En el presente ensayo no intentamos analizar el proceso histórico que así comienza, sino considerar de manera general algunos aspectos de la persona ajena, de su peculiaridad y de su vida.

Todo hombre, por disposición de su naturaleza, enfrenta a los demás de modo que forma idea de lo que le interesa saber acerca de sus particularidades. Este conocimiento, más o menos ingenuo, más o menos crítico, que se produce desde el primer encuentro, se organiza principalmente en relación con los fines que el sujeto persigue respecto a las otras personas. Pero, además, se ejercita allende las necesidades circunstanciales, en parte obedeciendo a sentimientos y tendencias de aprehensión de lo significativo para la propia vida, en parte siguiendo impulsos más desinteresados y objetivos, entre los cuales entra en juego la simple curiosidad. Puede surgir incluso de disposiciones generosas, como la simpatía y la admiración, que en cierto modo garantizan la amplitud del intento. No se trata, pues, de una intencionalidad puramente vital, de instintos enderezados a la defensa o la lucha, como postula el personaje de Mateo Alemán al afirmar que «todos vivimos en asechanza, los unos de los otros, como el gato para el ratón».

Esta forma espontánea del conocimiento de los otros está sujeta a la ilusión y el engaño en medida mayor que la forma reflexiva. En lo que respecta al observador, el discernimiento falla sobre todo por el egocentrismo de la estimativa y por el influjo de la fama, buena o mala. Y en lo que atañe a éste, aparte la innata propensión del hombre a exhibir sólo los mejores aspectos de su ser, interviene siempre una circunstancia psicológica fundamental: en cada situación la persona no se muestra sino parcialmente y en forma muy determinada. No es, como sostienen algunos ilustres analistas del alma humana, que haya en cada uno de nosotros infinidad de personúlas diferentes, sino que la adecuación funcional de nuestra vida de relación nos obliga en cada momento y ante cada interlocutor a poner en acción lo específicamente pertinente a la coyuntura.

El margen de error en la apreciación corriente de lo distintivo de las personas varía con respecto a incontables factores, entre los cuales son notorios, en igualdad de condiciones nativas y de cultura, la edad y el sexo.

Acerca de la edad, en la niñez es típica la tendencia a juzgar a los individuos de acuerdo con su función, mirando más a lo que deben o deberían ser que a lo que son en realidad; en la juventud domina la propensión a sobrevalorar, positiva o negativamente, los aspectos más impresionantes; en la edad media de la vida los problemas del momento y las pasiones enturbian la visión del conjunto; en la senectud falta la lozanía para la percepción de los matices, lo que lleva a esquematizar la imagen del ser ajeno. No hay duda que la madurez es la edad de oro para percatarse de la riqueza y la peculiaridad de las personas, por influjo

de doble inclinación: el análisis crítico de la realidad fugitiva y el examen panorámico de la experiencia.

En lo tocante a los sexos, el femenino aventaja al masculino en el acierto de la impresión sintética de lo que son capaces los individuos, particularmente en materia de cualidades morales. Es un hecho verificado por muchos matrimonios que después de años de trato con terceras personas se confirma más a menudo la convicción de la mujer que la del hombre. Si bien es cierto que en la consideración del aspecto intelectual de los individuos, el hombre acierta más y de inmediato.

El conocimiento metódico de las personas supone una formación científica especial, tanto para el escrutinio del individuo cuanto para la compulsa de la información indirecta del mismo. Gracias a ella se reúne, verifica, coteja y enjuician los datos y testimonios, a la vez con imparcialidad y con amor, tratando de precisar la significación real de los hechos. El investigador de almas reflexivo se cuida de no violentar con sus métodos o con ideas preconcebidas la filigrana de la vida cuyas manifestaciones concretas aquilata. Se afana en seguir con la imaginación los posibles caminos del tú, interrogando cautamente en una y otra dirección, en un proceso que avanza gradualmente de las verificaciones empíricas a las suposiciones plausibles, hasta llegar a formarse una representación completa de la persona, de esa determinada persona. La empresa no se corona cumplidamente si a la competencia psicológica no va aparejada una cierta delicadeza de espíritu, respetuosa de la singularidad y la majestad del ser del hombre.

La capacidad innata es decisiva para acertar lo más posible en materia tan espinosa. El saber y la técnica la ayudan en mucho, pero nunca la reemplazan. Como todos los dones naturales, el de calar almas es susceptible de perfección, no sólo con las luces de la ciencia y la experiencia, sino con la habilidad de la ejercitación y del arte. Por eso es menester adquirir un considerable arsenal de información en el contacto activo y alerta con gente interesante de las coincidencias y los caracteres más diversos.

Pero todo eso no siempre basta. Suele ser esencial para profundizar en el conocimiento de una persona cierta afinidad de vocación. Esto lo ilustra de manera impresionante el caso de César, cuya figura, casi sobrehumana, sólo después de dos milenios es comprendida primorosamente por un historiador genial, penetrando de vocación política hasta la raíz de su ser. Nos referimos a Mommsen, cuya identificación con las necesidades de su propia patria y su

dominio de la esencia histórica de Roma le permitieron ver al emperador por excelencia a una luz más real que nadie.

La profundidad de nuestro conocimiento de un hombre depende en gran parte de la amplitud de la observación y de la información concernientes. La presencia momentánea, la actuación en el ambiente propio y la continuidad de la vida son como el punto, el círculo y el cono de geometría del alma en acción. Así consideramos las líneas generales de la manifestación de la persona en la entrevista, en la familiaridad y en el devenir histórico.

La entrevista, por breve que sea, da oportunidad al observador para percibirse de circunstancias que le permiten descubrir algunos aspectos de la realidad personal. Este escrutinio se funda en la posible revelación del agente en sus actos, lo cual no quiere decir que el modo de ser del sujeto se franquee al observador en una operación elemental y simple. Por el contrario, se trata de un proceso a la vez total y complejo. Lo primero porque corresponde a actos de aprehensión fisionómica, en el más amplio sentido del término, actos que entrañan al reconocimiento instintivo de la expresión global por la impresión global. Se llega así a la actividad interna de quien se exterioriza a través de la exteriorización. Ciertamente que, analizando se determinan actitudes, gestos, palabras, acciones, que son de la persona pero que no son la persona. Mas el quid de la aprehensión fisionómica, cuando es certera, está en alcanzar la actualidad viva de la persona en su manifestación expresiva.

En lo que atañe a la naturaleza compleja del proceso que discutimos, hay que distinguir dos polaridades: la del fenómeno individual y la de la relación interindividual. El primero, individual sólo en cierto modo, es un fenómeno en el sentido más relevante del concepto, que Heidegger define en toda su hondura, oponiéndolo al concepto vulgar: «Es manifiesto algo que precisamente no se muestra de inmediato y las más veces, algo que, en contraste con lo que se muestra de inmediato y las más veces, está *oculto*, pero al mismo tiempo es algo que pertenece de una manera esencial a lo que se muestra de inmediato y las más veces, precisamente de tal manera que constituye su sentido y su fundamento».

De tan exacta definición resulta claro que la fenomenología propia del hecho psicológico corriente —estados de conciencia, actividades, funciones— se ejercita más con la mira puesta en prender viva y deslindar la manifestación anímica, que con el propósito de descubrir el sentido y el fundamento de la misma. En cambio, la fenomenología correspondiente al estudio de la persona

se endereza a desentrañar ese sentido y ese fundamento, tomando la manifestación como indicio y producto. Además, hay otra diferencia: mientras que la fenomenología del primer tipo tiene por fin multiplicar los datos psicológicos en momentos independientes, la del segundo tipo se orienta a la búsqueda de la unidad anterior a los datos y a los momentos, clave de la peculiaridad arquitectónica del ser personal.

La complejidad de la relación interindividual, inherente a la entrevista, dimana de la situación del sujeto escrutado. No es la de un objeto que se sitúa pasivamente en el campo de observación, sino la de un mundo original de actividad espontánea y reactiva, en la que surgen disposiciones e intenciones en consonancia y sutil trabazón con las incitaciones procedentes del mundo similar del observador. La situación de la entrevista comienza informe o ceñida a un motivo que apenas atañe a la intimidad del sujeto; pero, poco a poco, o de pronto, se cobra determinación, estructura y desarrollo, moviéndose la intencionalidad en direcciones que cambian por instantes, hasta que llega a su término el coloquio.

En cierto modo es una palestra en la cual cada individuo se produce según lo manifiesto en el otro, según lo que persigue y lo que logra en el conocimiento del otro, y según, en fin, lo que presume que el otro presume. La trascendencia de los incidentes del complejo darse, recibir y hurtarse, y hasta la misma significación del enfrentamiento de las intenciones y resistencias no son necesariamente percibidas por los sujetos; a veces lo son con extrema agudeza por una o por ambas partes; pero de ordinario las situaciones transcurren con una conciencia apenas vigilante, incluso respecto a los frutos inmediatos del conocimiento personal logrado. Sin embargo, una cosa es cierta en estas diversas eventualidades: que cualquier entrevista, excepto la trivial, tiene como resultado la formación, la confirmación o el enriquecimiento de la imagen que un hombre concibe de otro hombre.

Ámbito de información mayor que la entrevista es la familiaridad. La actuación del sujeto en el ambiente propio o que se construye eventualmente es asunto cuya consideración amplía y precisa el conocimiento del alma ajena. Nicolai Hartmann ha llamado la atención acerca de su significado para fundamentar la personalidad como categoría real. Lo denomina «círculo de vida de la persona» y lo reconoce constituido por los actos trascendentes con los que la persona supera la interioridad de su conciencia en una relación viva con un trozo del mundo, del cual a la vez que se adueña, a él se entrega. Este

arraigo comienza en las cosas inanimadas y se extiende a todo el ambiente de la vida cotidiana, en el cual las otras personas son lo principal, pues con ellas la relación es recíproca de manera activa. Los círculos de vida se cruzan, se fusionan, producen conjuntos de orden superior: de la amistad, del amor, de la familia, de la profesión, de las aspiraciones y hasta de la lucha.

No nos interesa aquí seguir a Hartmann en su exposición de los hilos y estructuras espirituales vinculadores de la persona a las personas. Pues lo pertinente a nuestro asunto no son las influencias recíprocas en la vida de relación, sino la manera distintiva como cada cual es objeto de influencia en la perenne objetivación social de la intencionalidad individual, a fin de distinguir el ser objetivante de la figura objetivada.

Con la perspectiva de la socioesfera de una persona se amplía, se matiza, se condena y se completa lo verificado en entrevistas bipersonales aisladas. La observación directa y las referencias acerca del sujeto en el comercio con los demás proyectan nueva luz sobre su idiosincrasia, ya que cada individuo manifiesta aspectos muy distintos según los interlocutores y las situaciones, siendo frecuente el caso que un observador-interlocutor, por alguna circunstancia, provoque reacciones que no sean las más apropiadas para poner de manifiesto lo genuino de una persona, por numerosas que sean las entrevistas exclusivas.

Entre las muchas direcciones en que se encamina el conocimiento de los demás podemos señalar tres principales, que tiene objeto aprehender, respectivamente, la fisionomía anímica del sujeto frente al conjunto de su círculo de vida, sus peculiaridades en relación con cada una de las configuraciones en que se diferencia el círculo, y el modo de ser que revela ante las personas más relevantes de su trabajo. Así es posible ahondar, primero, en la amplitud, la calidad, el modo y la integración de la persona considerada panorámicamente; segundo, en lo que es propio de su ser frente a órdenes determinados de valores y de situaciones especiales; y, por lo último, en lo que atañe a la suprema manifestación de la estimativa personal concreta, reveladora por excelencia del fuste propio.

La existencia nos pone de continuo en condición de adquirir imprecisiones acerca de nuestros semejantes, incluso en las esferas más circunscritas de la acción, como, por ejemplo, el deporte o la vida académica, y con mayor razón en aquellas a las cuales consagramos preferentemente nuestros afanes, como la profesión o el amor. Hasta sin quererlo acabamos por concebir una imagen más o menos substancial de cada uno de nuestros compañeros, clientes o allegados.

Así su ser nos hace transparentes en mayor o menor grado en lo que respecta al sistema concreto de los móviles de su comportamiento, a la calidad y fuerza de sus pasiones, a su visión de la vida y de los hombres, a los puntos débiles y fuertes de su moral.

La perspicacia del observador revela sus quilates particularmente al apreciar la autenticidad de las manifestaciones personales en la compleja relación de las propensiones y el dominio de las mismas, y al distinguir los actos que corresponden al ser real respecto a los que le sirven como instrumentos para el logro de los fines o el disimulo de las flaquezas. El conocimiento es entonces a fondo si desentraña el sentido de las contradicciones, a menudo desconcertantes. Con eso se tiene tal vez el secreto del estilo propio de la persona o por lo menos el sentido de su acción en general. La piedra de toque de la justeza del discernimiento en esta materia es la predicción de lo que hará o no hará fulano en circunstancias extraordinarias, las que ponen a prueba lo más consistente y original de la substancia propia.

El máximo ámbito para el conocimiento de la persona es el curso total de su vida. Nadie puede abarcarlo con sólo los datos de la observación directa. Pero, en todo caso, esta es no sólo la fuente más preciosa, sino el único acceso para el contacto realmente vivo, susceptible de dar vislumbres acerca del misterio de la mismidad de una persona. Toda otra referencia, sea la que ofrece el propio sujeto en sus escritos y en sus obras —incluso en su autobiografía—, sea la debida a testigos, es materia más cuestionable, dato refractado. Ciertamente que la penetración de una existencia no depende sólo de la proximidad del observador, sino de la calidad de éste. Por eso las mejores biografías no siempre son escritas por los autores que trataron al biografiado. A pesar de todo, la impresión de la presencia es un elemento primario, un fenómeno original, cuya maravilla nada substituye, y sin el cual resulta de segundo orden el conocimiento, por equivocados que sean los juicios que se formen acerca de él. No hay duda de que con Mommsen comprendemos mejor a César, pero es innegable que Bruto o Cicerón conocieron lo inefable de su presencia tangible, actuante, generadora y mágica, que ningún historiador es capaz de resucitar.

En la continuidad de su vida la persona nos revela el desenvolvimiento, ora dramático, ora vicisitudinario, de su devenir particular con la concatenación de sus actos, en los que cada vez se realiza a sí misma en el sentido de expresar tanto su idiosincrasia cuanto las posibilidades creadoras de su libertad, influyendo en el curso de los acontecimientos y en el de la configuración de su modo inte-

rior. Frente a los acontecimientos y también frente a su mundo privado madura y crece su experiencia a la par que, secundariamente, se estructura su modo de ser, ora sometiéndose a las resistencias, exigencias y limitaciones de lo nuevo, ora sometiéndolas al imperio del propio porte.

El conocimiento de una persona cuyo paso por la escena del mundo nos es dado recapitular, como acontece, por ejemplo a la muerte de un amigo de siempre, puede ser más o menos grande y preciso o meramente sinóptico. Ello depende tanto del grado de la participación de su círculo de vida con el nuestro, que nos ofrece mayor o menor información y punto de vista más o menos próximo, cuanto de nuestra sensibilidad para percibir sus manifestaciones y de nuestra aptitud para enjuiciarlas.

En el caso de personas menos allegadas, la extensión y la exactitud del conocimiento —en igualdad de condiciones por parte del observador— son forzosamente menores. Pero, en todo caso, el escrutinio no es realmente profundo en el ámbito máximo de la vida sino cumple ciertos requisitos. Además de los que hemos indicado en todo lo que llevamos dicho, son esenciales los siguientes: una visión que abarque en perspectiva temporal el despliegue de las disposiciones más características; un sentimiento inequívoco del ritmo y el tono singular del alma, que denuncia su identidad a lo largo de la existencia; una imagen viva de peculiaridades de la relación del hombre con su mundo concreto y con el mundo de sus ideas; y, en fin, una medida de la energía manifiesta en la manera de ser autónomo o heterónimo en las situaciones más significativas para el destino personal.

Después de revisar los modos y los ámbitos de la averiguación de la persona, es hora de preguntar por el fundamento y la fidelidad del conocimiento resultante.

Cada individuo es un ente radicalmente cerrado e impenetrable desde el punto de vista de la particularidad de la conciencia, dentro de la cual él mismo se conoce imperfectamente. Sin embargo; como quiera que todos los individuos humanos tienen en común la vida anímica y espiritual, les es posible percatarse de alguna manera de la persona ajena.

El problema consiste en determinar cuál es la trascendencia de semejante comunidad de constitución de los seres humanos para su recíproco conocimiento. Según Scheler, el individuo vive de inmediato más en lo otros que en sí mismo; más en la comunidad que en su interior. Y así como aprehendemos nuestro yo actual primariamente en el fondo de nuestra vida psíquica en marcha —y

no como una síntesis del yo actual con el recuerdo de estados anteriores-, así también aprehendemos el yo y la vida psíquica de todos los demás como dados o contenidos en principio «en la gran corriente de la vida anímica universal». Scheler cree que el proceso recíproco de comprenderse a sí y comprender a los demás es el que expresa Schiller en estos versos:

Willts du die Anderen verstehen, blick in dein eigenes Herz,
Willst du dich selber verstehen, sieh, wie die Anderen es treiben.¹

Scheler va más lejos con su concepción de la *Einsfühlung*. Piensa que el yo propio puede identificarse con el ajeno, unimismarse, no ilusoriamente, sino por la facultad de simpatía, en un acto de «telepatía relativa»; si bien opina que esta capacidad adivinatoria o de conexión supraempírica de los seres se atrofia en el hombre adulto normal, menos en la mujer que conserva algo de ella en la relación de la madre con los hijos.

A nuestro entender, ni el ser anímico común ni el examen de sí mismo pueden fundar el conocimiento del alma ajena, pues lo que importa es acertar con lo singular y distinto de ésta. Lo único que fundamenta es la comprensión de la experiencia vivida en general y también la comprensión del contenido de actos expresivos determinados, siempre que estos sean auténticos y de naturaleza emocional. En lo que respecta al conocimiento por simpatía en la *Einsfühlung*, sólo puede aceptarse que sea una operación traslativa del sentir de un individuo a otros, tan misteriosa, tan real y tan excepcional como la telepatía. De ningún modo podemos invocarlo como evidente en nuestros juicios o impresiones acerca del modo de ser efectivo de un individuo.

En lo que respecta al espíritu objetivo, es patente que condiciona y relaciona la vida de las personas. Tanto las virtudes y potencias vinculadoras trascendentes al individuo y a la sociedad, cuanto las variedades concretas de manifestación en la cultura, influyen como sustancia en la que participa el espíritu personal. De modo que para apreciar la experiencia y la calidad espiritual de un individuo sirve el conocimiento de lo que es significativo para él en esta materia. Así como el mirar el propio corazón ofrece vislumbres acerca del ajeno, la visión del espíritu universal las ofrece para comprensión individual. Pero ni por

¹ Si quieres comprender a los demás, mira en tu propio corazón; si quieres comprender a ti mismo, mira cómo se conducen los otros.

el común denominador psíquico ni por la común participación en el reino del espíritu se llega al penetral del ser ajeno. Ahí cada persona es solitaria, obscura, impenetrable —una verdadera mónada—, por mucho que aproximen a los hombres la simpatía y la vida del espíritu.

Si ni la una ni el otro nos allanan el camino a la raíz de la subjetividad, queda la promesa de un secreto poder adivinatorio: la intuición interindividual. Resulta tanto más tentadora cuanto que es imposible avanzar con sólo los datos de la percepción y los recursos del pensamiento discursivo. La percepción, inclusive la más jugosa, si bien puede hacer transparentes los actos humanos, apenas discierne la trama sutil del sentir íntimo y nunca nos da la certeza de franquear la opacidad abismal del alma ajena.

Los recursos del pensamiento discursivo no son más eficientes para aprehender al hombre verdadero en su singular, compleja y cambiante manifestación; pues su aplicación sistemática forzosamente aborta en concepto abstracto e interpretación doctrinaria. La verdad del ser individual no es asequible a saber sistemático alguno, pues no se construye con la suma —inagotable por infinita— de las pequeñas verdades comprobables.

La intuición interindividual, la única que parece ofrecernos el tan anhelado acceso, es problemática. Poetas e historiadores creen en ella y definen su legitimidad con argumentos que prueban la necesidad que tenemos de verdades absolutas acerca del ser concreto de los hombres, y no la afectividad del poder cognoscitivo de tal intuición. Ciertamente, un gran poeta o un historiador genial avanza en la visión de un personaje más allá de lo que nos dicen los hechos averiguados; pero, aparte el eventual descubrimiento de relaciones nuevas y la iluminación de valores inadvertidos, nada nos garantiza que su imagen —a la cual debemos una figura rica, interesante, encantadora y hasta convincente— acierte en revelar la realidad recóndita, y que lo más original de su obra no sea pura creación fabulosa.

En conclusión, todo esfuerzo encaminado a conocer a nuestros semejantes es fructuoso, y tanto más cuanto mayores son nuestra información, nuestra imparcialidad y nuestra perspicacia. Pero la visión que logramos no está libre de incertidumbres, de ilusiones y prejuicios; nunca abarca todos los aspectos ni todos los momentos de nadie. La esencia de la peculiaridad, incluso del más comprendido de los nuestros, es inescrutable. Así, irremediabilmente, tanteamos en torno al alma ajena, como tanteamos mundo adentro.

La psicopatología fundamental de la esquizofrenia desde el punto de vista funcional

HONORIO DELGADO

Aunque hasta ahora han fracasado las tentativas de probar experimentalmente que la esquizofrenia es originada por perturbaciones del metabolismo cerebral, no hay duda acerca de la naturaleza endógena y hereditaria de esta psicosis. Y no se puede negar que son promisorias las investigaciones encaminadas a descubrir el fundamento neuroquímico de la patogenia del proceso esquizofrénico, trabajo inspirado en muy diversas hipótesis y proseguido en numerosos laboratorios vinculando la clínica psiquiátrica y la psicopatología experimental con la bioquímica y la farmacología. Aparte tales empeños científicos, son el dominio de la práctica del psiquiatra tres clases de hechos significativos de la somatogenia del desorden esquizofrénico: a) la producción de la psicosis en ciertos sujetos por causa del abuso de la Anfetamina, psicosis cuyos síntomas no se diferencian en absoluto de una esquizofrenia paranoide; b) la reactivación de la esquizofrenia en pacientes en remisión incompleta o reciente, reactivación provocada por el empleo imprudente de diversos fármacos estimulantes, p. e. el Meratran o la misma Anfetamina; c) el buen efecto de diversos agentes químicos así como del electrochoque en el tratamiento de la psicosis de que tratamos.

La duda acerca de la unidad nosológica de la esquizofrenia, fundada en diversas consideraciones, carece totalmente de razón según nuestro criterio. En contra de tal duda están los hechos siguientes: a) la frecuente presentación de formas mixtas en el cuadro clínico actual; b) la no rara transición de una forma clínica a otra en el mismo paciente; c) la manifestación de diferentes formas en la misma familia; d) la gran frecuencia del mismo síntoma, la delusión, p. e., en las distintas formas de esta psicosis (Pauleikhoff la verifica en 86% de todos los esquizofrénicos, y Kolle sostiene que existe en la totalidad). La concepción de Muller-Suur de que la catatonía es somatógena y la paranoia psicógena nos

parece más que cuestionable. Gracias a estudios catamnésicos en esquizofrénicos catatónicos verificamos que muchos síntomas que no se manifiestan de inmediato a causa de estupor, mutismo o negativismo, concuerdan fundamentalmente con los notorios de la esquizofrenia paranoide. Por otra parte, Gruhle —un testigo de excepción del caso más conocido con el diagnóstico de «paranoia»— reconoce que ésta en realidad es esquizofrenia paranoide.

Naturalmente, la aceptación de la unidad de la psicosis no excluye la investigación de las peculiaridades de cada enfermo. Esta debe ser conducida concienzudamente y con todos los medios, tratando de comprender el ser de cada paciente con su biografía y su mundo. Incluso está justificada la aplicación de los métodos y el arte del análisis existencial (*Daseinsanalyse*). Ciertamente que en este encaminamiento no se debe llegar al extremo de la interpretación psicogenética fantástica, como sucede a algunos autores que practican el análisis existencial. Tampoco se debe halagar la desafortunada esperanza, como dice von Baeyer, de que sólo el análisis existencial pueda llenar con un contenido fenomenológico original el ámbito vacío de nuestra falta de conocimiento de lo endógeno.

Con la exposición de nuestra manera de ver el origen cerebral de la esquizofrenia y su unidad nosológica, ofrecemos el fundamento para la consideración de la correspondiente psicopatología desde el punto de vista funcional. El concepto de funcional no es empleado aquí en el sentido de la pura actividad cerebral, sino en el de la anímica, si bien es absurdo negar la conexión de las perturbaciones psíquicas con las funciones cerebrales, pues ambas son interdependientes y ambas expresión de la vida. El hombre nunca es reducible a un fragmento: frente a las funciones alteradas siempre actúan o son latentes las no alteradas, sujeta la totalidad fisiopatológica de unas y otras al gobierno de la *vis directrix*. De ahí que las perturbaciones no sean siempre definitivas o absolutas y que en los diversos momentos en la enfermedad no estén presentes todas ni se manifiesten en la misma forma.

Respecto al conocimiento de la psicopatología de la esquizofrenia deben evitarse dos extremos igualmente infelices para la investigación: uno es contentarse con definir y catalogar los síntomas, el otro consiste en querer descubrir el origen principal de los mismos en lo psíquico. El primero sólo conduce una colección de fenómenos, una suma de datos más o menos incoherente, sin duda indispensable para el reconocimiento y el deslinde clínico de la enfermedad. Por el segundo se cae en el mundo fabuloso de las interpretaciones psi-

cogenéticas. Para superar la pura descripción semiológica de la esquizofrenia, sin incurrir en construcciones doctrinarias, es indispensable profundizar el conocimiento acerca de la psicopatología de esta enfermedad en sus límites y tratar de descubrir la específica perturbación funcional. Por lo demás, tal es la enseñanza que se saca del estudio histórico de este problema, como lo muestra Spoerri. En lugar de conjeturar lo característico de la enfermedad en el substrato que está detrás de lo patente, debe buscarse, según Spoerri, en «el conjunto de las manifestaciones esquizofrénicas y en sus correlaciones verificadas fenomenológicamente».

Desde comienzos de este siglo se empeñan diversos investigadores en acertar con semejante perturbación funcional primaria. Las principales fórmulas propuestas son las siguientes: «Discordancia» (Chaslin); «ataxia intrapsíquica» (Stransky); «trastorno de la integración» (E. Bleuler); «hipotonía de la conciencia» (Berze); «dirección defectuosa» (Gruhle); «pérdida del contacto vital» (Minkowski); «falta de actividad propia» o «alteración cualitativa de la determinación de fines del yo» (Kronfeld); «estrechamiento del arco intencional» (Beringer); «trastorno general de la ejecución» (Carl Schneider).

Hoy considera Wyrsh la alteración del yo como fundamental en la esquizofrenia, y observa que en todos los casos agudos y en muchos crónicos se puede verificar la hipotonía de la conciencia. Por su parte, Winkler y Hafner ahondan el conocimiento del desorden esquizofrénico del yo y formulan el concepto de *ego-anajoresis*, que no sólo hace comprensibles algunos síntomas, sino descubre un aspecto esencial de la psicopatología de la esquizofrenia. Este concepto significa la disyunción del yo respecto a ciertos contenidos de la conciencia. En contraposición del *autismo*, que entraña la pérdida del contacto con el mundo circundante, la *ego-anajoresis* es un proceso intrapsíquico por el cual las vivencias pierden sus normales cualidades activas y directas respecto al yo. Winkler sostiene que es un caso especial de disgregación y supone que el contenido de la conciencia no es asimilado por el yo a causa de su incompatibilidad. No compartimos esta opinión, como tampoco la hipótesis de Hafner, según la cual la *ego-anajoresis* se explica como una falta de represión de contenidos de la conciencia por parte del yo, por lo que aparecen extraños de éste, desligados de él.

La observación pasiva, dirigida sólo a la espontaneidad del enfermo, no nos ofrece un esclarecimiento revelador de la índole y de la manera como se producen los procesos en la mente perturbada del esquizofrénico. En cambio, el diálogo bien conducido, en el curso del cual se proponen de manera natural

cuestiones o problemas sencillos que pongan a prueba las funciones mentales, como, p. e., la interpretación de refranes, a menudo evidencia fallas en la aprehensión de algunos elementos de la materia de que se trata o de la situación en su conjunto. Así se pone de manifiesto una estructura imperfecta de los actos: la función configuradora del pensamiento es débil o tropieza con dificultades en el ejercicio de la capacidad de discernir y entender. El resultado consiste finalmente en la repetición del tema, en sustituciones inadecuadas de conceptos, en tomar la parte por el todo, o en circunloquios sin sentido. Esto ocurre incluso en pacientes lúcidos que discurren generalmente de manera razonable. Para poner a prueba la capacidad de rendimiento de éstos se debe recurrir a cuestiones más difíciles que para los esquizofrénicos comunes.

Zucker y Hubert aplican un método, al que hasta hoy no se le toma en consideración, método que permite aprehender las fallas del pensamiento esquizofrénico, cuyos resultados hemos podido confirmar con la información concienzuda de pacientes expertos en la introspección y la clara descripción de la experiencia vivida de su enfermedad. El método de los autores mencionados consiste en plantear a los esquizofrénicos capaces de pensar con representaciones plásticas vivas, determinadas tareas que los obligan a representarse diversos objetos y proseguir escenas, principalmente con imágenes visuales y auditivas. El propósito de la investigación es comprobar cómo funcionan las tendencias determinantes de los actos, cuyo objeto es el material de datos transitivos (intencionalidad primaria), así como aquellos cuyo objeto es el propio yo (intencionalidad secundaria).

En el sujeto normal la configuración imaginativa se constituye con los elementos representativos apropiados, siendo excluidos los inapropiados. En los esquizofrénicos está perturbado este proceso de exclusión de los elementos representativos. Con las pruebas del experimento de Zucker y Hubert se observa en los pacientes una transformación de imágenes con extrañas desviaciones de las tendencias determinantes del acto, alejándose de la meta propuesta: se presentan disgregaciones e interrupciones que dejan lagunas, las cuales o quedan vacías o son rellenadas con elementos extraños. Con otras palabras: la intencionalidad, en vez de avanzar y cumplir directamente su fin, vacila y se descamina en grado variable, de suerte que en el momento de la elección y la exclusión aborta el acto objetivante desatinadamente respecto al plan inductor.

En concordancia con los hechos conocidos en la clínica, se explica el desorden de las tendencias determinantes por la dislocación o el descamino del pensamiento, la pérdida del hilo conductor, y la creación de neologismos y pa-

rarrespuestas más o menos inadecuadas. La sustracción del pensamiento con todas sus consecuencias se observa principalmente en esquizofrénicos con fuerte menoscabo de la actividad mental, pero también en los otros; mientras que el curso del pensamiento sin lagunas llenadas con material extraño, se observa sólo en aquellos pacientes cuya actividad psíquica está poco dificultada y que son claramente conscientes de sus lagunas vacías y de las desviaciones correspondientes.

Los datos obtenidos en la investigación con el diálogo, y los resultados que ofrece la aplicación del método de Zucker y Hubert concuerdan con la información catamnésica que hemos obtenido de algunos enfermos en los cuales se logró la remisión con pleno recuerdo de las incidencias de su psicosis. Típica es la forma como un catatónico caracteriza retrospectivamente la falta de actividad eficaz inherente a la perturbación mental: «Carencia absoluta de ideas centrales; vale decir, de un sendero definido que recorrer... A menudo me veía acechado (importunado) por una serie de disgresiones, conceptos parciales, que si bien contribuían a dar forma (?) al pensamiento, en cambio retardaban la esquematización en la mente de la ruta a seguir... Me era difícil formular juicios, y muy raras veces me daba cuenta de lo absurdo de ciertos silogismos... Todas las preguntas que se me hacían eran incógnitas que me confundían más y más». Sería falso objetar que la mente del enfermo estaba inactiva; todo lo contrario, pues él aduce: «Mi actividad era tanta que no me dejaba tiempo para distraerme, y por eso comía siempre apurado».

Si buscamos la particularidad psíquica elemental de los esquizofrénicos más en contraste con la del hombre normal, a nuestro entender, será lo que llamamos *quiebra de las categorías*. Las categorías, formas fundamentales indispensables para la normalidad de las operaciones del pensamiento y del ajuste de la mente a la realidad, no sólo rigen los juicios sino la apropiada aptitud para el logro de la percepción, del recuerdo, de la imaginación y hasta de la valoración. El examen de los esquizofrénicos nos revela que ahí donde la mente falla, su contenido aparece más o menos desprendido de las estructuras formales del espíritu. Entonces lo que en la conciencia es materia de la intencionalidad no depende ya de categorías, sean las especiales de tiempo, cantidad, espacio, casualidad, sean, mayormente, de las generales de posibilidad, realidad o necesidad. Así, la quiebra de las categorías puede ser verificada directamente sólo en las funciones perceptivas e intelectuales, como también en las expresiones verbales; es claro que ello basta para caracterizar lo fundamental del desorden.

Pero un análisis fino revela la posibilidad de su extensión a todos los aspectos de la vida psíquica.

De ningún modo descartamos que tanto la pérdida de la conexión con el medio circundante y la interna del yo contenido de la conciencia, cuando la quiebra de las categorías puedan presentarse igualmente en otras enfermedades; pero en éstas sólo en forma eventual y limitada, exceptuando aquellos en los cuales existe una perturbación de la conciencia. A nuestro entender esta verificación es extraordinariamente significativa por las razones siguientes:

La psicopatología del esquizofrénico no puede ser esclarecida si no se reconoce que lo fundamental en ella es una impotencia funcional de la conciencia, que hace incapaz al paciente para adueñarse adecuadamente de las formas de lo real así como del espíritu objetivo; el órgano de lo psíquico sufre un desmedro que dificulta la estructura de su actividad causando una ineficacia de la tensión intencional y del poder central que entraña el yo en la constitución monárquica de la persona.

Es pertinente recordar el claro juicio que formula Nicolai Hartmann acerca de la perfecta calidad integral de la conciencia normal: «A pesar de la expansividad de su contenido, la conciencia es la totalidad más cerrada que conocemos, no sólo como “mundo interior” según, su manera de ser, separado de todo lo demás, que constituye el “mundo”, sino según la manera de determinación de sus actos particulares y su contenido particular». Esto significa que la integridad completiva de la conciencia es especialmente propia de la vida mental que estudia la filosofía y la psicología, y que con la pérdida de esa integridad, integrantes, incluso cuando no se continua ni se presente en los diversos fenómenos de su actividad, la función de la conciencia falla en lo esencial.

Hemos visto que en las manifestaciones del esquizofrénico —en la medida que son esquizofrénicas y no dependientes de las aptitudes normales que el paciente posee aún— se comprueban disyunciones de muy diverso sentido: 1° del propio mundo interior con respecto al mundo exterior, 2° del yo con respecto al contenido de la conciencia, y 3° del contenido mismo respecto a sus formas categoriales. En el primer caso, el *autismo*, el mundo interior pierde de alguna manera su abertura al mundo exterior y al mismo tiempo su consonancia con él, con lo cual se produce una confusión, mayor o menor, de lo subjetivo. En el segundo caso, por la *ego-anajoresis* el yo pierde contacto eficaz, ordenador, con los contenidos de la conciencia, no porque se de una mutua incompatibilidad como cree Winkler —ésta es la consecuencia de hecho, no la causa-, y tampo-

co porque fracase la represión del contenido, como supone Hafner, sino como resultado de la fundamental disgregación de la conciencia, en cuyo campo los elementos incompatibles aparecen con la misma «naturalidad» que los compatibles, sin que el yo muestre la menor tendencia a discriminarlos. En el tercer caso la disyunción va más lejos, tiene lugar dentro del contenido mismo de la vivencia, en la forma de *quiebra de las categorías*. No se puede dar ninguna pérdida más elemental de la congruencia del espíritu con los datos representativos de la realidad, pues aquí se pierden las relaciones forzosas y las diferencias esenciales de la experiencia normal.

Lo que en último análisis distingue la anormalidad de la conciencia de la esquizofrenia respecto a la de otras enfermedades es el hecho de que no se trata de un estrechamiento, ni de un entorpecimiento, ni de una forma de anublamiento de la conciencia, sino de un fino desorden de su función configuradora de la vivencia. Aquí, aparte la presentación de otros síntomas de la psicosis que comprometen de distinta manera el estado de la conciencia, ésta preserva el amplio escenario, y a menudo la capacidad de orientación, la lucidez y la claridad que le son característicos. Sin embargo, no cumple de manera completa y constante su función elemental de mantener la vida anímica en la cerrada y unitaria conexión del conjunto de su desempeño y de sus actos particulares. La alteración compromete su actividad misma, respecto a todo lo concerniente al ajuste del sujeto al mundo exterior, al gobierno monárquico del yo sobre su mundo propio y a la conformidad de las formas categoriales con lo dado directamente a la vivencia como objeto o contenido.

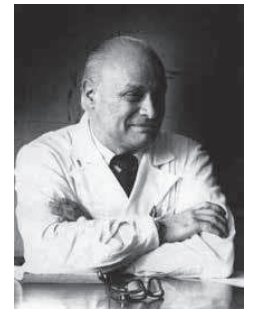
Nos parece que es insuficiente la nomenclatura propuesta hasta hoy para las manifestaciones de esta manera abortiva o frustránea de funcionar la mente, pues ninguna de las designaciones propuestas incluye lo relativo a la quiebra de las categorías. Para el desorden en su conjunto, con los tres aspectos señalados, proponemos el nombre de *ateleses*, derivado de telos (fin, logro, poder pleno) y completado con la partícula negativa a.

Carlos Alberto Seguín (1907-1995)

RENATO D. ALARCÓN

Gran figura de la medicina peruana y exponente notable de la psiquiatría latinoamericana con proyección mundial, Carlos Alberto Seguín nació en Arequipa y estudió allí hasta sus primeros años secundarios cuando la familia hubo de trasladarse a la Argentina, a raíz de la deportación de su padre, Gonzalo Alberto Seguín, combativo periodista y político, director del diario *El Herald*, de clara oposición a la dictadura de turno. Seguín concluyó sus estudios en el Colegio Internacional de Olivos, en Buenos Aires, gracias al generoso apoyo del Director luego del fallecimiento de su padre. El joven Carlos Alberto, alumno brillante, estudiaba, trabajaba y al mismo tiempo enseñaba otras materias a alumnos de años inferiores. Fueron éstas las cualidades que luego lo llevaron a culminar sus estudios de Medicina en la Facultad de la Universidad de Buenos Aires. Siendo aún estudiante, la Editorial Ateneo publicó su primer libro, *Tratado de Farmacología*, que llegó a constituirse en texto oficial para la enseñanza de tal materia en la Universidad.

Luego de su graduación, en 1932, su primer trabajo fue en la más septentrional de las provincias argentinas, Formosa, donde practicó con éxito medicina general, cirugía y ginecología/obstetricia. Fue en Formosa, sin embargo, donde cristalizó su vocación por la psiquiatría, publicando su segundo libro, *Freud, un gran explorador del alma*, y decidiendo entonces retornar al Perú con tal propósito. Honorio Delgado, su tío, con quien había mantenido un fluido vínculo epistolar, más intenso desde el fallecimiento de su padre, lo orientó decididamente en esta primera etapa. Así, pudo acceder como Asistente en el Servicio de Medicina del recién inaugurado Hospital Obrero de Lima, en 1941. Al año si-



Carlos Alberto Seguín

guiente, obtuvo una beca para adiestramiento en el Instituto Neuropsiquiátrico de Hartford, Connecticut de donde pasó luego a un tercer año en la Universidad de Columbia para entrar en análisis didáctico con Richard Karpe y estudiar con Flanders Dunbar, célebre disidente del psicoanálisis ortodoxo y líder del naciente movimiento de la medicina psicosomática norteamericana.

A su retorno al Perú en 1945, Seguí comenzó su brillante carrera asistencial y docente: fundó, en efecto, el primer Servicio de Psiquiatría en un hospital general en América Latina, donde empezó a conducir actividades tales como seminarios, presentación de casos clínicos, discusiones de la literatura científica, conferencias y «experiencias grupales» que atrajeron un gran número de profesionales jóvenes y estudiantes de medicina, psicología y otras disciplinas. Muchos y destacados discípulos dan cuenta del valor histórico de aquel trabajo de décadas. El «Grupo del Obrero» fue el ancla de su fecunda obra de investigación clínica y terapéutica. Ingresó en 1946 a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de San Marcos, jefaturada por Delgado, y fue también miembro del Cuerpo de Redacción de la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, también dirigida por Don Honorio. Desarrolló la asignatura de Semiología Psicosomática que dictó por algunos años. Éstos también se caracterizaron por su creciente admiración y cultivo de la doctrina freudiana, que lo distanció de Delgado, por entonces un agudo crítico de los que consideraba rigidez extrema y excesos ideológicos de la escuela psicoanalítica. En 1962 retornó a la Facultad de Medicina de San Marcos, como Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas y Sociales, a raíz de la renuncia de Delgado y 400 docentes de Medicina en protesta por decisiones políticas que afectaban la marcha de las instituciones de enseñanza superior en el país.

En nuestra disciplina, además de la psiquiatría psicodinámica, se interesó desde temprano en temas antropológico-culturales de significación clínica tales como las formas de vida del poblador andino, la medicina tradicional y folklórica, el rol de los chamanes, el estudio de lo que él llamó el «síndrome psicosomático de desadaptación», concepción pionera del estrés de aculturación. Estimuló a sus discípulos a investigar con empeño y pasión sobre temas peruanos. Escribió casi dos decenas de libros, dentro de los cuales se cuentan *Introducción a la Medicina Psicosomática*, *Bases de la Psicoterapia*, *Psiquiatría y Sociedad*, *Amor y Psicoterapia*, *Existencialismo y Psiquiatría*, *La enfermedad, el enfermo y el médico*, *Medicinas tradicionales y Medicina Folklórica*, *Diccionario Dialéctico*. Dedicó a su hijo Gonzalo (fallecido tempranamente cuando apenas

iniciaba sus estudios médicos) un libro a la vez sólido y tierno, titulado *Tú y la Medicina*. Tradujo también, con devoción y calidad, *El Profeta* de Kahlil Gibran. Uno de sus discípulos más cercanos, Max Silva Tuesta, publicó en varias entregas los artículos periodísticos de Seguí y luego, la serie *Conversaciones con...*, una de las cuales fue dedicada al maestro arequipeño.

Probablemente la contribución más fecunda de Seguí a la psiquiatría latinoamericana tiene que ver con su participación en el grupo pionero que, constituido por él mismo, Raúl González Henríquez y Guillermo Dávila (de México) y José Angel Bustamante (de Cuba), pergeñó en Jalapa, México (1951) un primer encuentro de psiquiatras latinoamericanos que él luego registró históricamente como el primer Congreso de la especialidad en el Nuevo Continente. Se conformó entonces el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) con sede en La Habana, que inició investigaciones sobre la reacción de la familia frente al niño enfermo. La Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) se fundó en la capital cubana en 1960 y celebró su Primer Congreso oficial en Caracas, al año siguiente. Seguí presidió el Cuarto Congreso en Lima, en Octubre de 1964. Su pasión por todo lo que fuera latinoamericano dio, sin duda, un enorme sentido a su trayectoria vital y a su acervo profesional y académico.

La obra de Seguí cubrió también áreas allende la psiquiatría. La literatura, la pintura, el teatro y el arte en general, no escaparon a su visión y a sus talentos. Fue autor de varias obras teatrales, hizo periodismo ensayístico y de divulgación, cultivó la historia. En lo personal, era jovial y accesible, sencillo y digno. Eximio narrador de chistes, desde los ingeniosos hasta los sápidos o salaces, Seguí fue un «hombre para toda estación», una figura formidable de la psiquiatría continental y universal, intelectual y maestro, clínico y escritor de gran calibre. Vivió intensamente y dejó un legado también intenso, ejemplar y duradero.

Amor y psicoterapia

CARLOS ALBERTO SEGUÍN

I. LAS BASES DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Luego de la revisión hecha estamos más preparados para comprender claramente que entre médico y paciente, debe existir una relación especial que permite el acercamiento indispensable para cualquier acción efectiva. Trátese del médico en general o del especialista, no bastan, de ninguna manera, una buena preparación «científica» ni una «actitud profesional» estudiada para resolver el problema siempre presente del *hombre* que se halla antes y más allá del *enfermo*. Frente a él no se puede, ni se debe, ser «objetivo», ya que ello no haría sino traicionar nuestro deber y nuestra investidura y, en último término, derrotaría nuestros mejores esfuerzos para ayudar y curar.

Pero, ¿cuál es esa relación especial? Sólo puede ser una: aquella que no cosifique al enfermo, que respete su condición de hombre y que nos coloque frente a él como frente a un semejante, un ser igual a nosotros al que nos une, no solamente su condición humana, sino su necesidad y su reclamo. Una relación profunda y, a la vez, respetuosa; solicita y, al mismo tiempo, libre; cargada de afecto, pero no sometedora ni absorbente.

Si recordamos la revisión hecha veremos que ella se acerca al modo dual de Binswanger, al Yo-Tú de Buber, al amor-S de Maslow, al amor constante de Lain.

Siendo eso cierto en general, en el caso del psicoterapeuta y su paciente esta forma de unión interhumana se acentúa y perfila aún más, obligándonos a plantear una pregunta indispensable. ¿Es amor lo que, en estos casos, siente el médico? La pregunta es pertinente y me permite aclarar, ante todo, mi posición frente a los métodos de psicoterapia en uso.

No es necesario remontarse a la historia para hallar dos formas de relación psicoterapéutica que deben distinguirse claramente. En la primera, el terapeuta

«dirige» a su enfermo, lo guía, lo conduce y determina, en una forma u otra, el camino que debe seguir.

Esa influencia varia desde el comando directo, la imposición autoritaria sin tapujos, hasta la sugestión —a veces sutil y envuelta en una serie de velos— pasando por la hipnosis.

Es la primera la forma más primitiva de psicoterapia, la que encontramos, no solamente en el comienzo histórico, sino en la iniciación de los estudios modernos.

Recordemos que los primeros psicoterapeutas fueron los sacerdotes y los magos de las culturas precientíficas, que actuaban como representantes o vehículos de los poderes sobrenaturales a los que el paciente recurría desesperado. Era natural que se sometiera a ellos incondicionalmente y era natural que los curadores aceptaran esa sumisión y la exigieran e impusieran como indispensable.

Cuando la psicoterapia pasó a ser ejercida por el médico conservó, en cierta forma, su significado mágico, unido, quiérase o no, al arte de la medicina, y mantuvo la relación sumisa y dependiente del enfermo, relación también ligada al papel del curador en sus demás acciones. El médico es, tradicionalmente, el que «prescribe», y prescribir, desde su raíz latina, significa señalar, ordenar, determinar alguna cosa. El señala, ordena y determina: él dice al enfermo lo que debe hacer y lo que no debe hacer, lo que le está permitido y lo que le está prohibido; su papel es de neta e indiscutible superioridad, sobre la que se asienta el derecho, innegable, de orientar la vida de su paciente y «saber lo que le conviene».

Ese derecho, presente en todos los aspectos de la actividad curativa, se transfirió a la psicoterapia y se aplicó en ella desde el comienzo.

Es acaso Dubois el primero que reacciona cuando, combatiendo la sugestión, protesta enérgicamente por la imposición que el terapeuta ejercía sin tomar en cuenta la voluntad del paciente. Aboga a favor de otro procedimiento más digno de la condición humana que el sometimiento irracional a la voluntad del sugestionador y propone la «persuasión» como método curativo.

Quizás la persuasión de Dubois significó un avance en el camino hacia el respeto por la individualidad del paciente ya que, en teoría al menos, se trataba de «convencerlo» para que «voluntariamente», «racionalmente», actuara a favor de su salud; pero, dejando a un lado el hecho de que era, en realidad, una forma más de sugestión, de todas maneras, el médico imponía, aunque fuera racio-

nalmente, su punto de vista e influía sobre el enfermo para llevarlo a pensar y obrar como «debía». La creencia en la superioridad del facultativo y en su derecho de guiar a su paciente era mantenida en todo su vigor actuante.

Es con el psicoanálisis que aparece la actitud «no directiva», la segunda forma de relación psicoterapéutica a la que me he referido. Se trata, en principio, de no influir directamente sobre el enfermo sino ayudarlo a obrar de una manera libre. Ese *desiderátum* no se logra, por supuesto. Quiéralo o no, el psicoanalista se mueve en el marco de una teoría y sus interpretaciones son rieles conductores a lo largo de los cuales toda la terapéutica debe desenvolverse. Para poder sanar, el enfermo tiene, ante todo, que estar convencido de la teoría psicoanalítica y no puede llegar a ese convencimiento sin la influencia poderosa —y no solamente, por supuesto, intelectual— de su curador.

Rogers da un paso adelante proponiéndose intervenir lo menos posible, no forzar ninguna interpretación ni explicación y pretendiendo que el enfermo halle su propio camino y decida, con la menor interferencia de parte del terapeuta, el curso de su tratamiento.

Muchas críticas se han hecho y muchas pueden hacerse a la teoría y la práctica de la psicoterapia sobre tales bases, pero, innegablemente, ella pone énfasis en el respeto a la individualidad del enfermo como hombre, en su derecho a no ser llevado y traído por las ideas de su curador y en la obligación de éste de abstenerse, en todo momento, de imponer, directa o indirectamente, lógica o «emocionalmente», su posición.

Esta actitud coincide grandemente con la de los psicoterapeutas que han tomado del existencialismo algunos conceptos sobre los que asientan un acercamiento terapéutico en el que el respeto por la persona humana, en su más alta expresión, se manifiesta.

Según ellos, dos clases totalmente diferentes de relación son posibles, como hemos visto, para el hombre: la que tiene con las cosas y la que lo une a los otros hombres. No debe confundirlas, y la falta más grave que puede cometer es la de «cosificar» a un semejante, es decir, tratarlo sin tener en consideración su condición de tal: ser libre, consciente de su ser y de su libertad.

Este respeto por el hombre, esta actitud que lo coloca siempre al nivel de nuestro propio yo; que tiene presente su categoría de «semejante» y que, por lo tanto, no trata de «guiarlo», «enseñarle el camino», «dirigirlo» o «manejarlo», me parece, a pesar de que puedo discrepar con otros conceptos existencialis-

tas, la única justa para el psicoterapeuta y creo que es la que se impone en la actualidad.

Si ello es así, comprendemos la relación estrecha que la psicoterapia tiene con los conceptos del amor que más arriba hemos explicado. Ambos, la psicoterapia y el amor, son movimientos que, al dirigirse hacia valores del prójimo, producen el milagro de que esos valores se hagan vivos y asciendan cada vez más hacia una superación que lo conduzca a —tomando una expresión de Fichte— «llegar a ser el que es», sin siquiera el deseo de «mejoramiento», ni la sugestión de «debes ser así», sin que, por supuesto, haya otra cosa que una relación llena de humanidad.

Pero, si lo que el psicoterapeuta siente hacia su paciente es amor, ¿de qué clase de amor se trata? El amor no es uno; toma diferentes formas y ofrece distintos matices; varía de un caso a otro y vibra en diversos niveles. Nuestra tarea es, pues, ahora, acercarnos más a los hechos y mirarlos atentamente para ver si podemos descubrir su esencia.

II. FORMAS DEL AMOR

El amor que un ser humano puede sentir hacia otro toma diferentes formas en diferentes ocasiones y en relación con las características de los participantes. En el estudio que hemos emprendido debemos referirnos a los modos de amar, que informan la relación: 1. De amigo a amigo; 2. De padre a hijo; 3. De maestro a discípulo; 4. De sacerdote a feligrés; 5. De amante a amante.

1. El amor del amante

Creo que debemos comenzar por el último de los casos nombrados. Aquel que se refiere al amor del amante (permítase la licencia) que, en el lenguaje de todos los días, es el que está directamente unido a la idea de amor.

No pretendo, por supuesto, entrar en un estudio de este sentimiento, cosa, por otra parte, innecesaria en nuestro caso. Me parece que basta con indicar algunas condiciones diferenciadoras y calificadoras.

Ante todo, los amantes deben hallarse en paridad de posición. Esto no quiere decir que no haya, o pueda haber, superioridad de uno sobre el otro en alguna, o algunas características particulares y específicas. Todo lo contrario:

como lo anticipara en otro lugar,¹ creo que es requisito indispensable para el amor la admiración y ésta no existe si no hay conciencia de cierta superioridad. Pero ella no puede destruir el hecho de la igualdad de los amantes *como tales*, lo que significa que, reconociendo la superioridad del o de la compañera en algún aspecto, el amante, no por ello se considera inferior *qua amante*. Para que el verdadero amor de esta clase exista es indispensable que ambos miembros de la pareja estén en el mismo nivel humano, se reconozcan como seres entre los que no existe ninguna desigualdad existencial que trabe el desenvolvimiento de la relación amorosa, relación que no puede comprenderse sino como la unión de dos personas libres y equivalentes.

La segunda característica que va a detenernos es la *atracción*, es decir, la capacidad de ambos miembros de la pareja de «traer hacia sí» al otro. Puede esa atracción tener un mayor o menor componente físico o espiritual, pero no se concibe un amor entre amantes sin una atracción mutua.

Es esa atracción, precisamente, la que determina la elección de la pareja, elección que existe siempre, aunque muchas veces no sea hecha en la claridad de la conciencia y no tenga todas las características fenomenológicas del acto voluntario.

Otro rasgo esencial en el amor que estamos estudiando es el deseo de *posesión* o la experiencia de mutua pertenencia. Si bien la posesión amorosa y la pertenencia tienen características diferenciales específicas —en las que no podemos entrar ahora— ellas están siempre presentes en el amor de amantes y lo colorean definitivamente.

Por último, *last but not least*, debemos señalar en esta unión la presencia, más o menos obvia, de *sentimientos sexuales*.

No pretendo afirmar que todos y cada uno de los aspectos arriba nombrados deben hallarse en la misma forma en todo caso, pero es su presencia la que define lo que llamamos amor, en el sentido restringido de la palabra.

Son, precisamente, las características que *no* pueden existir en la relación psicoterapéutica, como el análisis más superficial nos muestra. Debemos, pues, descartar esta clase de amor como similar o cercano al que une al psicoterapeuta con su paciente, a pesar de las afinaciones psicoanalíticas que hemos tratado de estudiar más arriba.

¹ Carlos Alberto Seguin, *Tú y la medicina*, Córdoba, Assandri, 1957.

2. La amistad

La relación amistosa debe ocuparnos más detenidamente. ¿No es lo que une a médico y paciente en psicoterapia? A primera vista así lo parece, y, por otra parte, es muy común que un proceso psicoterapéutico termine en una amistad firme y duradera entre los participantes. Estamos, pues, en la obligación de estudiar más de cerca las características de este lazo interhumano en su posible importancia para nuestra comprensión de lo que el psicoterapeuta experimenta hacia su paciente.

Desde antes de Platón hallamos, en la literatura occidental, estudios muy interesantes de la amistad, estudios que pueden ilustrarnos acerca de lo que creyeron quienes más podían saber del tema.

Platón, por supuesto, en lugar de facilitarnos la tarea, la complica inmensamente, ya que nos hace a veces muy difícil, si no imposible, diferenciar la amistad del amor. Llega a decir² que «cuando la amistad se hace excesiva, llamamos a ese exceso amor».

Sin embargo, nos ha dejado un hermoso diálogo sobre la amistad. Es *Lisis*.³ En él el filósofo nos sorprende cuando, luego de un largo peregrinar por el mundo de los argumentos, termina con estas palabras:

Oh Menexeno y Lisis: qué ridículo es que dos jóvenes como vosotros y yo, un viejo que gustosamente se os uniría, imaginemos ser amigos —tal es lo que diría cualquier vian-dante— y, sin embargo, no hayamos sido capaces de descubrir lo que es un amigo.

¿Es que Platón quiso darnos a entender que la amistad no existe como tal? Es muy posible, dada su posición y la de sus contemporáneos acerca de las relaciones entre hombres. Sin embargo, hallamos en medio del diálogo algo que se repetirá muchas veces a lo largo de los tiempos: la razón de cualquier clase de amistad es la utilidad. Dice el maestro:

Si eres sabio, todos los hombres serán tus amigos, porque serás útil y bueno; pero, si no eres sabio, ni tu padre, ni tu madre, ni tus parientes, ni nadie será amigo tuyo.

Aristóteles es mucho más específico al respecto:⁴

² Platón: *Laws*, Oxford University Press.

³ Platón: *Lysis*, Oxford University Press.

⁴ *Obras completas de Aristóteles*, traducción de Patricio de Azcarate, Buenos Aires, Anaconda, 1947.

«Sólo se ama al objeto amable, es decir, el bien, o lo agradable, o lo útil. Pero como lo útil no es más que lo que nos proporciona un bien o un placer, resulta de aquí que lo bueno y lo agradable, en tanto que objetos últimos que se proponen al amor, pueden pasar por las dos únicas cosas a que se dirige el amor».

Santo Tomás, sin añadir mucho, borda los conceptos del Estagirita. Para nuestros propósitos sólo tenemos que añadir que, según estos autores, no puede hablarse de amistad si el sentimiento no es recíproco y Aristóteles lo afirma directamente:⁵

«Para que sean verdaderos amigos, dice, es preciso que tengan los unos para con los otros sentimientos de benevolencia, que se deseen el bien, y que no ignoren el bien que se desean mutuamente».

La amistad es caracterizada, pues, por: a) reciprocidad; b) igualdad; e) elección del amigo; d) similaridad de propósitos; e) algo útil, placentero o bueno que el amigo pueda ofrecer.

Fácil es comprobar que ninguna de estas condiciones se encuentra en la relación del psicoterapeuta con su paciente, desde el punto de vista del primero.

Por supuesto que, dadas las características propias de la situación, no puede pretenderse reciprocidad de sentimientos, sobre todo al comienzo del proceso. En cuanto a la igualdad, a primera vista parece una condición menos necesaria aún que en el amor. Puede hallarse amistad entre personas de muy diferente condición y de las más variadas características, personas que no podrían considerarse como iguales en ninguna forma. Sin embargo, un examen más cercano de los hechos quizás nos permita una distinta conclusión.

Si bien pueden ser amigos dos seres diferentes en cuanto sentimiento de amor, que a la consideración de la utilidad que de ella pudiéramos obtener.

Y completa su pensamiento: «Mientras mayor confianza tengamos en nosotros mismos, y nos sintamos dotados de virtud y sabiduría en grado tal que para nada necesitemos de los demás, juzgando que todo lo llevamos en nuestro propio ser, mas sobresaldremos en granjear y cultivar amistades».

Indudablemente que el discurso del romano es una hermosa pieza literaria y que los estudios de los griegos pretenden ir más allá, hacia un análisis de las

⁵ Esta doctrina, un poco egoísta, es combatida por Cicerón (De la amistad, traducción de Agustín Millares, Univ. Autónoma de México, 1958), quien expresa: «Me parece (la amistad) un sentimiento nacido, no de la necesidad, sino de la naturaleza misma, y más debido a una espontánea inclinación del ánimo».

posibilidades lógicas de la amistad. No puede, pues, juzgarse en un mismo plano, a sus condiciones personales o sociales, esas diferencias se refieren a hechos distintos del fundamental de ser amigos. Con esto quiero decir que, disímiles en todo, deben, sin embargo, estar colocados en el mismo plano *qua* amigos. Las diferencias que entre ellos existieran no pueden destruir el hecho de que son dos seres humanos a los que el sentimiento coloca a un mismo nivel. Si ello no fuera así, podría quizás tratarse de protección, de benevolencia, de caridad (en el sentido corriente del término), pero no de verdadero sentimiento amistoso que, como bien lo recalcan los clásicos, debe, para existir, ser mutuo.

Esa condición no es, por supuesto, llenada en la relación del psicoterapeuta con un paciente. Si bien habría mucho que hablar (y más adelante diré algo al respecto) sobre la posición del médico ante su enfermo en psicoterapia, es visible que ella no puede considerarse como de igualdad y la diferencia está, desde el primer momento, destruyendo toda posibilidad de auténtico sentimiento amistoso. En etapas posteriores del proceso psicoterapéutico la situación varía y una real amistad, como he dicho, puede aparecer y afirmarse, pero el hecho mismo de su «aparición» marca un cambio y prueba que no existía antes.

Ninguna de las otras características revisadas se encuentra tampoco en psicoterapia. El médico no puede elegir a sus pacientes en el sentido en que puede hacerlo con sus amigos. Si bien en la práctica, de una manera consciente o inconsciente, hace una selección, ella se basa en razones, impulsos o necesidades muy diferentes de las que informan la elección amistosa. No creo que sea necesario extenderse en el análisis de esto.

En cuanto a la similaridad de propósitos que he señalado como otra marca de la amistad, tampoco existe en psicoterapia (me refiero siempre a las primeras etapas). El paciente que busca al psicoterapeuta no es consciente de su real problemática ni se halla en condiciones de comprender los fines y propósitos del médico. Por el contrario, bien sabemos cómo se opone a ellos y cómo toda la primera parte del tratamiento debe, generalmente, desarrollarse en medio de fuertes y variadas resistencias que parecen mostrar que enfermo y médico tratan de alcanzar fines distintos por caminos diferentes.

En relación con esto creo interesante citar aún a Aristóteles, quien dice: «No es posible hacerse amigo de las personas que desagradan. La misma observación puede hacerse respecto a los excéntricos».

Si bien la primera parte parece justa, la segunda elimina, inmediatamente, toda relación de la amistad con la psicoterapia, desde el punto de vista del médico.

Por último, ¿debe el psicoterapeuta buscar en su paciente algo —como, al parecer, busca el amigo para serlo— algo bueno, útil o placentero?

Los comentaristas que hemos revisado ponen énfasis en que esa bondad, utilidad o placer deben ser referidos a quien ofrece la amistad, es decir que el amigo debe ser bueno, placentero, útil, no para él mismo o algún otro, sino para su amigo.

¿Llena el paciente, en psicoterapia, esas exigencias? Si bien el médico no puede detenerse a considerar la «bondad» de su enfermo como condición para que merezca ser atendido; si bien no debe, *conscientemente*, contar con la utilidad o el placer que le proporciona, no podemos decir lo mismo si tomamos en cuenta factores obrando a niveles distintos. Como en toda relación humana, en psicoterapia es indispensable considerar las influencias inconscientes. A todo ello volveré más adelante.

Hay aún algo que agregar. La amistad, como el amor de amantes, ha sido considerada por muchos como con cierta exclusividad y, por lo tanto, posible sólo singularmente. Volviendo a Aristóteles, él afirma:

«La verdadera amistad... se dirige por su misma naturaleza a un solo individuo».

Boswell repite este mismo pensamiento:

«El que tiene amigos —dice— no tiene un amigo».⁶

Creo que podemos concluir que, a pesar de algunas similitudes y concomitancias, lo que el psicoterapeuta siente por su paciente no es amistad. Por el contrario, es bien sabido que la amistad impide una buena relación psicoterapéutica y es un serio obstáculo para su recta evolución.

3. El amor paternal

Esta forma de relación presenta, indudablemente, un parentesco más cercano que la anterior a la que une al médico a su paciente en psicoterapia.

Bien conocida es la teoría psicoanalítica de la transferencia; los sentimientos que el enfermo experimentó por las personas importantes de su infancia,

6 Boswell, J.: *Life of Samuel Johnson LI. D.*, Londres. Enciclopedia Británica, 1952.

en este caso el padre, se *transfieren* al médico, quién, de esa manera, se convierte en una figura receptora frente a la cual el paciente revive los conflictos que quedaron irresueltos primitivamente.

No vamos a detenernos ahora en ese aspecto del asunto, puesto que lo que nos ocupa no son los sentimientos del enfermo. Me he referido ya a la llamada contratransferencia y he destacado el hecho de que ella no puede, de ninguna manera, agotar las posibilidades de la relación médico-enfermo. Trataré ahora de analizar otro aspecto más pertinente de la cuestión: lo que, desde el punto de vista de nuestro interés presente, singulariza la posición «paternal».

Creo que, en ese análisis, debemos tener en consideración: a) autoridad; b) sentimiento de una forma u otra, posesión; c) conducción o dirección; d) casi siempre, identificación.

Tratemos de examinar estas características en relación con el psicoterapeuta. Quizás el sentido de autoridad es el más difícil de erradicar y a él me referiré con detención más adelante, como derivado directamente se presenta el problema del sentimiento de posesión que el padre experimenta, en mayor o menor grado, hacia su hijo. Se trata, en realidad, de una característica de la organización familiar en nuestra cultura y va haciéndose menos importante cada vez. De todas maneras, debe hallarse ausente en una relación psicoterapéutica recta, ya que, de otro modo, distorsionaría su significado, fines y logros.

Al enfrentarnos con el tema de la conducción o dirección que el psicoterapeuta puede ejercer sobre su paciente, tocamos nuevamente uno de los problemas básicos. Ya me he referido a él en varias oportunidades y creo que poco queda que decir, como no sea el reafirmar mi posición. Sin desconocer la posibilidad, y la necesidad, de una influencia directiva —sea cual fuere su forma— en determinados casos (casos que me parecen muy contados si se estudian desapasionadamente), creo que la moderna psicoterapia no puede tener sino una orientación: la del respeto a la persona humana, la del reconocimiento de que la normalidad está en el goce de la libertad; la de que el papel del psicoterapeuta no es otro que el de *posibilitar*⁷ a su enfermo sin imponerle, ni directa ni indirectamente, ideas, sentimientos ni valores. Por otra parte, cualquier clase de dirección que se aceptara como útil estaría lejos de aquella basada en la autoridad, en la sabiduría indiscutible e indudable y en las normas compartidas que el padre representa, enseña e impone. La dirección que el psicoterapeuta

puede dar se supone alejada de prejuicios de cualquier clase, no atada a normas o líneas de conducta prefabricadas y libre de los puntos de vista particulares del psicoterapeuta, cualesquiera que ellos fueran.

Me he referido, por último, a la identificación como hallándose comúnmente presente en el amor paternal. Ya Goethe lo dijo:⁸ «Es el buen deseo de todo padre el ver realizado en su hijo lo que en él falló: es como vivir la propia existencia una vez más, usando de la mejor manera las experiencias de la primera vida».

Es verdaderamente difícil que un padre, en nuestra cultura, no se identifique, de una manera u otra, con su hijo, consciente o inconscientemente y, por supuesto, es imposible aceptar tal sentimiento en el psicoterapeuta.

Si bien en muchas oportunidades es necesario que éste, para justipreciar las reacciones del paciente, sepa *colocarse en su lugar o simpatizar con él*, esa reacción debe distinguirse, como lo hemos visto, muy claramente, de la identificación. Para ello basta recordar las características de la simpatía, distintas y precisamente diferenciables frente a todo otro fenómeno en el que los límites del yo y la intencionalidad no existen o desaparecen, como en la identificación.⁹

Erich Fromm ha visto netamente estas cosas cuando dice:

El amor paterno es condicional. Su principio es «te amo porque llenas mis aspiraciones, porque cumples con tu deber, porque eres como yo». En el amor condicional del padre encontramos, como en el caso del amor incondicional de la madre, un aspecto negativo y otro positivo. El aspecto negativo consiste en el hecho mismo de que el amor paterno debe ganarse, de que puede perderse si uno no hace lo que de uno se espera. A la naturaleza del amor paterno débese el hecho de que la obediencia constituye la principal virtud, la desobediencia el principal pecado, cuyo castigo es la pérdida del amor del padre.

Podemos, pues, concluir, afirmando que los sentimientos del psicoterapeuta frente a su paciente no pueden confundirse con los de un padre frente a su hijo, sino que, más bien, deben claramente diferenciarse de ellos.

7 La frase es de von Weizsacher según traducción de Lain Entralgo en «Medicina e Historia»

8 En «Poesía y verdad»

9 Véase lo dicho anteriormente sobre la simpatía.

4. El Eros pedagógico

Si en toda relación psicoterapéutica puede haber algo de paternal, existe, casi siempre, mucho de pedagógico. Se ha definido la psicoterapia como reeducación o recondicionamiento y ello implica, naturalmente, labor de esa clase. Nos corresponde, pues, tratar de ver si la relación maestro-discípulo puede asimilarse a la relación doctor-paciente.

No lo creo, pero considero indispensable un estudio detenido del problema.

Quizás debamos, una vez más, volver a los clásicos y, ahora más que nunca, es a Platón, el maestro por excelencia, a quien debemos dirigirnos. Su obra toda está orientada pedagógicamente, como sus diálogos lo muestran paso a paso, y es de él de quien deriva la noción del «Eros pedagógico» que debemos conocer y comprender.

Para hacerlo creo que es necesario que nos familiaricemos, en lo posible, con sus ideas al respecto.

Platón se ha ocupado del amor constantemente. En *Lisis* y *Fredo* el tema es tratado con detención, pero, indudablemente, es el *Simposium* el que nos ofrece una visión más completa, o más variada, de las ideas platónicas. En él¹⁰ es curioso notar que *Eriximaco*, el médico, es quien propone el tema de la discusión: el amor, y que Sócrates lo acepta gustosamente: «Por lo menos, dice, no seré yo quien lo combata, yo que hago profesión de no conocer otra cosa que el amor».

Luego, Pausanias comienza su intervención distinguiendo dos clases de Eros:

Es indudable, expresa, que no se concibe Afrodita sin Eros, y si no hubiese más que una Afrodita, no habría más que un Eros: pero, como hay dos Afroditas, necesariamente hay dos Eros. ¿Quién duda de que haya dos Afroditas? La una de más edad, hija de Urano, que no tiene madre, a la que llamaremos Urania: la otra más joven, hija de Zeus y de Dione, a la que llamaremos la Afrodita popular o Pandemia. Se sigue de aquí que de los dos Eros, que son ministros de estas dos Afroditas, es preciso llamar al uno celeste y al otro popular. Todos los dioses sin duda son dignos de ser honrados, pero distingamos bien a las funciones de estos dos amores.

Describe luego:

El amor de la Afrodita popular es popular también, y sólo inspira acciones bajas: es amor que reina entre el común de las gentes, que aman sin elección, lo mismo las mujeres que

los jóvenes, dando preferencia al cuerpo sobre el alma. Cuanto más irracional es, tanto más os persiguen, porque sólo aspiran al goce, y con tal que lleguen a conseguirlo, les importa muy poco por qué medios. De aquí procede que sientan afección por todo lo que se presenta, bueno o malo, porque su amor es el de la Afrodita más joven, nacida de varón y de hembra. Pero no habiendo nacido la Afrodita Urania de hembra, sino tan sólo de varón, el amor que la acompaña sólo busca a los jóvenes. Ligados a una diosa de más edad, y que, por consiguiente, no tiene la sensualidad fogosa de la juventud, los inspirados por este amor sólo gustan del sexo masculino, naturalmente más fuerte y más inteligente.

Es el Eros pedagógico que debemos examinar más de cerca si queremos comprender su verdadera naturaleza y significado.

El amor que se propone en esta forma es el amor a la belleza, encarnada en esos jóvenes que Pausanias describe, pero, y esto es importante, es un amor que se eleva por encima de quien lo inspira. Ello se ve claramente en el mismo *Simposium* cuando Platón hace que Diótima explique que ese amor no es un amor a la persona *por la persona misma*, sino por lo que ella representa y solamente como el comienzo de una escala que conducirá a algo superior y que realmente merece cualquier esfuerzo humano. Dice Diótima:

El que quiere aspirar a este objeto por el verdadero camino, debe desde su juventud comenzar a buscar cuerpos bellos. Debe además, si está bien dirigido, amar a uno sólo, y en él engendrar y producir bellos discursos. Enseguida debe llegar a comprender que la belleza, que se encuentra en un cuerpo cualquiera, es hermana de la belleza que se encuentra en todos los demás. En efecto, si es preciso buscar la belleza en general, sería una gran locura no creer que la belleza, que reside en todos los cuerpos, es una e idéntica. Una vez penetrado de este pensamiento nuestro hombre debe mostrarse amante de todos los cuerpos bellos y despojarse, como de una despreciable pequeñez, de toda pasión que se reconcentre sobre uno solo. Después debe considerar la belleza del alma como más preciosa que la del cuerpo, de suerte que un alma bella, aunque esté en un cuerpo desprovisto de perfecciones, baste para atraer su amor y sus cuidados, y para ingerir en ella *los discursos más propios para hacer mejor la juventud* (subrayando para nosotros). Siguiendo así, se verá necesariamente conducido a contemplar la belleza que encuentra en las acciones de los hombres y en las leyes, a ver que esta belleza por todas partes es idéntica a sí misma, y hacer, por consiguiente, poco caso de la belleza corporal. De las acciones de los hombres deberá pasar a las ciencias para contemplar en ellas la belleza; y entonces, teniendo una idea más amplia de lo bello, no se verá encadenado como un esclavo en el estrecho amor de la belleza de un joven, de un hombre o de una

¹⁰ Platón: *Diálogos escogidos*, traducción de Patricio de Azcárate. Buenos Aires. El Ateneo.

sola acción, sino que, lanzado en el océano de la belleza, y extendiendo su miradas sobre este espectáculo, producirá con inagotable fecundidad los discursos y pensamientos más grandes de la filosofía, hasta que, asegurado y engrandecido su espíritu por esta sublime contemplación, sólo percibe una ciencia, la de lo bello.

Y Diótima completa, más adelante, su pensamiento:

Cuando de las bellezas inferiores se ha elevado, mediante un amor bien entendido de los jóvenes, hasta la belleza perfecta, y se comienza a entreverla, se llega casi al término; porque el camino recto del amor, ya se guíe por sí mismo, ya sea guiado por otro, es comenzar por las bellezas inferiores y elevarse hasta la belleza suprema, pasando, por decirlo así, por todos los grados de la escala de un solo cuerpo bello a dos, de dos a todos los demás, de los bellos cuerpos a las bellas ocupaciones, de las bellas ocupaciones a las bellas ciencias, hasta que de ciencia a ciencia se llega a la ciencia por excelencia, que no es otra cosa que la ciencia de lo bello mismo, y se concluye por conocerla tal como es en sí.

He aquí, pues, un amor peculiar, un amor *ascendente*, que busca la belleza última como fin y que utiliza todo lo demás solamente como medio.

Pero, bien sabemos que, para Platón, la belleza última no es sino la suprema verdad y la virtud superior.¹¹ El Eros platónico no puede, pues, ser comparado con ningún amor personal, ni con ninguno de los sentimientos a los que nos estamos refiriendo. El maestro griego busca en el discípulo belleza que, por supuesto, no es solamente física, y la oportunidad para elevarse juntos, a través de *ese* amor particular, hacia una relación abstracta, hacia los valores superiores y, finalmente, hacia Dios.

¿Podemos, en alguna forma, comparar esta relación con la del psicoterapeuta y su paciente? De ninguna manera. Por el contrario, creo que el análisis nos ha mostrado claramente cuán lejos se hallan la una de la otra.

Por otra parte, y si nos alejamos del Eros pedagógico tal como Platón lo concibiera, debemos considerar, en la posición del maestro, varios hechos distintivos. Ante todo, la autoridad, que se nos presenta aquí nuevamente como componente imprescindible, autoridad que, una vez más, se usa para conducción y dirección, todo ello informando un definido conjunto de valores que el maestro

11 Diótima concluye: «¿No crees que ese hombre, siendo el único que en este mundo percibe lo bello, mediante el órgano propio para percibirlo, podrá crear, no imágenes de virtud, puesto que no se une a imágenes, sino a virtudes verdaderas, pues que es la verdad a la que se consagra?» Paso, forzosamente, por alto el apasionante problema que estas frases presentan en relación con el poder del amor para separar la ilusión del conocimiento y llegar a la verdad.

debe imponer al discípulo. Desde el punto de vista más arriba explicado, ninguna de esas características debe encontrarse en una relación psicoterapéutica rectamente conducida.

5. Ágape

Debemos estudiar ahora otro tipo de relación humana que puede considerarse similar al que hallamos entre psicoterapeuta y paciente: es la del sacerdote con su feligrés. Existen en ella condiciones en parte análogas y su diferenciación es necesaria.

Para hacerlo debemos considerar la doctrina cristiana del amor. No creo que nadie encuentre discutible la afirmación de que el amor está en la esencia misma de la religión de Cristo,¹² pero las características de ese amor deben ser estudiadas cuidadosamente.

Es el concepto de Ágape el que sintetiza la doctrina cristiana del amor. Comienza a manifestarse ya en San Pablo¹³ y con San Juan se establece definitivamente. El «Dios es Amor» del apóstol precisa los términos y enrumba categóricamente la actividad ideológica y práctica del cristianismo.

Si bien las ideas de San Pablo y San Juan han pasado a través de variadas e importantes vicisitudes a lo largo de la historia,¹⁴ su base conceptual se ha mantenido y es a la que debemos referimos.

Ya hemos estudiado las características del Eros platónico, representante del sentir de la época y la cultura, y debo ahora destacar su contraste con el Ágape cristiano. El primero, como vimos, partiendo del hombre, y a través de la rela-

12 Naturalmente que esto no vale solamente para el cristianismo. Todas las religiones superiores están basadas en el amor y hacen de él su esencia. Como un ejemplo, citaré pasajes pertinentes que a Confucio se refiere (Ricardo Wihelm: Kungtsé, Rev. de Occidente, Madrid, 1926):

«El discípulo Fan Tsch i preguntó cuál era la esencia de la moralidad. El maestro dijo: Amor al prójimo»

«Este sentimiento de amor al prójimo es para Kungtsé la máxima moralidad. La palabra china Jen está formada por los signos "hombre" y "dos". Indica, pues, la relación de un hombre con otro hombre. Así se define también. Amor al prójimo quiere decir humanidad, del amor al prójimo, no está solamente en el centro de la ética de Kungtsé, sino en general, de el centro de la ciencia. Porque para Kungtsé la ciencia es justamente el conocimiento del hombre, y la moralidad el amor al hombre».

«A un hombre sin amor al prójimo (bondad). ¿para qué le sirve la forma? ¿A un hombre sin amor al prójimo sirve la música?».

Compárase estas líneas con las siguientes del llamado «himno al amor» (Epístola I a los Corintios, XIII):

«Y aun cuando tuviera el don de la profecía, y penetrarse todos los ministerios, y poseyese todas las ciencias, y tuviese toda la fe, de manera que trasladase de una parte a otra los montes, no teniendo amor, no soy nada».

13 Vale la pena recordar nuevamente el famoso «himno al amor» que se encuentra en la Epístola I a los Corintios, XIII: «Aunque yo hablara todas las lenguas de los hombres y la de los ángeles, si no tuviese amor, sería como un metal que resuene o como una campana que retiene».

14 Véase la magnífica obra de A. Nygren: *Agape and Eros*. Filadelfia. The Westminster Press, 1953.

ción con él, trata de elevarse hacia los valores supremos en un constante movimiento ascendente. Ágape es, puede decirse, lo contrario. Si Dios es Amor, es la fuente indiscutible de todo el amor del mundo. El ama a los hombres y lo hace sin relación alguna con sus merecimientos. En realidad, el hombre no puede nunca merecer el amor de Dios y, sin embargo, lo recibe, y con ello se encuentra inmerso en él y, por él, se hace amado y amante. Así, Ágape es el amor a nuestro prójimo «en Dios», «a través de Dios»¹⁵, «por el amor de Dios». Se trata de un amor que descende, que no es realmente motivado por los otros seres humanos como tales, sino como un reflejo del amor divino que llena el universo y el corazón de los fieles.

Esto basta para distinguirlo del amor que el médico puede sentir hacia su paciente, pero puede añadirse aún más. En el amor del sacerdote por su feligrés hallamos: a) una referencia a un conjunto de valores supremos y a dogmas; b) una consideración más o menos rígida de esos valores; e) la idea de «salvación», el trabajo constante en pro de una vida posterior a la muerte; d) el concepto de «pecado», del arrepentimiento y del perdón.

Ninguna de estas características puede considerarse en psicoterapia. Más adelante estudiaremos con detalle algunas de ellas, pero es suficiente esta enumeración para convencernos de que el amor del sacerdote por su feligrés —Ágape— es diferente del que el psicoterapeuta puede sentir como tal.

¹⁵ «El significado real del amor cristiano —dice Nygren— sólo puede ser entendido si se toma seriamente en cuenta el hecho de que no es nada menos que el amor hacia Dios; depende en la relación con Dios y la experiencia del amor divino».

El Eros psicoterapéutico

CARLOS ALBERTO SEGUÍN

Creo que el estudio que hemos hecho de la relación humana en la que el amor es el determinante básico, basta para mostrarnos que ninguna de sus formas puede identificarse con la que une al psicoterapeuta con su paciente. Es verdad que hay algunos caracteres comunes, que no puede negarse un parentesco cierto, pero ello mismo nos obliga a distinguir cuidadosamente. Es lo que intentaré en las páginas que siguen.

Ante todo, quiero expresar lo que puede haberse ya sospechado: *creo que, en este caso, se trata de una forma de amor diferente y no confundible con las otras, una forma nueva de amor que debemos distinguir con un nuevo nombre: el de Eros psicoterapéutico.*

El término nos está indicando ya un camino: nos aleja del contexto sexual del amor y nos acerca a las ideas platónicas, con cuyo «Eros pedagógico» puede tener alguna relación.

Veamos que es lo que podemos decir de este fenómeno y si un estudio más detenido nos permitirá mantener su individualidad y singularidad.

Establezcamos, en primer lugar, sus características negativas, que se desprenden de lo visto anteriormente. El Eros psicoterapéutico debe hallarse libre de: a) autoridad o tendencia a la posesión, b) identificación, c) dogma, d) imposición de valores, reglas o conocimientos, e) atracción sexual.

Indudablemente, el tema de la autoridad en psicoterapia es el que más se presta a discusión. Ya he dicho algo al respecto en páginas anteriores, pero creo que no puede insistirse suficientemente. Si bien para algunas formas —las llamadas directivas o sugestivas— la autoridad del psicoterapeuta es no solamente permitida, sino necesaria, cuando nos referimos a la psicoterapia profunda, en la que se pretende, no una acción ortopédica, sino un efecto distinto, que quizás pueda solamente definirse como un conseguir que el paciente «llegue

a ser el que es», toda presión coactiva, basada en la autoridad, se presenta, no solamente como contraria a la esencia misma de tal relación interhumana, sino que la destruye inmediatamente.

Pero, y creo que ésta es una pregunta pertinente, ¿puede eliminarse la autoridad en una relación médico-enfermo? Existen razones poderosas para que la respuesta a este interrogante pudiera ser negativa. Razones de parte del psicoterapeuta y razones de parte del paciente. Este último, precisamente a causa de la transferencia, inviste al médico de autoridad y lo incita a usarla. Todo psicoterapeuta experimentado sabe bien que una de las más difíciles tareas del comienzo es la de llevar al enfermo a obrar libremente, a perder la tendencia, casi obsesiva, a apoyarse en el médico y obligarlo a colocarse en una posición directiva y autoritaria.

De parte del terapeuta la tentación es poderosísima. Ya los psicoanalistas han descrito la inclinación de los principiantes a «hacer el papel de Dios» en su relación con el paciente, y tenemos que reconocer que, si bien esa inclinación es exagerada y fácil de descubrir en un aprendiz, ella existe también, por supuesto mucho más sutil, disfrazada y difícil de desenmascarar, en terapeutas de vasta experiencia.¹

Por otra parte, no puede ignorarse el hecho de que el enfermo busca al médico precisamente por su autoridad. Él encarna el saber y el poder y él es capaz de dispensar la salud y la felicidad. No solamente se le coloca en el papel de consejero, sino en el de juez y árbitro indiscutible. Todo ello, sin embargo, en la superficie, ya que tiene siempre, como toda ambivalencia, una contraparte negativa en la tendencia a derrotarlo justamente en esa esfera. Si el terapeuta llegara a caer en la trampa, nada más fácil para el enfermo que, llevando al absurdo sus consejos o procurando inconscientemente su fracaso en la práctica, obligarlo a reconocer su derrota o, lo que es peor, a ponerse a luchar con su enfermo en el terreno al que éste, mañosamente, ha sabido conducirlo.

Sin embargo, la autoridad puede, y debe, ser eliminada de la relación psicoterapéutica como tal y todo el proceso orientarse, por el contrario, hacia la conducción del paciente al abandono de una dependencia transferencial que, si bien necesaria y útil al comienzo, debe, para el buen éxito del tratamiento, desaparecer.

Pero he aquí que nos encontramos con un problema ya tocado antes. He afirmado que una de las diferencias principales entre otras formas de amor y la psicoterapia se halla en que las primeras necesitan la igualdad entre los participantes, mientras que la última se caracteriza, precisamente por la ausencia de esa igualdad. ¿No estoy contradiciéndome? ¿No está esa desigualdad basada, precisamente, en alguna forma, inevitable, de autoridad? Ello fue remarcado poderosamente en una conversación entre Carl Rogers y Martin Buber.² No puedo resistirme a traducir sus palabras:

Buber:

Un hombre viene hacia Ud. buscando ayuda. La diferencia esencial entre el papel de él y el suyo en esta situación es obvia. Él viene a Ud. buscando ayuda. No es Ud. el que va a buscarlo. Y no es solamente eso, sino que Ud. es capaz, más o menos, de ayudarlo. El puede hacer muchas cosas por Ud., pero no ayudarlo. Y algo más aún. Ud. lo *ve realmente*. No quiero decir que Ud. no puede equivocarse, pero Ud. lo ve, como he dicho, tal como él es. El no puede, de ninguna manera, verlo a Ud. Esto, no solamente en el grado, sino en la forma del encuentro. Ud. es, por supuesto, una persona muy importante para él, pero no una persona a la que él quiere ver y conocer o sea capaz de hacerlo. Ud. es importante para él... Ud. es... Él está dando tumbos, viene hacia Ud. Está, puedo decir, enredado en la vida de Ud., en sus pensamientos, en su ser, su comunicación, etc., pero no está interesado en Ud. mismo. No puede ser. Ud. está interesado, lo ha dicho y tiene razón, en él como persona. Él no puede tener esa clase de presencia desligada...

Buber destaca claramente la diferencia de posición que el mismo hecho psicoterapéutico produce entre el médico y su paciente y tiene razón si se consideran aspectos parciales del asunto. Es verdad que la situación no es la misma, que los protagonistas están llamados —casi diría, condenados— a desempeñar papeles totalmente distintos y a colocarse en polos al parecer irreconciliables; pero no por ello dejan de ser hombres y en esa función es en la que deben ser mirados. Y el que un hombre sufra y necesite ayuda no significa que pierda su categoría de tal, ni el que otro hombre pueda, en ese momento, ayudarlo, significa que por ello se considere superior. Se trata de distintas actitudes, de diferencias circunstanciales ya que, básicamente, la condición de ser humano, con todo lo que lleva consigo, no varía en un caso ni en el otro.

¹ Ernest Jones: «The God Complex», *Essays in Applied Psychoanalysis*. Londres, Hogarth Press, Vol. II, 1951.

² «Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers», *Psychologia*, N 3:208-211, 1960.

Creo que eso es lo fundamental. Existe, por encima de las contingencias momentáneas, más allá de las posiciones eventuales, una categoría humana que trasciende todos los ropajes que la vida le coloque encima, que caracteriza la «humanidad» y que no varía con las circunstancias ni cambia con el ambiente. Se es hombre en la salud y en la enfermedad, en la riqueza y en la miseria, en la sabiduría y en la ignorancia, en la santidad y en el pecado. Quizás nunca se es más hombre que cuando se sufre *como hombre*, en tanto que hombre. En este sentido, psicoterapeuta y paciente son iguales, aunque se hallen colocados en posiciones distintas, y acaso el enfermo esté en condiciones mejores de mostrar su «humanidad» porque sufre en cuanto hombre, porque su dolor es, precisamente, aquel que el animal no puede experimentar.

Si el médico siente —más que piensa— así, la dificultad desaparece y el acto psicoterapéutico se convierte en un encuentro entre dos seres humanos que se respetan y coexisten.

Ello trae una consecuencia mayor. Las diferencias de posición tan notables que Buber recalca enfáticamente van desapareciendo en el curso del tratamiento; los participantes, caminando juntos a lo largo de una ruta de mutua comprensión y constante mejoramiento, deben terminar el proceso en una igualdad que ha preparado el camino para una amistad cierta.

Todo esto, por supuesto, elimina la posibilidad de algún sentimiento de posesión de parte del terapeuta, sentimiento que constituiría, claramente, la negación de lo que acabamos de ver y bastardearía la psicoterapia. Ese sentimiento de posesión, tan ligado a los paternos o sexuales, se encuentra en las formas de psicoterapia directiva a las que me he referido y a las que considero (lo he dicho en varias oportunidades) recursos de inferior calidad y útiles solamente como muletas ortopédicas circunstanciales.

La identificación es imposible en un tratamiento de esta clase bien conducido. Ya hemos visto antes cómo la identificación pertenece a un grupo de fenómenos completamente diferente de la simpatía y del amor. En ella no hay conciencia de la posición del propio yo, no hay conciencia de distancia ni hay, por supuesto, compasión. Se trata de la unificación afectiva cuyas características la alejan completamente de la posición psicoterapéutica. Por otra parte, desde el punto de vista pragmático, si la identificación se presentara, destruiría la individualidad del terapeuta y anularía su capacidad de ayudar.

Poco hay que decir, al parecer, respecto a la necesidad de que el proceso psicoterapéutico se halle alejado de todo dogma. Sin embargo, en la práctica, vemos cómo es fácil caer en él y cómo no se hallan libres de este peligro los más «objetivos» y «científicos» colegas. Creo que es solamente la propia maduración la que puede evitarlo y permitimos mirar la realidad ponderadamente. Y es, precisamente, ese proceso de maduración el que nos hace psicoterapeutas.

Mucho más difícil de eliminar es la imposición de valores, normas o conocimientos. Aclararé que, al hablar de imposición de conocimientos, me refiero a aquellos en los que cada escuela basa su acción. En realidad, no puede comprenderse, por ejemplo, un tratamiento psicoanalítico ortodoxo sin que el paciente, a lo largo de él, no se familiarice con la teoría correspondiente y sin que, al final, maneje los conceptos de libido, oralidad, analidad, represión, superyo, introyección, etc. Y debemos preguntarnos si no hay en esa adquisición de conocimientos una directa influencia sugestiva, una constante presión emocional, una doctrinación inevitable. Lo mismo, por supuesto, puede decirse de una psicoterapia adleriana, junguiana o cualquier otra basada en un conjunto de teorías genéticas. Es fácilmente comprensible que, si el enfermo continúa en tratamiento por un tiempo suficiente, es porque está de acuerdo con los hallazgos y con las interpretaciones ofrecidas. De otra manera, abandonaría a su médico (no deajo, naturalmente, de considerar que ese «estar de acuerdo» tiene mucho de afectivo). Desde el punto de vista del psicoterapeuta, no se trata aquí sino de un progresivo «descubrimiento de la verdad»; pero un rival de escuela o un observador no comprometido pueden ver en ello solamente una selección automática que mantiene en tratamiento a «los creyentes» y perpetúa así una posición en la que la crítica se hace imposible y en la que es fácil la formación de grupos que, hablando un idioma propio, mirando los fenómenos desde un determinado punto de vista y dirigidos a una meta común y parcial, ofrecen casi todas las características de una secta.

Nada sería más peligroso. Se trata de una limitación de la libertad y del respeto a la categoría de persona que todo ser humano posee; de la caída en una forma, no por más justificada menos negativa, de fanatismo; de una renuncia a la individualidad.

Estas razones pueden repetirse, naturalmente, con mayor énfasis frente a psicoterapias de tipo inspiracional, en las que el médico impone abiertamente, no sólo conocimientos, sino valores. Un brillante ejemplo, brillante por su vigencia actual y porque la personalidad y el talento de su propugnador lo han

colocado en el primer plano, es la logoterapia de Viktor Frankl. Si bien pretende no recurrir a imposiciones, su influencia gira alrededor de valores que son considerados primordiales y que el paciente debe adoptar como guía de su pensamiento y de su acción. Por supuesto que no se trata ahora de discutir esos valores como tales, sino del derecho que tiene el médico de forzar su aceptación. Debemos volver a lo dicho antes. Si consideramos la psicoterapia como un medio de ayudar a nuestros semejantes a «ser los que son» toda influencia dirigida, sea cual fuere, niega la esencia misma del proceso y cambia la virtualidad misma del encuentro. Puede, inclusive, reconocerse que, por medio de esa adoctrinación, se consiga «curar» al paciente; que la adopción de nuevos valores le permita superar su crisis y permanecer libre de síntomas, pero a costa de una renuncia a su libertad y de una limitación, ajenamente impuesta, de su horizonte vital. No creo que, acorde con el punto de vista que vengo exponiendo, pueda esa actitud terapéutica ser aceptada.

La psicoterapia es una forma de amor. Está basada en el amor, no paternal, ni pedagógico, ni fraterno, ni pastoral, sino en una forma distinta y característica. Es un amor basado en valores, sí, *pero no en los valores como tales, sino en los valores de la persona amada*, y si es un movimiento, como lo hemos visto, hacia la actualización (valga el término) de los más altos valores del compañero, tiene características muy especiales. No se trata de que, para amar, sea necesario que esos valores se hagan vigentes; no se trata de estimular su aparición o de guiar al amado hacia ellos o siquiera tender a una «superación». «Todo “tú debes ser tal” —dice Scheler— tomado, por decirlo así, como una “condición” del amor, destruye su esencia fundamentalmente». Se trata de que, como más arriba manifestara, se produzca el milagro y, a causa del amor, sin más que él, brote en el amado el valor más alto.³

Para terminar con las condiciones negativas del Eros psicoterapéutico, no creo que sea necesario decir mucho sobre la ausencia de atracción sexual. El psicoterapeuta que la experimentara hacia su paciente estaría, inmediatamente, limitado en su acción y, prácticamente, imposibilitado de continuarla.

3 Dice aún Scheler: «El amor mismo es quien hace que, con perfecta continuidad, y en el curso del movimiento, emerja en el objeto el valor más alto en cada caso, como si brotase «de suyo» del objeto amado mismo, sin actividad ninguna de tendencia por parte del amante (ni siquiera un “deseo”)». *OP. cit.* Scheler se refiere, por supuesto, al amor en general y no al Eros psicoterapéutico. En el mismo sentido, Antoine de Saint-Exupéry ha expresado: «El amor no consiste en mirarse el uno al otro, sino en mirar juntos, hacia afuera, en la misma dirección».

Tratemos ahora de estudiar las características positivas del Eros psicoterapéutico. Ante todo quiero destacar una: es un amor por el paciente o, mejor aun, por la persona del paciente. Lo que quiero decir es que no se trata de un amor «humanitario» que el médico debe sentir por el enfermo, como enfermo, sino de un movimiento auténtico hacia el individuo particular que se halla ante él, que es éste y no otro y que no es «un enfermo» sino un hombre. Desde el momento en que el psicoterapeuta ve al paciente como a «un enfermo», se está colocando fuera del Eros psicoterapéutico. Carl Rogers puso mucho énfasis en esto en la conversación con Buber ya referida.⁴

La segunda característica del Eros psicoterapéutico es su indestructibilidad y ella se destaca si pensamos que las otras formas del amor pueden ser anuladas por uno de los miembros de la pareja más o menos fácilmente. Si bien puede haber excepciones (excepciones en las que habría que sospechar patología), un amante dejará de serlo si su amor no es correspondido, si su compañero es infiel, si sus sentimientos chocan con la indiferencia o el desprecio. Un amigo no durará mucho tiempo si descubre que no tiene «nada en común», nada que compartir; un padre se alejará de su hijo, aunque su amor se mantenga en alguna forma, si éste muestra rebeldía, oposición o actitud negativa; un maestro desconocerá a su discípulo cuando no sea capaz de unirse a él en la búsqueda continua del camino hacia la meta de superación que se ha impuesto. Quizás el pastor sea el más fiel, quizás él no pierda su amor y su fe en su «oveja» aunque ésta parezca alejarse del redil y no sea capaz de rendirse al amor de Dios; pero ninguno como el psicoterapeuta mantendrá su amor frente a todo y contra todo. Puede el paciente mostrar la gama completa de sentimientos negativos; puede ser agresivo, hostil, intrigante, seductor, mentiroso, rebelde, incrédulo o atacante. El psicoterapeuta no dejara de amarlo. Quizás, por el contrario, todo ello aumentará su acercamiento, siendo, como es generalmente, una demostración de cuan necesitado se halla, precisamente, de ese amor.

4 Creo que vale la pena traducir el diálogo:
Buber:... Es un hombre enfermo el que viene a Ud. solicitando una forma particular de ayuda. Ahora...
Rogers: ¿Me permite interrumpir?
Buber: Por supuesto.
Rogers: Siento que, si desde mi punto de vista, ésta es una persona *enferma*, probablemente no voy a ofrecerle toda la ayuda que podría. Siento que es una *persona*. Si: alguien puede llamarla enfermo o, si ya la miro desde el punto de vista objetivo, puede ser que este de acuerdo: «Si: está enferma». Pero, al entrar en relación, me parece que si yo estoy viendo las cosas como: «Yo soy una persona relativamente sana y ésta es una persona enferma»...
Buber: Lo que yo no he querido decir.
Rogers:... no está bien.
Buber:... No quiero decir... Permitame dejar a un lado esta palabra, «enfermo».

Existe, sin embargo, una manera por medio de la cual el Eros psicoterapéutico puede ser anulado como tal; su transformación en cualquiera de los otros amores que hemos estudiado. Si el psicoterapeuta se convierte en padre, amigo, pastor, maestro o amante podrá, teóricamente, ofrecer cualquiera de esas otras posibilidades de amar, pero habrá perdido su Eros psicoterapéutico y, con él, su derecho y su capacidad para actuar en su nombre.

Que es un peligro cierto lo vemos todos los días. El psicoterapeuta debe, hora a hora, caminar, como se dice, sobre el filo de una navaja. Para ello lo ayudarán las condiciones que como tal posea pero, sobre todo, una definitiva e indispensable: *tener, en su vida como hombre, todas sus necesidades amorosas satisfechas*. Si ello no ocurre, una y otra vez se encontrará con la tendencia a usar a su enfermo para llenar el vacío existente, y una y otra vez fracasará. Es, solamente, exigirle madurez emocional, y con ella el haber probado su capacidad para llenar, en la vida, las funciones que al hombre corresponden. Es lo menos que puede pedirse a quien va a ser «posibilitador de hombres».

Pero quizás lo más característico, lo definitivamente calificativo, es la *experiencia psicoterapéutica*. Acerquémonos a ella.

Sabemos bien que el proceso de un tratamiento de esta clase sigue una serie de etapas más o menos definidas y que varían, si bien no sustancialmente, según el procedimiento que se adopte. Las primeras transcurren en una verdadera lucha que precede al establecimiento de una relación terapéutica real. Serán descritas en otra parte.⁵ Ahora interesa que estudiemos un fenómeno repetido una y otra vez a lo largo del tratamiento y que constituye, en mi opinión, una experiencia de caracteres especiales y precisos.

Paciente y médico han pasado ya horas juntos y existe un lazo positivo entre ellos que da verdadero calor y significado a las entrevistas. De pronto, en una de éstas, algo ocurre. El enfermo dice, en medio de muchas cosas, una que produce en el psicoterapeuta una especie de sobresalto interior. Su captación, más inconsciente que consciente, ha sido sacudida. Es como si el fluir de una corriente fuera interrumpido; como si, súbitamente, una cascada precipitara el agua de golpe; es, al mismo tiempo, una experiencia de aclaramiento, en la que el campo en el que las ideas transcurren se iluminara de pronto y algo nuevo apareciera, imponiéndose. Es como si se encendiera una luz y a su resplandor las sombras se hicieran corpóreas y se relacionaran las unas a las otras armónicamente;

como si se abriera un telón detrás del cual un bello fondo permitiera que las figuras que circulaban hasta entonces delante se destacaran con precisión y se unieran, adquiriendo un sentido preciso; es la experiencia del «jah!», diferente del «jeureka!», que se produce en una atmósfera cargada de sentimientos positivos —amorosos— y entre dos seres humanos. El psicoterapeuta «ha entrevisto algo». Es la primera parte del fenómeno. Generalmente no dice nada, no hace ningún gesto, pero sus sentidos, aún más agudizados, están pendientes de su interlocutor, esperando una confirmación de lo intuido. Si ella viene, la claridad se hace cenital, el orden que se había establecido se vuelve armonía, una armonía que casi palpita con su propio pulso y que lo envuelve todo. Pero aún la experiencia no es plena. El psicoterapeuta pregunta algo, demanda datos complementarios, pide nuevas asociaciones y entonces el paciente, de pronto, «ve también claro». Se repite para él el fenómeno, entra en armonía y se une a la totalidad en un momento indescriptible.

La experiencia está llena de belleza y de placer, belleza y placer que proceden, probablemente, de ese caer cada cosa en su lugar, de ese «aclararse todo» en una armonía casi musical, de ese vibrar al unísono dos personas que, juntas y merced al amor, han descubierto un nuevo horizonte.

Es fácil establecer paralelos entre el fenómeno descrito y el de la creación —artística o científica— o el «amor de amantes». Creo, sin embargo, que existen claras diferencias. Si bien la experiencia psicoterapéutica se halla, indudablemente, muy cercana a la creadora, se distingue de ella. Ante todo se trata de una creación entre dos. Para que sea plena tiene que haber la total participación de interlocutores. No se produce si, a pesar del «descubrimiento» del psicoterapeuta, el paciente no lo comparte integralmente. Es, pues, un fenómeno dual.

Se acerca con esto al amor, pero se distingue de él también ya que, si una experiencia parecida puede, indudablemente, presentarse entre amantes, en este caso el descubrimiento es de algo en común, de algo que pertenece a ambos y pertenecerá a ambos para siempre. Se trata de una claridad que, en lugar de iluminar una vida, confunde, en su deslumbramiento, dos; de una fusión hecha posible por la nueva experiencia común, fusión que tiende a unificar dos destinos. Ninguna de estas condiciones puede ser hallada en psicoterapia.

El placer que la experiencia psicoterapéutica produce en el médico es también característico. Es un placer que participa del que ocurre en la creación y del que se encuentra en el amor de amantes. Del primero se distingue porque

⁵ El proceso psicoterapéutico. En preparación.

solamente puede existir compartido, y del segundo por su total ausencia de sentimientos de posesión o sexuales.⁶

La experiencia psicoterapéutica no está solamente cargada de placer momentáneo, sino que tiene efectos posteriores notables. Uno de ellos es el reforzamiento de la relación afectiva entre los interlocutores. Cada episodio deja, con la sensación de algo valioso realizado, una clara emoción de acercamiento tierno y claro. Es como si una cosa muy personal hubiera sido compartida, y ese hecho bastará para ligar poderosamente a ambos participantes. Es la comunión, distinta fundamentalmente de la comunicación y de trascendental importancia en toda real intimidad humana.

He dicho que se trata, además, de una especial reacción como la que se produce luego de una realización valiosa, y ello nos conduce nuevamente al parentesco de la experiencia psicoterapéutica con la creación y señala, nuevamente, la diferencia decisiva: la de ser *comunal o dual*.

Podemos, pues, afirmar que la experiencia psicoterapéutica en un ejemplo notable de fenómeno en el que se mezclan características de la creación y del amor: es una creación a dos, lo que le da, indiscutiblemente, esencial singularidad.

Podemos ahora volver la vista a los diferentes estudios a los que nos hemos referido y quizás comprender mejor el Eros psicoterapéutico.

Se trata, indudablemente, de una relación Yo-Tú con todas las características que Buber le adjudica y que pertenece, por otra parte, al modo dual de Binswanger. Podemos también encontrar fácilmente en él los rasgos del amor-S de Maslow.

En otras palabras: el Eros psicoterapéutico es una de las más diferenciadas formas de relación interhumana, una forma en la que se manifiestan las posibilidades supremas del espíritu y que, por lo tanto, es capaz de las realizaciones más puras y satisfactorias. Esto no creo que pueda discutirse. ¿Hay algo más lleno de «humanidad», de verdadero y auténtico amor, que el impulso a colocarse al lado de un semejante y mantenerse allí pase lo que pase, acompañarlo en la superación de sus dificultades, gozar con sus triunfos, ser testigo del despertar de sus posibilidades mejores, es decir, estar presente en la batalla librada por un hombre para renacer, vivir con él ese renacimiento en una comunión

apasionada y todo ello sin ningún sentimiento de posesión, sin ningún afán de usufructo posterior, sabiendo que, una vez logrado el éxito, ese ser humano se incorporará a la vida y se alejará triunfador para confundirse con la corriente actuante de la humanidad, mientras otro necesitado acudirá a nosotros a buscar nuestro inagotable, no egoísta, eternamente fresco y eternamente satisfecho Eros psicoterapéutico?

6 Muchas de las características señaladas relacionan la experiencia terapéutica con las «experiencias-cumbre» (*peak-experiences*) descritas por Maslow. (A. Maslow: «Lessons from the Peak-experiences», *Western Behavioral Sciences Inst. Report*, N 6.).

Humberto Rotondo Grimaldi (1915-1985)

RENATO D. ALARCÓN

La influencia formativa de Humberto Rotondo sobre generaciones de psiquiatras, el carácter innovador de su trabajo de investigación de la realidad peruana en sus características psicológicas y culturales, su empeñada aplicación creativa a la dura tarea de la asistencia especializada y su huella indeleble en la labor educativa desde la divulgación en la comunidad de los principios básicos de la Salud Mental hasta los niveles académicos más diferenciados, para solo mencionar sus facetas más relevantes, hacen de él una figura representativa de la psiquiatría peruana con irradiación continental. Su obra se inscribe, en armonioso conjunto, en los grandes postulados de la psiquiatría social y comunitaria.

Humberto Rotondo Grimaldi nació en el Callao el 4 de junio de 1915. Vivió años decisivos de su infancia en la ciudad de Monópoli, a orillas del Mar Adriático, próxima a Bari en el sur de Italia, donde cursó la instrucción primaria. Rotondo se benefició, sin duda, del estilo clásico y el horizonte humanístico de la enseñanza europea. De regreso al Perú, no pudo empezar sus estudios médicos debido a un receso en la Universidad de San Marcos, entre 1931 y 1934, por lo que viajó a Santiago de Chile. Retornó luego a Lima, graduándose en la Facultad de Medicina de San Fernando. En su época sanfernandina estuvo asociado a Carlos Gutiérrez-Noriega, eminente psiquiatra e investigador en el campo de la farmacología, mentor y co-autor del primer artículo de Rotondo, en 1937, cuando cursaba el tercer año de medicina. Ingresó a la enseñanza universitaria en 1938 como ayudante de la Cátedra de Farmacología, y en 1941 fue nombrado jefe de prácticas. Publicó y presentó en años siguientes una notable serie de trabajos sobre farmacología y psiquiatría experimental, en eventos científicos nacionales e internacionales.

En los años finales de la carrera médica se aproximó al Profesor Honorio Delgado, la figura más notable de la Escuela Peruana de Psiquiatría. Su interés

por los aspectos experimentales y clínicos francamente orientados a la psiquiatría se refleja en la tesis presentada en 1942 para optar el grado de Bachiller en Medicina, intitulada «Fenomenología de la intoxicación mescalínica y análisis funcional del pensamiento en su curso». Este notable trabajo, que fue el primero con alucinógenos realizado *in anima nobile* en el Perú, tuvo como sujetos de experimentación al propio Rotondo, acompañado por otros dos jóvenes colegas, con observaciones en el servicio del Profesor Delgado, quien auspició la tesis conjuntamente con Gutiérrez-Noriega. Se puso entonces en evidencia la extraordinaria capacidad de Rotondo como fino psicopatólogo y semiólogo, características constantes a lo largo de su vida profesional.

Graduado de Médico-Cirujano en San Marcos en 1942, obtuvo una beca de la Fundación Rockefeller para especializarse en psiquiatría en la prestigiosa Clínica Psiquiátrica Henry Phipps de la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland. Tuvo el privilegio de formarse junto con John C. Whitehorn, destacado sucesor de Adolf Meyer. Siguió también cursos y seminarios en la Fundación William Alanson White de Nueva York al lado de notables figuras de la psiquiatría y la socioantropología en los Estados Unidos de Norteamérica, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm y Ruth Benedict, que marcarían indeleble influencia en una etapa decisiva. Sullivan sería, en adelante, su cantera mayor de referencia, con los complementos socio-culturalistas derivados de Erich Fromm, Ruth Benedict, Bronislaw Malinowsky, Ralph Linton y Margaret Mead, entre otros.

De regreso al país, se incorporó como médico residente del servicio de admisión del Hospital Larco Herrera en 1946 y fue nombrado Jefe de Clínica en la Cátedra de Psiquiatría de San Fernando en 1945. Un año después, ya como Profesor Auxiliar, fundó el curso de Psicología Médica para alumnos del segundo año de medicina. Materia básica para la preparación psicológica fundamental del futuro médico. También en 1946, Rotondo se encargó del dictado del curso de Psicología General, que se ofrecía en el segundo año de pre-médicas en la Facultad de Ciencias de San Marcos.

En 1957, Rotondo pudo organizar un primer grupo de investigación en el campo de la psiquiatría social. En aquel tiempo, los aluviones migratorios concentrados en los llamados eufemísticamente «pueblos jóvenes», sólo representaban alrededor del 9% de la población de la Gran Lima; 25 años después pasarían del 36%, pero Rotondo vio con ojos pioneros la relevancia socio-psiquiátrica de este fenómeno. Parte del resultado de estas investigaciones

se encuentra reunido en el libro, *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*, publicado en 1963. El volumen incluyó solamente la investigación efectuada en el área tugurizada de Mendocita y en la comunidad rural de Pachacámac, pero se constituyó en un auténtico clásico de la psiquiatría social en América Latina.

Don Humberto dedicó también su energía y esfuerzos en el campo asistencial con la creación del segundo hospital psiquiátrico en Lima, que lleva el nombre del gran prócer de la psiquiatría peruana, Hermilio Valdizán, y en el área docente asistiendo al desarrollo de la recientemente creada Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, en Arequipa. En 1966, Rotondo reingresó activamente a la docencia «por la puerta grande» al ganar el concurso para Profesor Principal de Psiquiatría de la Universidad más antigua de América. Dio impulso entonces a la «segunda especialización» o programa de Residencia en Psiquiatría, con nivel universitario. Rotondo, como auténtico *scholar*, utilizó cuanta oportunidad le fue posible para mantenerse a la vanguardia del conocimiento en los campos de su preferencia. Así, por ejemplo, mantuvo un contacto asiduo, hasta el fin de su vida, con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Entre 1965 y 1974, fue miembro del grupo nuclear encargado de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) para la sección de Nomenclatura y Clasificación de las Enfermedades Mentales. Y entre 1979 y 1982, formó parte del grupo de expertos de la OMS. sobre estandarización, nomenclatura y terminología de los Programas Internacionales de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales y de los problemas relacionados con el alcohol y drogas.

Tras un intenso período de investigaciones en el campo social, Rotondo se volcó al estudio de la familia en relación con la salud mental, a la epidemiología psiquiátrica, la preparación de un diccionario de términos usuales en psicología y psiquiatría, a los aspectos prácticos de la organización hospitalaria y a la enseñanza de la psiquiatría. Se debe relevar también la preparación de instrumentos de exploración clínica y la selección de lecturas indispensables en la enseñanza del pregrado. En sus últimos años, se propuso el estudio sistemático de la psicopatología de la conducta no verbal. Rotondo colaboró como redactor de la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, la *Revista Psiquiátrica Peruana*, la *Revista Peruana de Psicología* y el *Boletín del Departamento de Higiene Mental*. Su último esfuerzo en este sentido fue la fundación de la *Revista Peruana de Psiquiatría Hermilio Valdizán*, órgano del Cuerpo Médico de «su» hospital, cuyo primer número se dio a la estampa en el primer trimestre de 1983.

La figura de Rotondo emerge señera por la noble contextura de su personalidad, su excepcional tono moral, su generosa capacidad de entrega, su exquisita sensibilidad social. Pero todos los adjetivos que tratemos de utilizar en un afán de aproximarnos a este maestro auténtico quedarán cortos ante la real dimensión de su eficaz tránsito vital y a la autenticidad de su mensaje intelectual.

Cultura de la pobreza, salud emocional y vida de familia

HUMBERTO ROTONDO GRIMALDI

|
Nuestra contribución a este Simposium lleva el título cultura de la pobreza, salud emocional y sistemas de orientación de la familia. A este respecto nos ha parecido pertinente hacer una revisión del concepto de «Cultura de la Pobreza» destacando primero sus características y segundo sus relaciones con el funcionamiento personal y con el de los grupos familiares que en ella estén sumidos.

Se ha acumulado evidencia de que asociadamente a la pobreza se da un conjunto significativo de valores, de ciertas formas de comportamiento interpersonal y de organización de la familia de algún valor funcional o defensivo del tipo de ajuste, pero que en último término a través de sus repercusiones psicológicas, tienden a mantener o perpetuar el sistema de desintegración social y de subdesarrollo en que se hacen presentes.

Nos vamos a referir: 1° a sus notas características, 2° a su valor funcional y 3° a los diversos riesgos que puede ofrecer. Fue Oscar Lewis, antropólogo norteamericano, el que empleó el término de «cultura de la pobreza» al encontrar sorprendentes similitudes «psicológicas y sociales» en muy diversos grupos humanos: mexicanos, ingleses, norteamericanos, puertorriqueños, que tenían el denominador común de la pobreza. Según parece —concluía Lewis— «la cultura de la pobreza atraviesa las fronteras regionales, urbano-rurales e incluso nacionales». En los países desarrollados, la pobreza de grandes sectores de la población condiciona una verdadera sub-cultura cuyos integrantes se hallan profundamente limitados e incapacitados, no solo por factores externos sino por trabas internas que impiden su contribución productiva y su posible autorrealización personal. Esto es de gran actualidad en los Estados Unidos y ha dado origen a un programa especial de «Lucha contra la Pobreza», iniciándose

una serie de estudios de tipo sociológico como condición previa a las enmiendas correspondientes.

En los países subdesarrollados, aún más extensos sectores crónicamente pobres plantean problemas especiales, condicionados por la ausencia de un cierto nivel general más diferenciado y rico, con todas las limitaciones que esto entraña para las posibilidades de ascenso social, con el bajo punto de partida inicial debido a la pobre educación recibida, a las expectativas frustradas por la ausencia de empleos que puedan elevar el nivel de vida, aparte de una serie de condiciones psicológicas de falta de confianza en sí y en los demás, de fatalismos y de pesimismo que pueden traducirse en una motivación disminuida para una posible contribución al desarrollo.

Los que han estudiado esta cultura de la pobreza como sistema social, cultural y psicológico, han observado una notable semejanza de la estructura familiar que se caracterizaría por una cierta inestabilidad y matricentrismo, autoritarismo machista en los hombres, lazos de parentesco amplio bastante extendidos y vigentes, una orientación dirigida hacia el presente en cuanto al tiempo, gran urgencia para la satisfacción de necesidades y apetitos; en cuanto al pensamiento una tendencia hacia lo concreto, a lo personal y con respecto a la vida y a los demás una actitud indiferente, escéptica, suspicaz y fatalista.

Estudios intensivos de muestras representativas de personas sumidas en esta cultura de la pobreza han evidenciado un síndrome de personalidad modal o formas frecuentes de tipos de personalidad con cierta tonalidad depresiva, disposiciones pasivo-dependientes y una escasa diferenciación de los sistemas interiores de control o de regulación. Los mayores puntos de congruencia en diversos estudios como los de Spinley, Langner y el de nosotros, serían los siguientes: 1) un débil super-yo, 2) un yo poco robusto con falta de tolerancia a la frustración, 3) actitudes de desconfianza y de suspicacia en las relaciones interpersonales, 4) un predominio de tendencias depresivas y dependientes, 5) sentimientos de inferioridad y de inadecuación, una baja estima de sí mismos, 6) una tendencia a exteriorizar los problemas y 7) una disposición a creer en la fatalidad o en la suerte, posibles mecanismos de defensa.

Usando técnicas de tipo epidemiológico en la población general, diversos estudios muestran una mayor frecuencia de síntomas psicológicos y somáticos en comunidades desorganizadas, en las cuales la pobreza es variable importante y al parecer fundamental. Alexander Leighton en investigaciones llevadas a cabo en una provincia atlántica del Canadá y entre los Yoruba de Nigeria,

halla una mayor prevalencia de síntomas psicológicos de importancia en comunidades desintegradas caracterizadas por un conjunto significativo de pobreza, hogares desorganizados, hostilidad, escasa comunicación, pobre liderazgo y confusión cultural.

Una comparación de los resultados de una investigación epidemiológica en una población pobre asentada en una área de desorganización de Lima arroja sorprendentes similitudes con lo encontrado en el sector socio-económico inferior de una población del área central de Nueva York, la zona llamada Midtown, sometida a un estudio especial por un equipo de Psiquiatría Social de Cornell.

Cuadro I. Frecuencia de síntomas psicológicos en la población general

	Mendocita	Clase Midtown-inferior	Clase media	Clase elevada
Alcoholismo	10.4%	6.6%	4.5%	2.7%
Ansiedad	44.2%	73.0%	69.8%	69.6%
Depresión	31.2%	36.2%	23.9%	11.1%
Actitud esquizoide	32.2%	19.5%	18.5%	7.9%
Actitud suspicaz	50.2%	40.3%	29.0%	16.4%
Actitud dependiente	54.8%	36.0%	28.8%	17.1%

Se advierten similitudes entre los resultados de estudios efectuados aquí, en los sectores pobres, y los de estudios realizados en sectores pobres de países más desarrollados (U.S.A.).

Cuadro II. Porcentaje de acuerdo a ciertas declaraciones de la escala de anomía de Srole (Midtown-New York)

	Clase inferior	Clase media	Clase alta
No es justo traer niños a este mundo	32.0%	17.8%	5.9%
La situación del hombre común se está haciendo peor	48.0%	28.6%	11.6%
No se puede confiar en otras personas	64.5%	52.0%	26.4%
La gente no se preocupa de lo que le sucede a su prójimo	53.5%	40.1%	23.4%
Los funcionarios públicos no se interesan en los demás	60.8%	54.3%	40.9%

Cuadro III. Porcentaje de acuerdo con las declaraciones de la escala de Moral (Mendocita-Lima)

El éxito en la vida depende más de la suerte que de la habilidad real	70.5%
Cada día el porvenir se muestra más negro	77.0%
Nadie se interesa por lo que ocurre a la gente	39.0%
El soltero tiene más ventajas y posibilidades que el casado	52.0%
Muchos hijos son una carga	52.0%
No hay realmente nada importante en la vida	58.0%
En general los policías son honrados	45.0%

Como vemos hay claras coincidencias en cuanto a pesimismo, suspicacia, sentimiento de falta de apoyo de parte de los demás, dependencia y síntomas depresivos.

Después de esta breve referencia a los valores dominantes, actitudes y síntomas psicológicas más frecuentes en la población general de la «cultura de la pobreza», nos ocuparemos sumariamente del contexto social o del sistema en que se encuentra sumidos sus integrantes. La pobreza se correlaciona positivamente, en una comunidad determinada, con una serie de variables, indicadoras de desorganización social. Estas serían de acuerdo a las hipótesis que ya ha comprobado Alexander Leighton: 1) una alta frecuencia de hogares desintegrados o incompletos, 3) líderes escasos e inefectivos, 4) recreación escasa e inadecuada, 5) alta prevalencia de hostilidad, 6) alta prevalencia de enfermedades de todo tipo, 7) alta prevalencia de crimen y delincuencia, 8) pobres sistemas de comunicación interpersonal, 9) confusión o desorientación de valores, 10) una extendida secularización y 11) rápidos cambios sociales.

El sistema social que acompaña a una mayor o menor pobreza desde un punto de vista funcional no permitiría la adecuada satisfacción de las necesidades básicas humanas y no facilitaría la emergencia de las llamadas necesidades superiores debido al fracaso de los sistemas de seguridad y a la parquedad de medios educativos, en el hogar y fuera de él, que aseguren un mejor desarrollo personal.

Los que se encuentran sumidos en la «cultura de la pobreza» están sometidos a una serie de riesgos que entrañan amenazas y cuando se materializan representan otras tantas sobrecargas y *stresses* desde todo punto de vista. De un lado la alta tasa de morbilidad, de otro la reducida expectativa de vida afectan a los grupos familiares, descompensándolos y desintegrándolos. La alta pre-

valencia de hogares o familias incompletas, de otro lado, se debe a factores de inestabilidad vinculados a las actitudes masculinas que llevan a eludir responsabilidades, a la doble contabilidad sexual, a las múltiples relaciones maritales consiguientes.

En áreas de mayor desorganización entre nosotros hemos comprobado una más alta frecuencia de familias incompletas. Vemos que para el área estudiada por nosotros, área de suma pobreza y desorganización tenemos 16.3% de familias incompletas de hogares desorganizados por perder a los jefes, ya sea por muerte o desertión. En cambio en los llamados barrios marginales donde se instalan parejas con hijos y con una actitud más esperanzada, hay solamente un 6.3% de familias incompletas.

Los grupos incompletos o familias incompletas están en una mayor prevalencia en áreas de mayor desorganización y a su vez están en relación con una mayor frecuencia de desordenes emocionales como lo hemos verificado entre nosotros en estudio epidemiológico en la población general, y como es bien sabido a través de investigaciones utilizando población hospitalizada. (Morton Kramer, U.S.A.). Dejamos por la brevedad del tiempo, una mayor discusión sobre el impacto en el bienestar del grupo familiar producido por la pérdida de alguna de las figuras significativas, señalando sí graves riesgos que esto entraña para las familias numerosas.

Otros riesgos, en la llamada cultura de la pobreza, están en relación, al mayor volumen de los grupos domésticos.

Cuadro IV. Porcentaje de distribución de grupos domésticos y población en grupos domésticos por tamaño de los mismos

País	Total	1	2	3	4-5	6+	Desconoc.
Perú (1961)							
G. domésticos	100	7.2	10.1	12.2	27.6	38.3	4.6
Población	100	2.2	6.3	11.4	38.9	41.2	
Venezuela (1961)							
G. domésticos	100	8.8	10.0	12.4	24.9	43.9	
Población	100	1.6	3.7	7.0	21.0	66.7	
Estados Unidos (1960)							
G. domésticos	100	14.0	28.0	18.4	28.2	11.4	
Población	100	4.2	17.1	16.8	37.6	24.3	

U.N Boletín Demográfico, 1963

En primer término señalaremos que en un grupo doméstico están incluidas las personas que habitan bajo el mismo techo. Aquí tenemos el grupo constituido por un solo individuo, por dos, por tres, de cuatro a cinco y de seis ó más. Veremos que en el Perú hay un 38.3% de grupos domésticos formados por 6 ó más personas. En los Estados Unidos apenas hay 11.4% de grupos domésticos constituidos por seis o más personas, esto nos está indicando que entre nosotros hay un gran problema condicionado por la congestión en las unidades de vivienda.

Como se puede ver, en el Perú un alto porcentaje de la población vive en grupos domésticos de 6 o más miembros, lo que significa una congestión obvia por casa habitación. Esta situación implica una serie de riesgos para la salud física y emocional de quienes viven en condiciones de densidad tan elevada por casa habitación. Desde un punto de vista ecológico casas habitaciones pequeñas con un elevado número de habitantes favorece una mayor interacción entre ellos, aumentando los riesgos para la transmisión de enfermedades comunicables y creando problemas especiales para el caso del enfermo crónico que se encuentra en el domicilio. En cuanto a los problemas de tipo emocional estos se incrementan cuando las gentes que se encuentran en conflicto entre sí se ven constantemente. Interaccionan con mucha frecuencia debido a que obligadamente tienen que verse todo el tiempo. Las tensiones intrafamiliares aumentan por la facilidad de las interacciones y por la dificultad, casi la imposibilidad, de aislarse transitoriamente, que podría aliviar riñas y discusiones.

La pobreza y la habitación pequeña, su frecuente acompañante, parecen condicionar una serie de actitudes que proporcionan mayores desventajas a quienes se hallan sumidos en la «cultura de la pobreza».

La vida en común persistente, constante, en espacios reducidos es un factor de *stress*, de fatiga, que suele acompañarse de irritabilidad, de creciente susceptibilidad. Para muchos no hay tiempo ni oportunidad para estar a solas, recogerse en silencio; aun las noches mantienen esa situación, agravada por las escenas que los padres ofrecen a sus hijos. James Plant estudiando este fenómeno de la congestión destacaba ya hace algunos años su influencia negativa sobre la formación personal a través de lo que el llamaba un permanente mecanismo de desilusión de las figuras ó tipos ideales. Las gentes, en esas circunstancias, son vistas así tal como son y no como uno quisiera que fueran y esto, en determinada época de la vida, es realmente destructivo y puede llevar a una suerte de temprana e indiscriminada falta de confianza en los demás.

En lo que atañe a la repercusión de esta situación sobre la organización de las tendencias sexuales de los menores de edad, vale la pena mencionar, exclusivamente, la perpetuación del ejemplo, la temprana identificación con un modelo a veces brutal, no siempre respetuoso de la mujer y que no supone esperas.

La cultura de la pobreza es la cultura de la privación y de la inseguridad, pero esto no significa necesariamente un mismo nivel de pobreza absoluta, ni que sea vivida por todos y cada uno de sus integrantes de una misma manera. El contacto con otros grupos, directa o indirectamente, puede movilizar aspiraciones e iniciarse así paralelamente a la pobreza objetiva, absoluta o moderada, una nueva forma de pobreza que podría denominarse pobreza subjetiva, que no es otra cosa que el sentimiento de privación que se instala cuando los logros no se acercan a las aspiraciones, pero éste es un asunto que depende, tanto de las limitaciones internas —innatas o adquiridas— cuanto de las limitaciones externas en relación a un desarrollo insuficiente a nivel nacional y regional.

II

Complementando esta revisión, damos cuenta de ciertos aspectos personales o subjetivos de la vida de familia de los integrantes de una muestra representativa de mestizos serranos, de clase social inferior, y del tipo llamado mestizo reciente o «emergente». Este es un grupo largamente expuesto a los efectos del fenómeno de la urbanización y que no ha tenido mayor éxito en lo que atañe a su ascenso social, pudiéndosele incluir dentro del conjunto de inmigrantes que no han logrado alcanzar muchas de sus aspiraciones.

La familia de orientación o de procedencia de los representantes del grupo acá estudiado denotaba desequilibrios. En cierto sentido destacaba como matricéntrica y desintegrada tempranamente; la función paternal no siempre complementaba a la maternal, produciéndose consiguientemente, problemas de orientación y en relación al mantenimiento de sus miembros menores. Interesaba un estudio de la familia establecida por nuestros probandos, o sea de la familia de procreación, y es de ella que ofrecemos, ahora, información sobre algunos aspectos psicológicos-sociales de su funcionamiento.

Estudiamos 80 sujetos, la mitad varones y la otra mitad del sexo femenino pertenecientes a algún tipo de grupo doméstico. Cada una de las mitades atendiendo al sexo, se dividió a su vez en dos sobre la base de su salud emocional, un grupo denominado I, integrado por sujetos con buena salud emocional, y otro llamado II, compuesto por sujetos con deficiente salud emocional.

En el grupo de mestizos serranos estudiados, el grupo doméstico más frecuente es el de la familia nuclear, pero en una proporción mucho menor que la comprobada en barriadas marginales.

El tipo de familia agregada, o sea una familia nuclear a la que se han asociado otros parientes para vivir bajo un mismo techo, es más frecuente en este grupo comparativamente al de la población general de edades estudiada por nosotros, que esta integrada no sólo por este tipo de mestizos serranos sino por mestizos costeños y «criollos» nativos de la ciudad de Lima.

En este grupo abundan los matrimonios sin hijos, ya de edad madura y largo tiempo residentes en Lima, y los grupos heterogéneos constituidos por parientes, entre los cuales no se dan relaciones filiales o por amigos.

Las experiencias de satisfacción en el hogar. Aquí vienen ciertos hallazgos de sumo interés para los que tienen preocupación por estos problemas de población.

Una de las mayores satisfacciones que refieren esos mestizos es la proporcionada por la relación con sus hijos. Esto lo manifestaron tanto en el grupo con buena salud emocional cuanto en aquel caracterizado por una deficiente. Así, el 45% dice sentirse más contento «cuando están en casa con sus hijos», «cuando están todos reunidos». Esta experiencia de satisfacción hogareña la califican como de su «mayor alegría actual». Otras formas de expresarla son las siguientes: «me siento más contento cuando estoy en el hogar», «con la familia», «al estar en casa».

Esta satisfacción básica se relaciona evidentemente con el valor que tiene la familia inmediata, y los parientes, en este grupo de mestizos serranos. Sin embargo, es posible advertir que los hijos resultan la fuente principal de su contento o felicidad y luego el «estar en familia», el cónyuge.

Interesantemente este tipo de respuestas semejan a las halladas en la investigación de Gerald Gurin y colaboradores en una amplia muestra representativa de la población norteamericana. Entre nosotros se da con la singularidad de que es mayor la frecuencia de este tipo de respuestas en la población de mestizos serranos estudiada. Sin duda alguna estamos frente a sentimientos positivos enfocados en la misma familia y que a través de su operación son un claro factor de integración en el medio urbano. Es notoria, sin embargo, cierta ambivalencia a propósito de los hijos y de la vida marital, como veremos después, pero en buena parte de nuestros casos parecen preponderar las fuerzas de un carácter integrativo. Esto es algo que merece lo tengan en cuenta aquellas personas de-

dicadas a promover la organización de las comunidades y la buena marcha de las familias.

De otra parte, el hogar es fuente de satisfacciones y apoyos para los fines de la equilibración emocional. Cuando las cosas van mal, encuentran en primer término, una compensación en los hijos, luego en la familia y en el cónyuge. Así obtienen «consuelo en sus hijos» el 45% de los probandos de ambos grupos; en los parientes el 7.5% del primer grupo y 17.5% del segundo. Menos consuelo hallan en el cónyuge: apenas el 5% y 15%, respectivamente, lo cual guarda relación a las frecuentes tensiones existentes entre ellos.

Escasísimas son las personas que obtienen consuelo en la «Iglesia» 5% o en el trabajo 2.5%. En el grupo de la equilibración emocional, las transacciones interpersonales fuera del hogar y de los parientes, sanguíneos, políticos o espirituales. Son escasos los que obtienen consuelo en la «amistad» o en el «prójimo», solo el 2.5%.

La mayor alegría actual son los hijos, el esposo, la familia y el hogar en un 55% y 60% en el primero y segundo grupo, respectivamente. Una persona dice así: «Mis hijos me han alegrado la vida y mi hogar, ellos me brindan la felicidad». «Lo que me hace seguir son los hijos, ellos me han salido buenos, mi mayor alegría es estar al lado con mi familia», el primero es un inmigrante de Hualgayoc y el segundo de Apurímac.

En menor proporción 12.5% y 17.5% declaran que su mayor alegría es trabajar, tener oficio. Resulta comprensible, en función de sus ocupaciones pobremente remuneradas, que muy pocos hagan referencia a la alegría «por tener dinero», solo el 2.5%.

No hay muchas referencias a alegría por asistir a espectáculos solo 2.5 %, «dar paseos» 2.5 %. En otro estudio dimos cuenta de la reducida actividad recreativa de esta población, en la que llevan la peor parte las mujeres .

Al hacer una evaluación de su felicidad en función de las diversas épocas de su vida pocos sostienen que la tienen en la actualidad, solo 10%. La mayor parte considera que fue durante la niñez 35% y 42% y menos en la juventud el 10% y el 12.5%. Sin duda alguna, estas declaraciones denotan una deformación del pasado, pues esta información contrasta con la referente a la situación en la familia de origen.

Una cierta proporción, en ambos grupos, hace mención de que la época más feliz fue la soltería, con la singularidad de que esto lo dijeran tanto los varones como las mujeres. A este respecto vale la pena mencionar los resultados de

una investigación paralela, ya publicada, que muestra una elevada prevalencia tanto en este grupo como en otros del área estudiada, de la opinión de que «el soltero tiene más ventajas y posibilidades que el casado».

Opiniones y expectativas recíprocas de los cónyuges. El 57.5% de los del grupo con buena salud emocional y el 67% de aquellos con deficiente salud emocional dan cuenta de una buena opinión hacia ellos de sus respectivos cónyuges. Así manifiestan: «me quiere», «me ayuda», «me atiende». Esta percepción sin duda alguna tiene un fuerte componente subjetivo pues resulta inconsistente con otra información reveladora de fuertes tensiones en la relación conyugal. Una persona de Caraz de un lado nos decía: «A mí me envidian por mi marido...» después de haber manifestado: «Nuestro hogar actualmente no es feliz, mi marido me quiere poco».

Los pleitos hogareños más frecuentes son los debidos a celos; siguiéndoles los ocasionados «por incomprensión», «hijos» y «chismes». Los pleitos motivados por celos ocurren en un 65% en aquellos del grupo II y en un 32.5% en los del primero. Este hecho revela claramente una extendida percepción de infidelidad en toda esta población mestiza; en todo caso también expresión de inseguridad y expectativa de infidelidad.

Aparte esta motivación, se tienen moderadas referencias en ambos grupos, a «pleitos por los hijos» 7.5% , «incomprensión» 7.5%, «chismes» 5%, «cosas de la casa» 2.5%.

Tan extendido está el pleitear y reír entre los cónyuges que únicamente el 7.5% en el grupo con mejor salud emocional informa que no tenía pleitos de ninguna clase. Esto es lo que ocurre con otros grupos de clase social inferior en muy diversas áreas nacionales.

Guarda relación con este hallazgo la frecuente comprobación de agresividad dirigida hacia la mujer, sobre todo bajo la acción del alcohol. Esto es una característica verdaderamente singular entre nosotros.

Esta agresividad dirigida hacia la mujer es típica para el grupo mestizo, particularmente en el serrano. Lo hallado en la población asentada en el área estudiada se corrobora a través de la observación y del análisis de las estadísticas policiales en diversas barriadas, acerca de las cuales disponemos de datos estadísticos detallados para todo tipo de delito y de falta: Mariscal Castilla, Tarma Chico, Santa Rosa, El Altillio y otros más.

Acá incluimos información de incidencias de agresiones y faltamientos cometidos por pobladores de Mendocita y de Mariscal Castilla, y en ambos casos

destaca la enorme agresividad dirigida hacia la mujer que casi es el doble de la dirigida hacia los del propio sexo.

Incidencias de agresiones y faltamientos cometidos por varones de Mendocita

	1956	1957
Agresión a convivente	40	21
Agresión a otras personas	18	20
Faltamiento a hermanas	0	0
Faltamientos a madre	0	1
Faltamientos a policías	0	2

Incidencia de agresiones y faltamientos cometidos por varones de una barriada marginal. (M.C)

	1956	1957	1958
Agresión al convivente	12	26	30
Agresión a varones	8	16	9

Como vemos la incidencia de la agresión dirigida hacia la mujer es más elevada.

En la población estudiada hay una verdadera ambivalencia afectiva respecto a la mujer. Mantienen hacia ellas una cierta desconfianza y las subestiman a menudo. Se exige de la mujer un «buen comportamiento» pero a la vez se les veja o toma con indiferencia. Algunas veces el autoritarismo alcanza extremos de impedirles juntarse con otras personas o intentos de mantenerlas rígidamente subordinadas, aunque esto no siempre se logre en mucho. Esto es típico de la cultura machista que se advierte en una serie de países subdesarrollados y que debe ser muy tenida en cuenta por aquellos que tienen que ver con el bienestar de las familias y problemas de población.

Las expectativas mutuas. En los dos grupos estudiados la expectativa dominante en relación a la mujer es de que esta debe «ayudar al marido», «ayudar al hombre», «trabajar». Síguenles estas otras: «ser buena», «portarse bien». Estas declaraciones corresponden tanto a varones como a mujeres, con lo que se crean condiciones para una cierta complementación de los papeles del marido y de la mujer. No es raro hallar que las mujeres, pese a situaciones de gran tensión conyugal, declaran que «pertenecen a su marido». Los varones ponen énfasis en que las mujeres «deben estar en su hogar», ser «amas de casa».

El tipo ideal de marido, tanto en el hombre como en la mujer son coincidentes : el marido debe ser «bueno». Varones y mujeres insisten en que las mujeres deben ser hogareñas, hacendosas, respetar al cónyuge, no engañarlo, ser fiel, pero el hombre se permite engañarla todas las veces que desea. Las mujeres, preferentemente, esperan que el marido sea «trabajador». La esposa ha de ser «hogareña y hacendosa». Esta es la doble contabilidad de la cultura «machista» y si no se toma muy en cuenta no sé que cosa podamos hacer para que la familia se mantenga estable y con un alto nivel de bienestar. Hay muy escasa referencia a que sea «alegre» y «cariñosa». Es decir, destacan los aspectos instrumentales en el desempeño de los papeles de esposa, con lo que las expectativas coincidentes de marido y mujer favorecen la realización de las tareas domésticas.

En el grupo II las expectativas de lealtad fueron más frecuentes. Sin duda alguna este hallazgo guarda relación al clima emocional de las familias que pertenecen a este grupo. Así hablan de que el hogar actual anda «regular», muy confundido o que marcha entre discusiones, en un 30% de los probandos del grupo II, pero apenas en un 10% de aquellos del grupo I, es decir de aquéllos con mejor salud emocional.

Las circunstancias de la unión marital. Esta circunstancia es claro síntoma de una mengua de la obediencia y subordinación filial, en lo que atañe al matrimonio, en este grupo de mestizos. Luego tenemos otros casos en que el matrimonio fue obligado al que siguen después, una resistencia interior más que una resignación, y, en no pocos casos, una separación ulterior. A este respecto, no pocas veces comprobamos no solo una penosa añoranza de la soltería sino un deseo de retornar al hogar, una intensa necesidad de estar cerca de la madre.

En esta población de mestizos serranos, hallamos una prevalencia elevada de uniones maritales previas. Solo el 40% de los del primer grupo y el 32.5% los del segundo, manifestaron no haber tenido uniones maritales previas. Esto es lo que se observa con cierta frecuencia en la «cultura de la pobreza», las uniones maritales inestables. Estas proporciones nos dicen de la amplia extensión de las uniones libres repetidas o sucesivas en esta población.

Estas separaciones entre los cónyuges tienen un antecedente significativo en la frecuente separación de sus propios padres. Esto ha sido observado, en muy diversos lugares, en los hijos de divorciados que tienden a divorciarse como sus padres. Así el 15% de éstos se separaron, en algún momento, por los motivos que a continuación se mencionan: «incomprensión», «peleas», «maltrato», «bebida». Estos hallazgos son expresión de un progresivo aflojamiento de los

vínculos matrimoniales de una generación a otra, lo cual está evidentemente en relación a una mengua progresiva de los controles tradicionales, ejercida por el grupo de parentesco, por lo menos en este aspecto del matrimonio.

En no pocos casos se advierte todavía la influencia del grupo de parientes que ejercen presiones para que se deshaga una unión que se considera inconveniente, pero en algunos de ellos, factores de tipo afectivo en relación a los hijos contrarrestan las presiones del grupo para mantener la unidad. Como dimos cuenta, más adelante comienzan a cobrar importancia en este grupo los vínculos afectivos, las solidaridades emergentes propias del caso; C.H., mestiza ayacuchana nos refería: «Cuando me comprometí mis padres se molestaron, ahora sobre todo porque sufro con la borrachera de mi marido. Han querido separarme pero por mis hijos no me separé. Mi marido dice que soy floja, pero... yo siento que pertenezco a mi marido» (en casos como éste se exteriorizan claras e intensas ambivalencias respecto de los hijos): «Mis hijos me consuelan aunque son chicos... Veo que mis hijos me dan "cólera", lo cual no es raro en toda esta población, como veremos después».

Expectativas y opiniones con respecto a sus hijos. En primer término mencionaremos las expectativas en lo que concierne al comportamiento de los hijos. En ambos grupos predomina la idea de que los hijos deben ser «obedientes, buenos, limpios». En menor proporción se advierte que los hijos deben querer a sus padres. En general se espera que los hijos respeten a los padres. Este tipo de relación es sorprendentemente similar a lo que se ha encontrado en estudios efectuados en muchas áreas de la cultura de la pobreza. Vemos pues que destacan expectativas de un tipo instrumental, de subordinación, aun cuando alternan experiencias de satisfacción afectiva con los mismos. Parece como si no hubieran emergido nitidamente expectativas de afecto, de parte de los hijos, y tuvieran gran fuerza las expectativas de completa subordinación, como regía en las respectivas familias de orientación.

Muchos padres de este grupo resultan así, muy severos, y, como uno de ellos lo declaraba, «no les agrada que se les refute».

Sin embargo al lado de este grupo tenemos muchos que por razones diversas están bastante tiempo ausentes del hogar, piensan más en si mismos, y dejan toda la responsabilidad de la dirección en la mujer la que, a su vez, no puede seguir de cerca a los hijos estableciéndose de este hecho una familia realmente matricéntrica debido a la ausencia prolongada del padre. Este fenómeno, que comienza a esbozarse en esta área, guarda relación evidente con el escaso con-

trol que ejercen los padres sobre muchos de los chicos del barrio. Unos, empero, procuran aislarlos o segregarlos de los demás menores, pero esto no es efectivo en una amplia medida.

Como ya registramos en otro trabajo, toda esta población de mestizos pobres tienen grandes aspiraciones educativas para sus hijos. Ven con esperanzas el futuro para sus hijos, pese a tomarlo, ellos mismos, con bastante pesimismo. Tienen una fe inmensa en el valor de la educación para los fines de promoción social, pero parecen no advertir con suficiente realismo las probables dificultades de orden económico y de otro tipo que pudieran encontrar más tarde.

Muy a menudo recogimos expresiones que denotan fuertes sentimientos de obligación para los hijos. Así M.C., mestiza de Huánuco, nos refería: «Lo que me hace seguir son mis hijos» ... «a pesar de estar cansada de luchar». Una mestiza de Apurímac nos refería «Lo que me hace seguir son los hijos, ellos me han salido buenos, mi mayor alegría es estar con mi familia». Notamos un buen número de declaraciones coincidentes en haber hallado un valor en los hijos: «me han dado gusto», «me han hecho feliz», «me han dado fuerzas». Sin embargo, no rara vez encontramos menciones a que les «dan cólera», les «fastidia» o que les han resultado «palomillas».

Sin embargo los hijos aparecen en otro dilema, muy extendido en esta población, en relación a su valor. Las crecientes dificultades para proveerles de lo más elemental para su subsistencia, engendran ansiedad y tristeza. Una frecuente causa de tristeza verbalizada por esta población es la siguiente: «Siento tristeza cuando no puedo dar a mis hijos»; estos datos los obtuvimos aplicando la prueba de las reacciones emocionales de Stewart.

Se establecería por este hallazgo una suerte de verdadero conflicto por la oposición de las siguientes actitudes, que coinciden en un mismo sujeto, y son condición, por lo tanto, de una legítima ambivalencia afectiva: 1) Se considera que los hijos son de valor; 2) muchos hijos son una carga. Es probable que la primera actitud refleja el valor económico que tenían los hijos en el medio rural, hecho comprobado por una serie de investigadores y que contrasta con las cargas que pueden representar en el medio urbano. Esto está indicando que ya se están iniciando cambios de actitudes en relación con el número de hijos. La segunda actitud se expresa bajo la forma de que hijos numerosos son una «carga», «fastidiosos» y se halla presente en el 40% del grupo con menor salud emocional y en el 22.5% de aquellos con mejor salud emocional. Esto se comprende por la naturaleza especial de estos grupos. Entre sanos emocionalmente, se considera

que hijos numerosos son «una responsabilidad grande», «pesados pero alegres», o «no importa». Aquí intervienen evidentemente factores de resistencia en función de la mayor salud emocional y de otros elementos de integración.

Desintegración de la familia, preocupaciones y temores. Haciendo una revisión de los temores dominantes en la población estudiada, encontramos en las mujeres pertenecientes al grupo con menor salud emocional, una apreciable proporción (15%) que manifiesta abiertamente temores de quedarse «solas», «viudas y abandonadas» y luego a las «malas lenguas» y a los «chismes». De otra parte tanto en el grupo I como en el II se advirtió que los más grandes miedos y a la vez más frecuentes son «las enfermedades» y los «accidentes».

Los hombres se refieren ante todo al temor de «perder el trabajo», «a que les roben» y en proporción semejante a la de las mujeres les asusta la posibilidad de «enfermedades» y «de accidentes».

Tanto varones como mujeres declaran en apreciable proporción que tienen «miedo a fantasmas» y a «penas».

El futuro remoto representado por la vejez entristece y preocupa a una elevada frecuencia de esta población mestiza serrana: 40% y 57.5% del primero y segundo grupo, respectivamente. Los del primer grupo, o sea aquellos con una mejor salud emocional, parecen estar dotados así de mejores defensas psicológicas pues son más de ellos los que piensan que «la vejez esta aún lejana» o que simplemente «no piensan en ella».

Poquísimos son los que declaran que la vejez «les hará felices, rodeados de sus hijos». Este hecho les coloca en una situación conflictiva pues expresa un temor de que los hijos se alejen al mismo tiempo que albergan expectativas de seguridad en el apoyo que les puedan prestar, fenómeno que muy a menudo se observa en el medio urbano.

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en toda la población estudiada, plantean un problema de gran inseguridad con respecto al futuro de la familia, más ahondando aún por el gran valor que le asignan y por las otras expectativas que albergan.

En síntesis hemos encontrado en familias pobres mestizas, una creciente vida de familia con satisfacción en la vida íntima, satisfacciones en los hijos pero evidentes actitudes ambivalentes hacia ellos. De que eso se esté originando por las condiciones de la vida en el medio urbano, es muy probable, de que

estas actitudes se traduzcan en acciones que tengan que ver con un control racional de la natalidad es algo acerca de lo cual no podemos concluir, pero es evidente que ya se están produciendo algunos cambios de actitudes frente a la procreación aún en los sectores más pobres de la población.

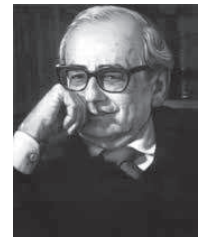
REFERENCIAS

1. Gurin, G. y col., «Americans view their mental health», Basic Books Inc. Pub., New York, 1960.
2. Langner, T. S. y Michael S., «Life Stress and Mental Health», Free Press, New York, 1963.
3. Leighton, D. C., Harding, J. S., Macklin, D. B., MacMillan, A. M., Leighton A., «The character of danger», Basic Books Inc. New York, 1963.
4. Lewis, O., «La cultura de la vecindad en la ciudad de México», Documento informativo No 1, Seminario sobre problemas de urbanización en América Latina, 1959.
5. Lewis, O., «Five families», Basic Books Inc., New York, 1959.
6. Michael, S. T., «Social attitudes, socio economic status and psychiatric symptoms», Act. Psychiat et Neurol, Scandinavica, vol. 35, fasc 4, 1960.
7. Plant, J. S., «Personality and the cultural pattern», The Commonwealth Fund, New York, 1937.
8. Riesmann, F., Cohen, J. y Pearl, A., «Mental Health of the poor», The Free Press, New York, 1964.
9. Rotondo, H. y col., «Estudios de Psiquiatría Social en el Perú» Lima, 1963.
10. Spinley, M. B., «The deprived and the privileged», Routledge and Kegan Paul, London, 1953.

Javier Mariátegui (1928-2008)

RENATO D. ALARCÓN

El recuerdo y la reflexión en torno a la vida y obra de Javier Mariátegui Chiappe confirman sin lugar a dudas, su condición de miembro insigne de la galería de médicos y psiquiatras más destacados en la historia del Perú, al que él amó con pasión y empeño inigualables, y de América Latina de cuya psiquiatría fue representante cabal. Su obra tiene un sello distintivo, el de una autenticidad incuestionable.



Javier Mariátegui

Hijo menor de José Carlos Mariátegui, el Amauta, uno de los pensadores progresistas más originales y brillantes del siglo XX, y de la ejemplar Doña Anita, nacida en Italia donde José Carlos la conoció en uno de sus largos exilios políticos, Don Javier mostró desde pequeño una inteligencia brillante, afán de saber más y pronto, tenacidad y disciplina en el estudio, la lectura o en la tarea de escribir. En el recuerdo autobiográfico que precedió a la entrevista que le hice para mi libro *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana*, señaló que su interés por la psiquiatría fue anterior a su ingreso a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Culminó la lectura de las *Obras Completas* de Freud en el primer año de la Facultad de Ciencias, y reconoció a Lain Entralgo, Weber, Spranger, Scheler y Jaspers como autores de influencia decisiva en su carrera. En el Perú, Enrique Encinas y Humberto Rotondo le mostraron con rasgos claros y firmes las rutas biológica y social, respectivamente, de nuestra disciplina, y la epónima influencia de Honorio Delgado —en muchos aspectos de su trayectoria intelectual— contribuyó a su profundidad en el abordaje de la psicopatología y a la integración psicosocial como elemento vital de su trabajo clínico y académico.

Lector de Balzac, Dostoievsky, Hesse y Joyce, entre otros, discutía también con comodidad las contribuciones farmacológicas de Delay y Bernard, Deniker

o Schou. Y su labor intelectual, trasuntada en 17 libros, 216 artículos, 147 editoriales, participación en casi 400 eventos y certámenes científicos, membresía en 54 entidades académicas y científicas, incluida la Real Academia Española de la Lengua y como beneficiario de 37 condecoraciones y honores, ofrece sólo algunos de los muchos terrenos o perspectivas en que se desarrolló con entereza y lucidez.

Como ejemplos-índice de su trabajo han de citarse sólo cuatro de las muchas áreas de trascendencia cultivadas por Mariátegui. En primer término, en el campo editorial, la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, una de las más antiguas de América Latina, y *Acta Herediana* ejemplar publicación académica de los últimos 40 años representan, respectivamente, su énfasis científico y su perspectiva humanística. En el área de la compilación bibliográfica, análisis y difusión de obras con sello de clásicos, el país tiene una deuda intelectual con Don Javier por la publicación de *opus* como los trabajos completos de Honorio Delgado y los de José Carlos Mariátegui y el *Anuario Mariateguiano*. En el terreno histórico, enfocado en la psiquiatría peruana, sus semblanzas de Hermilio Valdizán, Juan Francisco Valega, Baltazar Caravedo, José Casimiro Ulloa y su obra *La Psiquiatría Peruana en sus figuras representativas*, son pilares en los que ya se vislumbraba su personal visión del desarrollo de nuestra disciplina.

Su trabajo como clínico e investigador se reflejó en *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*, *Epidemiología Psiquiátrica de un distrito urbano de Lima*, *Salud Mental y Realidad Nacional*, *Ruta Social de la Psiquiatría Peruana*, ensayos pioneros sobre psicofarmacología y su análisis psicopatológico sobre personalidad limítrofe, todos ellos testimonio indiscutible de profunda versación y calidad heurística.

El valor humano integral de una persona puede ser medido por rendimientos uniformemente brillantes a lo largo y ancho de un espectro multidimensional y en escenarios múltiples. Javier Mariátegui cumplió con creces este requisito. Fue un médico psiquiatra de altísimo nivel, académico talentoso y enormemente productivo, educador y didacta elocuente, pensador intenso, discípulo leal y consecuente, investigador serio y profundo, peruanista genuino e inspirado. Mariátegui dio a la psiquiatría peruana, en el camino que abrió Honorio Delgado, el sello ecuménico del quehacer clínico y de disciplina humana. El suyo fue un terco afán de vivir la psiquiatría también como quehacer académico, universitario. Visualizó a la universidad como «hogar de la libertad», para citar a Leopoldo Chiappo, libertad definida como «el derecho a pensar lo

impensable, discutir lo inmencionable y cuestionar lo incuestionable», como diría Beno Schmidt. Concibió a la universidad como expresión de creatividad y tolerancia, de sabiduría y de poder moral. La universidad como depositaria de un pasado que, nos cause orgullo o dolor, es ineluctablemente nuestro, reflexión cimera de nuestros corajes y nuestras cobardías. Pero también la universidad que es promesa, laboratorio pleno de preguntas, de experimentos y respuestas, de «esclarecimiento de contrastes» como acotaría Don Javier. Su labor de casi una década en la gesta fundacional y los primeros ocho años de existencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (trabajo absurdamente interrumpido por mezquinas maquinaciones políticas) ha sido legítimamente considerado ejemplar en el desarrollo de un plan de investigación de profundo rigor y amplias repercusiones.

Otro ingrediente sustancial en la trayectoria de Javier Mariátegui, está vívidamente trazado por las muchas visitas que el autor de estas líneas hiciera a su oficina-estudio. El escenario refleja cabalmente lo que Don Javier concebía como la necesidad de una ocasional búsqueda de la soledad reflexiva. La soledad del filósofo, la soledad del escritor, la soledad creativa que puede ser tanto el «ocio saludable» del que él nos hablaba, como el éxtasis ante una obra de arte que, en palabras de Milan Kundera, nos brinda «una figura de paz y de felicidad, de otro modo inaccesibles». La soledad liberadora que separa a una pintura de Van Gogh de la mirada agostiza del turista; esa soledad que permite entender a Joyce o a Kafka sin verlos como obsoletos ornamentos de la mentalidad consumista. Vertebrada así, la obra de Don Javier nos enorgullece porque siendo uno de los nuestros, es también nuestra.

Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina¹

CARLOS ALBERTO SEGUÍN
JAVIER MARIÁTEGUI

Nuestra América, con sus peculiaridades humanas, sociales y culturales nos ofrece muchas y muy variadas oportunidades para la investigación, sobre todo para la investigación psiquiátrica. Pero estas oportunidades, bueno es recordarlo, todavía no han sido aprovechadas adecuadamente. En este artículo, sus autores pasan revista a los diferentes aspectos del problema, deteniéndose particularmente en la presencia y calificación de los investigadores, en el adiestramiento de éstos, en el planeamiento, en la financiación, y en las áreas hasta ahora más desarrolladas. Al final esbozan un plan que va desde la consideración sistemática de las características de los diferentes grupos étnicos de cada país, hasta la psiquiatría folklórica, pasando por los estudios psicopatológicos, nosológicos, epidemiológicos y terapéuticos.

INTRODUCCIÓN

Todo profesional, como todo hombre, lleva, como parte de su calidad humana, el afán de saber. Ese afán que, indudablemente, caracteriza a nuestra especie, es una bendición y una maldición. Nos conduce a descubrir secretos que alguna vez iluminan nuestra vida y, alguna otra, la hundan definitivamente en la noche. Recordemos solamente que se ha afirmado que lo esencial en la tragedia de Edipo no está en lo que el héroe, llevado por el Destino, hiciera, sino en que es su afán de saber el que lo pierde. Edipo se destruye porque obliga a Tiresias a descubrirle

¹ Trabajo presentado en la Sesión plenaria «Perspectivas en Investigación Psiquiátrica» del VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Acapulco (México), Mayo de 1975.

la verdad. «¿Para qué preguntas esas cosas?», dice el vidente con desesperación, pero no logra calmar a Edipo, que exige saber y que, al saber, se hunde.

La palabra investigación nos viene, es sabido, del latín: de *in* y *vestigium*, ruta. Significa, pues, estar en camino, seguir una huella que —y eso es lo más fascinante del camino o la huella— no sabemos adónde nos llevará.

Los caminos de la investigación psiquiátrica son, por supuesto, muy variados, y se ofrecen al estudioso como incitaciones a seguirlos. Pero, dado el estado actual de nuestras ciencias, no basta, de ninguna manera, la vocación o el entusiasmo para obtener de la empresa un fruto valedero.

Toda investigación debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales: lo que vamos a investigar, por una parte, y cómo vamos a hacerlo, por otra. Si el primero no es cuidadosamente considerado, podemos tomar un falso camino y, si el segundo no ha conseguido nuestra meditada consideración, nos exponemos a no poder avanzar, en la ruta elegida. Se comprende, pues, que ambos deben ser tomados muy en cuenta en cualquier intento.

Pero, si en otros ambientes, ello necesita mucha reflexión, en el nuestro, en la América latina, estamos obligados a partir de una resolución madura al iniciar cualquier esfuerzo. Indudablemente, necesitamos investigar y, si bien ello es cierto en cualquier aspecto de nuestra realidad, en psiquiatría, a la que debemos referirnos, es fundamental. Pero, ante todo: ¿qué debemos investigar?

Nuestra América, en sus aspectos humanos, sociales y culturales, tiene peculiaridades características y son ellas las que deben orientarnos. Se trata no solamente de cumplir con el llamado innato al que nos hemos referido, sino de adecuarnos a nuestras necesidades y trabajar en pro de nuestro futuro. Necesitamos, pues, una investigación centrada en los problemas latinoamericanos, que nos servirá para la comprensión de esos problemas y la solución —si es posible— de ellos. Si no la emprendemos o no la llevamos adelante con perseverancia y seriedad, «nuestra mentalidad quedará considerablemente en condición colonial respecto a los países, más adelantados» [15], en ingrata condición de dependencia, en posición favorable a la mistificación de lo nuestro, en favorecimiento de lo imitativo, en suma, en sujeción a la llamada «cultura de la dominación» [41] tipificada como «el conjunto de valores, actitudes y estructuras de comportamiento» generados por «nuestra sujeción a los países que controlan el proceso mundial». Pero, no es sólo eso, sino que, en cuanto a nuestro propio progreso, permaneceremos sometidos a las indicaciones que, so capa de resultados científicos comprobados, se nos impongan, aunque esos

resultados, valederos en otras condiciones humanas, no hayan probado serlo para nosotros.

Por otra parte, y refiriéndonos al «cómo» de la investigación, debemos tomar en cuenta los medios de que disponemos para realizarla. Hay tópicos cuyo estudio es imposible sin un vasto *armamentarium* y una organización que necesitan, no solamente un despliegue de material y de tecnología, sino que se hallan muy lejos de nuestras posibilidades financieras. Aquí, nuevamente, nos acecha el peligro de la dependencia en la ayuda de países super desarrollados, ayuda que es solamente prestada para proyectos que sean considerados importantes desde el punto de vista de los prestadores, punto de vista que puede no coincidir con los nuestros.

Felizmente, nuestra América nos ofrece las más variadas oportunidades para la investigación psiquiátrica: es una *terra incognita* mientras no es aprehendida y formulada con el rigor formal y factual de las ciencias. Se plantea, pues, la necesidad de establecer un criterio orientador de aplicación práctica. Este resulta, en nuestro medio, el que finca en la autenticidad de la temática, ésto es, la cabalidad con que se eligen los asuntos y los procedimientos ante las tareas señaladas. Y aquí verificamos que la parte del hemisferio ubicada al sur del Río Grande conforma un verdadero «laboratorio natural» al que se debe aplicar la ciencia factual en sus dos vertientes significativas: la de las ciencias naturales y la de las ciencias culturales. Para el ahonde de las primeras, en el campo concreto del saber psiquiátrico, nuestro incipiente desarrollo tecnológico constituye, como hemos visto, incuestionable limitación aporética. No sucede lo mismo para el desarrollo de las segundas, en las que el rigor de los métodos se siente menos constreñido a la instrumentación experimental, de tecnología a la par audaz y costosa. Creemos que es en este campo donde debe buscarse la posibilidad de un aporte original del pensamiento latinoamericano al *corpus* de la psiquiatría mundial, a la novedad del conocimiento humano.

Trataremos, mas adelante, de concretar estas consideraciones en su aplicación práctica.

VISIÓN ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

Una evaluación crítica de la investigación psiquiátrica de fuentes latinoamericanas resulta un compromiso que escapa a los propósitos de este trabajo. La visión panorámica que ofrecemos se detiene en los datos relevantes que la sustentan y

que ofrecen asidero al señalamiento de las perspectivas de la tarea investigadora en esta parte del continente, que es propiamente el tema del relato.

Para el propósito enunciado, revisaremos sumariamente los siguientes aspectos: presencia y calificación de los investigadores; el adiestramiento; el planteamiento; la financiación y las áreas específicas desarrolladas.

Investigadores y su calificación. La sola imagen impresionista del número de psiquiatras aplicados exclusivamente a la investigación, esto es, de investigadores «primarios», como los llama D. Shakow [46], nos conduce a reconocer su reducida presencia. Carecemos de indagaciones pertinentes, pero una encuesta conducida por C. A. León [23] en una muestra estratificada de psiquiatras de 18 países latinoamericanos, entre 1966 y 1967, puso de relieve el reducido porcentaje de 1,6% para quienes declaraban tener como principal actividad la investigación. No sorprende este dato. En escasos países de nuestra América se pueden identificar uno o dos investigadores a dedicación exclusiva. La contribución de la mayoría —dedicada a tareas asistenciales y/o a la enseñanza y hasta a la clientela privada— representa sólo un reducido número de horas específicamente dedicadas a investigar, como consecuencia de una vocación personal al servicio de la cual se sacrifica buena parte del escaso tiempo libre. La universidad latinoamericana, en general, comprometida en principio con la tarea de investigación, sólo esporádica o fragmentariamente está en condiciones de cumplir este propósito por las exigencias de la enseñanza, que suelen absorber inclusive a quienes a ella llegan seducidos por la promesa de dedicarse primariamente a investigar y subsidiariamente a la docencia.

Por otra parte, la demanda de asistencia —cuya evaluación suele remitirse al «rendimiento horario»— limita o impide la reflexión sobre temas concretos de investigación, aún en el plano directo que supone la organización sistemática de la actividad clínica y terapéutica. Esto es, casi toda la experiencia clínica deja de ser materia comunicante o de comparación fecunda con otras observaciones realizadas en contextos socio-culturales diferentes. Vale decir, los participantes «secundarios» en la clasificación de Shakow [46] —aquellos que utilizan su material clínico y lo disponen de acuerdo a razonables criterios científicos— no se encuentran representados por el número que la preparación de una buena cantidad de psiquiatras latinoamericanos permitiría suponer.

Los investigadores obtienen generalmente su calificación en centros del exterior, en Europa o en los Estados Unidos de Norteamérica principalmente. Por la índole de su formación, mantienen vínculos activos con sus centros for-

mativos, lo que a veces resulta en la subordinación de sus temas a los programas o intereses de los mismos. La escasez de recursos económicos, la señalada ausencia de tradición para la formación de grupos de trabajo coordinados, con la resultante obligada: la dificultad en la conformación del equipo [24], son algunos de los obstáculos y problemas a los que debe enfrentar un científico así capacitado. En estas condiciones no es de sorprender la frecuencia con que se produce el éxodo de investigadores a los núcleos formativos de procedencia, de alto nivel tecnológico y que permiten el desarrollo de la vocación y la habilidad, y el que su interés por la temática latinoamericana suela limitarse a lo que se supone «área de interés» de los centros desarrollados. Característica de nuestra realidad es la existencia de investigadores autodidactas, propios de una etapa de evolución de la psiquiatría en la que los requerimientos metodológicos eran menores, así como premiosos los recursos técnicos e instrumentales.

El psiquiatra investigador científico es, pues, una figura de excepción en nuestros ambientes universitarios y en los centros de asistencia. Su número limitado no permite inducir esa «atmosfera de ideas» favorecedora del espíritu creativo. El joven residente no se beneficia con el «ambiente emocional» [37] que crea la presencia de gente activamente dedicada a investigar. Sin esta situación humana resulta difícil toda planeación en este campo.

Adiestramiento

No existen, en el área latinoamericana, estrictamente hablando, centros de formación en investigación psiquiátrica. Merece señalarse la presencia de algunos grupos de estudiosos en el campo de la salud mental, como los de Chile, Costa Rica, Argentina y Perú,² que ofrecen algunas posibilidades de utilización con este propósito.

Como se ha señalado en otro lugar [31], los programas de formación de psiquiatras en esta parte del hemisferio deben exigir, además de las materias específicas (metodología de la investigación, integración de equipos interdisciplinarios, etc.), el desarrollo por el residente, con supervisión, de un proyecto de investigación sobre problemas latinoamericanos, que lo familiarice con las técnicas y procedimientos aprendidos, le imprima la obligada disciplina en ese

² Centro de Investigación en Salud Mental, en Santiago, dedicado preferentemente a los problemas del alcohol y el alcoholismo y a la asistencia psiquiátrica intracomunitaria [29]; Centro de Estudios sobre Alcoholismo en San José, Costa Rica [20]; Laboratorio de Psicofarmacología y Neuropsiquiatría experimental del Hospital «José T. Borda», Buenos Aires [16]; Instituto Peruano de Estudios Psiquiátrico-Sociales, en Lima [44].

quehacer y lo aficione a la vasta problemática nuestra. Ello está enderezado, por una parte, a una aproximación indispensable con un tipo de actividad que todo psiquiatra debe conocer en sus fundamentos básicos y, por otra, a la sensibilización de los profesionales jóvenes en busca de potencialidades vocacionales para una dedicación mayor o plena a este género de actividad. La experiencia directa en la etapa formativa, que coincide con el momento vital de mayor energía, la juventud, y la asistencia asidua de investigadores maduros, definen el tiempo y la circunstancia de este aprendizaje [33, 37].

Para la formación diferencial se requiere ya de centros adecuados, que brinden el nivel óptimo para la preparación de investigadores. «Para que la investigación tome vuelo en nuestros países —ha escrito H. Delgado— se requiere la creación y el fomento de institutos dedicados a su ejercicio [15].» Se ha postulado para América latina la necesidad de crear centros regionales [26] que permitan su utilización por varios países y aglutinen los aportes nacionales en recursos humanos y materiales. Los centros regionales se integrarían en un Instituto Latinoamericano de Investigaciones en Salud Mental [27]. Además de las ventajas de orden práctico que hacen factible la creación de estos centros, se lograría el desarrollo de un repertorio de temas, ordenados de acuerdo a prioridades, en relación con la realidad latinoamericana. Volveremos sobre el tema.

Planeación

De lo expuesto se infiere la ausencia de planeación en la investigación psiquiátrica latinoamericana, afirmación que es procedente, en grado diverso de severidad, para todos nuestros países. En su momento, el esfuerzo individual se benefició por la autonomía en la selección temática. La tendencia actual a la conformación de grupos integrados, debe necesariamente disciplinarse, en la selección de temas, a un orden de prelación.

Esfuerzos aislados del sector universitario, estatal o, más raramente, del privado, han permitido la realización de algunos aspectos de investigación programada, casi siempre discontinuos. En pocos planes de salud mental de nuestra América se pone énfasis en la investigación y, cuando se señala, no se le asigna un orden de prioridades. La presión de determinados fenómenos de vasta proyección social ha determinado la indagación de algunos sectores de la realidad latinoamericana en el campo de la salud mental. La investigación epidemiológica, por ejemplo, es consecuencia de la necesidad de programar servicios con criterio realista. Son las «investigaciones de organización», como las

llaman los técnicos de la Organización Mundial de la Salud. El alcoholismo y las fármacodependencias se han investigado, principalmente en aquellos países en los que constituyen un grave problema de salud pública. Lo mismo puede decirse del estudio de la conducta antisocial, la delincuencia, el suicidio, el homicidio, etcétera.

La Comisión de Planificación y Administración de la Primera Conferencia de Trabajo sobre Salud Mental en las Américas [13] recomendó la realización regional de investigaciones aplicadas: estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia, apreciación de los factores sociales, culturales, económicos y demográficos en relación con la salud y la enfermedad mental, evaluación de las necesidades, recursos y programas, prioridades en el trabajo de salud mental, actitudes de la comunidad y manera de modificarlas, búsqueda de indicadores adecuados de salud y enfermedad mental, en fin, estudios, en general, de psiquiatría social y transcultural. El Informe Final de la mencionada Conferencia [14] señala la necesidad de fomentar la investigación «de aplicación práctica y adaptada a la situación local», el estímulo a los grupos de investigación regionales y locales y el favorecimiento de la comunicación entre ellos, al tiempo que plantea un repertorio de temas de psiquiatría social, clínica y administrativa.

Financiación

De las fuentes a nuestro alcance, sólo la Argentina reconoce la carrera de investigador científico, independiente de la universidad. En México, la Seguridad Social tiene un Departamento de Investigación Científica que publica regularmente una revista y cuenta con fondos para programas de investigación que, a semejanza del Instituto Venezolano de Investigación Científica, ha promovido mayormente el desarrollo de las neurociencias. En Cuba, el apoyo estatal del Instituto de Neurofisiología, Psicología y Psiquiatría de la Academia de Ciencias se orienta, bajo la dirección de J. A. Bustamante, al estudio de la psicopatología peculiar de los cuadros mentales que se presentan en ese país y a las investigaciones transculturales.

En general puede decirse que son nulos o escasos los recursos económicos del sector estatal para el fomento de la investigación psiquiátrica. Fondos provenientes del exterior, principalmente de los Estados Unidos, financian algunos estudios.

Merece destacarse la participación de la Organización Panamericana de la Salud, a través de su Unidad de Salud Mental, en el apoyo de algunos proyectos

de investigación y en el estímulo y el favorecimiento de la comunicación entre los grupos de trabajo. El Centro de Estudios sobre Alcoholismo de Costa Rica es parcialmente financiado por la OPS y actualmente se encuentran en desarrollo tres investigaciones de campo con fines comparativos, en diversos países latinoamericanos, sobre actitudes frente al alcohol y pautas de consumo, sobre suicidio y sobre homicidio.

Ya se han señalado las limitaciones del sector universitario, explicativas de su reducido aporte al quehacer investigador en el campo de la psiquiatría. Pese a la existencia de Consejos Superiores de Investigación Científica en la mayoría de los países de nuestra región, en general hay que reconocer que los recursos externos e internos y otros medios de fomento no son debidamente canalizados, principalmente por la ausencia de una administración eficiente.

Por su carácter excepcional, vale la pena mencionar la existencia, en México, hasta hace pocos años, de un Instituto de Investigaciones Cerebrales, de tipo privado, y, en el Ecuador, el auspicio de un laboratorio, también privado, a la investigación etnopsicofarmacológica.

Frente a este panorama de pobre o nula base económica, lo que sorprende es la existencia de manifestaciones de inquietud por la investigación psiquiátrica en América latina.

Áreas estudiadas.

«En psiquiatría, como en la medicina toda —señala H. Delgado— hay muy diversas formas de investigación, desde el simple examen del paciente hasta la encaminada a establecer causas y descubrir principios. En nuestra América, pese a las dificultades atañederas a ser joven el cultivo de la especialidad y escasas las condiciones para la dedicación al trabajo científico, desde hace decenios se publican contribuciones originales en el campo de la psiquiatría, incluso con valiosas verificaciones experimentales [15].»

Examinada en conjunto, la investigación psiquiátrica en América latina permite destacar, como área preferente de desarrollo, el de la psiquiatría social, con sus aspectos complementarios (estudios transculturales y epidemiológicos).

En materia de ciencias básicas se explica, por las limitaciones de personal y costosa tecnología, su escaso desarrollo. Existen, sin embargo, algunas contribuciones aisladas de excelente valor, como las de Raúl Hernández Peón y Manuel Velasco Suárez, en México; de Humberto Fernández Morán, en Venezuela; de

Eduardo De Robertis y Edmundo Fischer, en la Argentina; de Carlos Gutiérrez Noriega, en el Perú; de Plutarco Naranjo, en el Ecuador, entre otras.

La psicopatología, la nosología y la clínica psiquiátricas constituyen el área tradicional de la mayor parte de las publicaciones aparecidas hasta antes de la llamada «era psicofarmacológica». Las contribuciones destacadas se centran en los peculiares contenidos de los síndromes psicóticos, influidos por factores culturales, la delimitación de los síndromes psiquiátricos nativos y del psicósíndrome de desadaptación en migrantes, las características de la complicación psicótica de la adicción alcohólica y la «historia natural» del alcoholismo, las carencias alimentarias como factores patogénicos o patoplásticos de disturbios psíquicos, la psicopatología de los cuadros producidos por sustancias alucinógenas (ayahuasca, San Pedro, cohoba o willca, daturáceas, cannabis, etc.), las consecuencias mentales del consumo de hojas de coca, entre aquellos tópicos que escapan a las clásicas descripciones de la psiquiatría clínica de tradición europea.

En materia terapéutica, además de los aportes latinoamericanos en la aplicación de los tratamientos biológicos, se han presentado, en las dos décadas últimas, una serie de observaciones con los nuevos fármacos. Sobre estos últimos, al lado de trabajos cuyo rigor metodológico es equiparable a los mejores logrados en otros lugares (adecuada selección de muestra, grupo testigo, tiempo de observación suficiente, criterios objetivables de evaluación, manejo estadístico apropiado, etc.) hay que reconocer que un buen número de observaciones se limitan a muestras reducidas y observaciones directas, pese a que no existen entre nosotros las restricciones que operan en otros lugares para el ensayo clínico con psicofármacos.

El creciente interés por la psiquiatría social, transcultural y folklórica se explica por el desafío que representa la extensión de la salud mental a los diversos sectores de la población de un continente de variada composición étnica y cultural, con estratificación social compleja y desigual grado de desarrollo. Reconociendo esta circunstancia, los Anales del VI Congreso de APAL (1971) se titularon *Psiquiatría Social en América Latina* [32]. Pero, años antes, en 1957, se conformó un núcleo de investigación, el Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET) formado por Bustamante, Dávila y Seguí que, aunque de efímera existencia, publicó trabajos valederos [43] e incentivó el desarrollo de dos grupos nacionales. En el Perú, algunos aspectos de su realidad han merecido algunas investigaciones preliminares [42, 39, 11, 50] y la psiquiatría

folklórica es materia de reflexiones actuales [42, 54]. En Cuba [8] y Costa Rica [1] se desarrollan meritorios trabajos en esta área, en la que se señalan también contribuciones de Argentina [7, 35, 36], Venezuela [51, 52], Colombia [19] y Brasil [12].

La epidemiología psiquiátrica ha permitido reunir información sobre la prevalencia y la distribución de los cuadros mentales en México [47, 9], Argentina [47, 18], Chile [21, 28], Perú [38, 30], Colombia [22], Costa Rica [2], Uruguay [5] y Cuba [6].

No ha estado ausente de la inquietud de los cultivadores de la psiquiatría latinoamericana la investigación historiográfica, conducida, en algunos casos, en forma sistemática, como en Venezuela [4], Perú [49], Colombia [40] y Argentina [25] y otros valiosos ensayos que esperan una elaboración de mayor aliento [3, 10, 17].

PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACIÓN

Hemos dicho ya algo acerca de las posibilidades de llevar a cabo una investigación en nuestros países: se refiere a la disponibilidad de investigadores correctamente preparados, investigadores, no solamente psiquiatras, sino todos aquellos de quienes no se podrían prescindir en un enfoque serio de cualquiera de los problemas de nuestra especialidad: psicólogos, antropólogos, sociólogos, estadígrafos y los que fueran necesarios en cada caso. Y aquí nos hallamos, obviamente, con el primer y grande obstáculo. Pocos son, como dijéramos, los profesionales rectamente habilitados para la investigación y, desgraciadamente, aquellos que lo están se ven obligados muchas veces a descuidar lo conseguido porque no hallan ambiente ni estímulo.

Por otra parte, falta también un complemento a veces imprescindible: el instrumental, que cada día se hace más complicado y costoso y que requiere de instalaciones y técnicos de los que carecemos. En cuanto a, la trascendencia que la investigación pudiera tener, nos hemos referido antes a la necesidad de que nuestros trabajos tengan muy en cuenta la posición real y relativa de la psiquiatría latinoamericana en el contexto de la psiquiatría mundial.

Los grandes problemas teóricos y prácticos de nuestra especialidad son objeto de estudio en todo el mundo y ese estudio se halla respaldado por la potencialidad realizadora de las universidades o centros de trabajo de los países desarrollados.

Frente a esas características se hallan, en contraste, las nuestras —limitación de recursos humanos e instrumentales— lo que hace pretencioso e irreal cualquier intento de emulación en ese terreno. ¿Quiere eso decir que debemos, en nuestra América, renunciar a la investigación psiquiátrica? Por supuesto que no. Lo que debemos hacer es buscar campos de labor en los que podamos movernos cómodamente.

Felizmente, como hemos visto, ellos abundan y se hallan frente a nosotros invitándonos a encararlos: se trata de aquellos que tienen que ver con nuestra realidad particular y única: nuestra psicología y psicopatología, así como con los recursos propios de nuestras regiones geográficas, sociológicas y culturales. Si las características de nuestros pueblos son distintas y presentan aspectos totalmente diferentes a aquéllas de los países superdesarrollados, es lógico pensar que el estudio de esas características sea el que pueda ofrecernos satisfactorias posibilidades de realización.

En una oportunidad anterior nos hemos ocupado con el tema y hemos esbozado un plan de investigaciones que nos permitiría cumplir una labor, no solamente de necesidad urgente, sino de factibilidad y utilidad inmediatas. Ese plan comprendía el estudio integral de la realidad biosociocultural latinoamericana y consideraría:

- I. *Estudio sistemático de las características de los diferentes grupos de cada país: indios, negros, mestizos, blancos, grupos minoritarios, enfocando:*
 - A. Características biológicas (antropología física).
 - B. Características psicológicas. Estudio que comprendería las variantes de los tipos referidos (si las hubiere) y su mutua comparación, así como con los de los países latinoamericanos y con los de aquellos que no pertenecen a esa esfera.
 - C. Características familiares: Estudio amplio, que debería comprender la investigación de la familia latinoamericana y sus rasgos comunes y peculiares: la familia india en sus distintas modalidades y hábitat, la mestiza, la occidentalizada, la del migrante; la familia en los diferentes estratos sociales y en los medios urbanos y rurales. Un primer acercamiento se intentó como parte de las investigaciones propiciadas por GLADET [43].
 - D. Características sociales y culturales. Investigación metódica de los grupos culturales en nuestros países en sus regiones típicas y en distintos

niveles socioeconómicos. Las peculiaridades de su funcionamiento y todas las influencias que de ello se derivan para la formación individual. Las migraciones internas y externas, la aculturación, la industrialización, la incorporación de las masas indígenas, las diferentes formas de sincretismo, la metropolización, etcétera.

II. *Estudio de las características psicopatológicas.* Discriminación precisa de las características de reacción ante el *stress* de los habitantes de nuestros países. No es posible, ni conveniente, aplicar a nuestra realidad, sin comprobación exigente previa, los resultados obtenidos en otros ambientes biológicos y socio-culturales. La investigación seria de las variantes psicopatológicas de nuestros pueblos en sus diferentes grupos y estratos será útil, no sólo para la comprensión amplia del fenómeno de la enfermedad psiquiátrica en América latina, sino como una interesantísima contribución a la psicopatología comparada.

III. *Estudio de las características nosológicas y nosografías.*

1. Los caracteres de los cuadros psiquiátricos que pudieran ser encuadrados en los marcos de la nosología internacional, con una cuidadosa averiguación de sus semejanzas y diferencias con los que se presentan en otros ambientes.
2. Descripción, análisis y seguimiento de los síndromes típicos de nuestros países, no en afán de reducirlos — como dijera alguna vez, infelizmente, un autor— a «pobre imitación de las formas europeas», sino de comprenderlos en el contexto cultural en el que aparecen y de acuerdo con las características bio-sociales del grupo en el que se presentan.

IV. *Epidemiología.* Con una clasificación precisa de los cuadros psiquiátricos, basada en las consideraciones anteriores (si ella es posible), investigaciones de frecuencia y prevalencia en las distintas poblaciones latinoamericanas y su comparación con las obtenidas en otros lugares.

V. *Estudios terapéuticos.* Se presentan dos caminos distintos, pero igualmente importantes:

1. Investigación de las reacciones de nuestros hombres ante los diferentes medios terapéuticos. En efecto, tenemos la obligación de preguntarnos: ¿Es igual el efecto de las acciones biológicas, farmacológicas o bioquímicas, por ejemplo, en nuestros indios, al obtenido en poblaciones de Europa, Asia, África o los Estados Unidos? ¿Es igual en la costa, o a 5.000 metros de altura, en los villorrios de los Andes? Por supuesto que

las variadas respuestas ante la psicoterapia, en sus distintas formas, deben también ser investigadas.

2. Estudio sistemático y multidisciplinario de la terapéutica indígena, que nos ofrece, además de métodos y sistemas de indudable interés, una gran variedad de plantas y drogas psicotrópicas cuya acción hemos comenzado a entrever en contados casos.

VI. *Psiquiatría folklórica latinoamericana.* El estudio de lo que hemos llamado [45] psiquiatría folklórica es uno de los que más datos puede brindar a la investigación. Podría abarcar:

1. Historia de la psiquiatría folklórica, es decir: la evolución de las creencias, ideas y prácticas folklóricas referidas a las condiciones psiquiátricas en cada núcleo cultural.
2. Psiquiatría folklórica y antropología cultural. Investigación sistemática de las relaciones entre la psiquiatría folklórica y la cultura regional.
3. Psiquiatría folklórica y sociología. Estudio de la función de la psiquiatría folklórica y de su representante, el curandero, en cada grupo social.
4. Patogenia y etiología desde el punto de vista de la psiquiatría folklórica. No es necesario poner énfasis en la riqueza de datos que el conocimiento de este aspecto del tema puede ofrecer, no solamente para la psiquiatría, sino para todas las ciencias del hombre.
5. Nosografía de la psiquiatría folklórica.
6. Terapéutica. Debe estudiarse en todos sus aspectos y, fundamentalmente, en dos: los actos terapéuticos y las drogas y plantas usadas por los curanderos en cada región.
7. Psiquiatría folklórica comparativa. Estudio que ofrecería más interesantes resultados, al permitirnos conocer las similitudes y las diferencias en cada grupo cultural y su relación con los factores geográficos, históricos, biológicos y culturales.

Un enfoque como éste nos permitiría cumplir con los objetivos arriba esbozados:

1. Estudiar la realidad latinoamericana y, de esa manera, estar en condiciones para servir a nuestros pueblos de una manera lógica y bien organizada.
2. Establecer las bases de una psiquiatría latinoamericana y de una psiquiatría comparativa de la que ella fuera parte importante.
3. Ofrecer a la ciencia mundial un aporte real y positivo, un aporte original y valioso. Original, puesto que nadie puede estudiar nuestra realidad mejor

que nosotros mismos; y valioso, ya que nos permite aportar conocimientos únicos.

Un ejemplo práctico sería dado por el caso del estudio integral del empleo de las plantas y drogas psicótropas que usan milenariamente en nuestro países los curadores no médicos, estudio que nos ofrecería, acaso, descubrimientos de inmensa importancia, no solamente en lo que se refiere a las drogas psicótropas, sino a muchas otras que, directa o indirectamente, tienen relación con los problemas de nuestra especialidad. El empleo de ellas no puede ser separado de las condiciones sociales y culturales del medio —no es un trabajo de laboratorio bioquímico— y un acercamiento enormemente fructífero. Al respecto, es en el campo de la psiquiatría folklórica donde podemos hallar inmensas posibilidades de investigación.

Creemos que la APAL, tomando en sus manos la realización de las ideas arriba expuestas, podría tomar la iniciativa en la organización de un Instituto Latinoamericano de Investigación Psiquiátrica que no fuera una institución más, ni pretendiera, alcanzar metas ahora imposibles, sino que tuviera como fines:

1. Coordinar un plan general de estudio de la realidad de nuestros pueblos.
2. Conocer, sistematizar y clasificar todo lo hecho en América latina en relación con ese plan.
3. Sobre la base de ese programa y ese conocimiento, unir los esfuerzos ahora dispersos y procurar que, en cada país y en cada ambiente, de acuerdo con sus posibilidades, se concentraran todos los recursos hacia la investigación de alguno o algunos de los aspectos de nuestra problemática, evitando duplicaciones y fortaleciendo, al centralizar propósitos, la efectividad.
4. Poseer las publicaciones hechas y facilitar referencias a los estudiosos de nuestro continente.
5. En el futuro, organizarse como un centro de adiestramiento para investigadores de toda la región. De esta manera, el Instituto facilitaría, y ello es importante, la comunicación entre los psiquiatras e investigadores latinoamericanos, comunicación hasta ahora ausente y que tanta falta nos hace. Con una institución de esta clase creemos que en poco tiempo —nos referimos, por supuesto, al tiempo relativo que una investigación necesita— estaríamos en condiciones de reunir un conjunto de estudios coordinados que nos permitirían cumplir con las dos condiciones que hemos señalado previamente: ser factibles, dados nuestros recursos, por una parte, y, por

otra, ser originales y valiosos para el futuro de nuestros pueblos y para la psiquiatría en general.

REFERENCIAS

- [1] Adis Castro G. y Waisken F. B. El contexto socio-económico en las actitudes del enfermo mental. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 12, 222.
- [2] Adis Castro G., Hernández Ureña R., Viquez Carbajal C. y Alvarenga Bianco F. Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica, en *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina*. ACTA, Buenos Aires (J. Mariátegui & Adis Castro, Eds.), 1979.
- [3] Alva V. Breve reseña histórica: aportes a la historia de la asistencia psiquiátrica infantil en el Perú, en *Psiquiatría infantil en el Perú*. Tesis Doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1973.
- [4] Alvarez R. *Psiquiatría en Venezuela*. Caracas, Tall. Lotería de Beneficencia Pública del D.F., 1942.
- [5] Bachini O. R., Zavala de., Murguía D.L., Tobler C.h., Puppo H., Vaghi D, y Seigal J. Estudios epidemiológicos en psiquiatría en el Uruguay, en: *Psiquiatría en América Latina* (H. Rosselli, ed.). Bogotá, Tercer Mundo, 1968.
- [6] Barrientos Llano G. *Epidemiología en Psiquiatría*. Ponencia presentada al II Forum Nacional de Higiene y Epidemiología, Ministerio de Salud, La Habana, Copia Mimeográfica, 1974.
- [7] Bermann G. *Problemas Psiquiátricos*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- [8] Bustamante J. A. —*Temas de psiquiatría*, Tomo I. Imp. de la Academia de Ciencias de Cuba, La Habana, 1973.
- [9] Cabildo H. Estado actual de la investigación epidemiológica en América Latina: México, en *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina* (J. Mariátegui y G. Adis Castro, eds.). ACTA, Buenos Aires, 1979.
- [10] Calderón Narváez G. Conceptos psiquiátricos en la Medicina azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI. *Rev. Fac. Med. México*, 1965, 7, 229.
- [11] Caravedo B., Rotondo H. Y Mariátegui J. *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*. Lima, Ediciones del Sol, 1963.
- [12] Cerqueira L. *Por una Psiquiatría Social*. Un levantamiento preliminar, I, Río de Janeiro, 1968.
- [13] Primera conferencia de Trabajo sobre la Salud Mental en las Américas. *Informe final*, Ed. E. B. Brody, Asociación Psiquiátrica América. Washington, 1969.

- [14] Primera Conferencia de Trabajo sobre la Salud Mental en las Américas. Informe de la comisión Preparatoria VI: Planificación y Administración, copia mimeográfica, 1968.
- [15] Delgado H. Acerca del panorama de la psiquiatría latinoamericana. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1963, 11, 397.
- [16] Fischer E., Heller B., Fernández Labriola R., Rodríguez Casanova E. — *Introducción a la Psiquiatría Biológica*. Buenos Aires, Paidós, 1974.
- [17] González Melián P. V. Contribución a la Historia de la Psiquiatría Infantil Venezolana. *Arch. Venezol. Psiquiat. Neurol.*, 1967, 13, 39.
- [18] Grimson W.R., Blanco A. C., Estrugamou M., Lastres E., Necchi S., Phillipot E. y Tasaire A. — Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. *Bol. San. Panam.*, 1972, 73, 572.
- [19] Gutiérrez J. y cols. Estado actual del estudio de los gamines en Bogotá. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 1967, 1, 445.
- [20] Healt D. B. — Perspectivas socio-culturales del alcohol en América Latina. *Acta psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 1974, 20, 99.
- [21] Horwitz J. y Marconi J. Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 13, 52.
- [22] León C. A. Prevalencia de los trastornos mentales en un sector urbano de Cali. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 1967, 1, 535.
- [23] León C. A. Actitudes de psiquiatras latinoamericanos hacia la clasificación de trastornos mentales, en *Psiquiatría en la América Latina* (H. Rosselli, ed.). Bogotá, Tercer Mundo, 1970.
- [24] León C. A. Psychiatry in Latin America. *British J. Psychiat.* 1972, 121, 121.
- [25] Loudet O., Loudet Elias O. *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Buenos Aires, Troquel, 1971.
- [26] Marconi J. Investigación en Salud Mental para las Américas. Síntesis de la posición de la Comisión IV, documento mimeografiado de la Primera Conferencia de Trabajo sobre Salud Mental en las Américas. San Antonio, Texas, diciembre 1968.
- [27] Marconi J. Perspectivas futuras en entrenamiento de investigadores y organización de centros regionales de investigación en salud mental, particularmente en América latina. Documento mimeografiado de la Primera Conferencia de Trabajo sobre Salud Mental en las Américas. San Antonio, Texas, diciembre de 1968.
- [28] Marconi J. y Muñoz L. Visión general de la investigación epidemiológica en salud mental en Chile, en *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina* (J. Mariátegui y G. Adis Castro, eds.). ACTA, Buenos Aires, 1970.

- [29] Marconi J. La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1973, 19, 9.
- [30] Mariátegui J., Alva V. y De León O. Epidemiología psiquiátrica en un distrito urbano de Lima. Lima, 7diciones de la Revista Neuro-Psiquiat. 1969.
- [31] Mariátegui J. Problemática del psiquiatra en la investigación científica, Relato de III Congreso Nacional de Psiquiatría (por publicarse), 1974.
- [32] Martins C. (editor). *Psiquiatría Social de América latina*, Actas de VI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y I^{er} Congreso Brasileño de Psiquiatría. Sao Paulo, Editora Referencia, 1971.
- [33] Offer D., Freedman D. X. y Offer J. L. The psychiatrist as a researcher, en Offer D. Freedman D. X.: *Modern Psychiatry and Clinical Research*, New York, Basic Books, 1972.
- [34] Pagés Larraya F., Prodosimi V. et al. Estudio piloto sobre la distribución de las enfermedades psiquiátricas en una zona de la ciudad de Buenos Aires. Coloquio ACTA sobre epidemiología de las enfermedades mentales en América latina, Buenos Aires, Copia mimeográfica, 1966.
- [35] Pagés Larraya F. *Esquizofrenia en Tierras Aymarás y Quéchuas*. Buenos Aires, Drusa, 1967.
- [36] Pagés Larraya F. El complemento cultural de la locura en los moro-ayoreos. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1973, 19, 253.
- [37] Redlich F. C. Research Atmospheres in Departments of Psychiatry. *Arch. Gen. psychiat.* 1961, 4, 225.
- [38] Rotondo H., Aliaga P. y García Pacheco C. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. La prevalencia de los desórdenes mentales, en *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú* (B. Caravedo, H. Rotondo y J. Mariátegui, eds.). Lima, Ediciones del Sol, 1963.
- [39] Rotondo H. *Estudios sobre la familia en su relación con la salud mental*. Lima, Univ. de San Marcos, 1970.
- [40] Rosselli H. *Historia de la Psiquiatría en Colombia*, 2 vols., Bogotá, Horizontes, 1968.
- [41] Salazar Bondy A. La cultura de la dominación, en *Perú Problema*, 5 ensayos. Lima, Fco. Moncloa, 1968.
- [42] Sal y Rosas F. Algunas observaciones sobre el folklore psiquiátrico en el Perú. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1973, 19, 59.
- [43] Seguin C. A. *Psiquiatría y Sociedad*. Estudios sobre la realidad peruana. Lima, Univ. De San Marcos, 1962.

- [44] Seguí C. A. El instituto Peruano de Psiquiatría Social. Nota presentada al V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Bogotá, noviembre de 1968.
- [45] Seguí C. A. Introducción a la Psiquiatría Folklórica. *Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.* 1974, 20, 301.
- [46] Sharkow D. The education of the mental health researcher. *Arch. Gen. psychiat.* 1972, 27, 15.
- [47] Spinola De Galviz L. M. y Velázco Alzaga J. Epidemiología del suicidio de la República Mexicana. *An. Invst. Nac. Antropol. Hist.*, 1960, 12.
- [48] Tarnopolsky A., Del Olmo G y Valdemarín D. Prevalencia de enfermedades mentales en Partido de Lamús. Informe preliminar, en *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina*. (J. Mariátegui y G. Adis Castro, eds.). ACTA, Buenos Aires, 1970.
- [49] Valdivia Ponce O. *Historia de la psiquiatría peruana*, Lima, S.P. I., 1964.
- [50] Valdivia Ponce O. *Migración Interna a la Metrópoli*. Lima, U. Nac. Mayor de San Marcos, 1970.
- [51] Vallarino F. La psiquiatría social en Venezuela. *Arch. Venezol. Psiquiatr. Neurol.*, 1968, 14, 46.
- [52] Villegas M. Psiquiatría folklórica. La promesa de los diablos de Yare. *Arch. Venezol. Psiquiat. Neurol.*, 1973, 19, 180.

Uruguay

Antología de textos de la psiquiatría de Uruguay

HUMBERTO CASAROTTI

I

En la República Oriental del Uruguay, durante la mayor parte del período colonial, que se extendió hasta comienzos del siglo XIX, los pacientes mentales fueron tratados en Uruguay de la misma manera que en el resto del mundo: vagando por las calles, viviendo de la mendicidad y siendo reclusos en prisión cuando cometían actos antisociales. Al fundarse en Montevideo en 1788 el Hospital de Caridad, uno de sus primeros pacientes fue un enfermo mental, pero sólo a partir de 1817 se contó con algunos espacios dedicados a estos pacientes, siendo su atención el resultado de la tradición española, religiosa y humanitaria. Completado el proceso de la independencia de España y de Portugal entre 1813 y 1825, el país que había nacido dividido ingresó en 1843 en la Guerra Grande. Aunque durante ese período fue organizándose progresivamente la asistencia médica, las condiciones no eran favorables a la atención de los enfermos mentales, y el desarrollo técnico de la psiquiatría se inició al finalizar el conflicto y vinculado al «aluvión de médicos arribados al Río de la Plata en los navíos de las escuadras francesa e inglesa».

II

La praxis psiquiátrica se inició relacionada al análisis de casos médico-legales, al igual que en la mayor parte de los países. Para cumplir con la atención psiquiátrica se creó para un cuarto de millón de habitantes, el primer «Asilo de dementes» en 1860 y en 1880, duplicada la población, se inauguró el Manicomio Nacional, denominado Hospital Vilardebó a partir de 1910. En ambos lugares los responsables



Hospital Vilardebó

de la atención fueron inicialmente médicos y homéopatas y progresivamente médicos orientados hacia el estudio de la alienación mental, influidos en sus conceptos al igual que en el resto de la medicina, por la escuela médica francesa.

El Manicomio fue construido durante el período militarista (1875-1886) que siguió al agotamiento del viejo «Uruguay comercial, pastoril y caudillesco». Esa construcción fue uno de los desarrollos del primer proyecto de modernización del país. En esa época se organizó el Estado, se reorganizó la agropecuaria, se mejoraron las comunicaciones con integración del país interior a la ciudad-puerto de Montevideo, se lograron condiciones de seguridad, se modernizó la producción, y especialmente se realizó una reforma del sistema educativo primario (1875) y también de la Universidad Mayor (1885) buscando una dimensión más utilitaria. En 1876 fue creada la Fac.de Medicina.

El Uruguay a partir de la última década del siglo XIX y durante los primeros treinta años del siglo XX, culminó la modernización estableciendo reformas sociales, económicas y políticas que transformaron al país en una sociedad equilibrada, progresista, optimista y confiada, que fue denominada «la Suiza de América». Durante ese período se crearon, en 1908 la Cátedra de Psiquiatría, y en 1923 la Sociedad de Psiquiatría, dos entidades conformadas por pequeños grupos de técnicos. Estas estructuras docentes y científicas funcionando dentro del Hosp. Vilardebó fueron el factor primordial en el desarrollo de la psiquiatría nacional. Los catedráticos de psiquiatría de este período se formaron o completaron su formación asistiendo a las principales clínicas europeas y participaron de un pensamiento psiquiátrico francés, de carácter vitalista. La actividad de la Sociedad de Psiquiatría quedó registrada en la publicación de su revista, que iniciada en 1929 ha continuado editándose hasta el momento actual, registrando no sólo la producción local, sino también la de colaboradores del exterior.

Al tener que responder a las exigencias del tratamiento de la patología mental la asistencia, centrada inicialmente en la hospitalización de los episodios agudos, se ocupó progresivamente de la prevalencia de la patología crónica. En 1912 se desarrolló el espacio asistencial de tipo «colonia agrícola» como una primera forma de comunidad terapéutica, asociado a la creación de hogares protegidos o sistema de «Asistencia familiar de alienados».

De 1933 a 1936 el Uruguay pasó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales, que aún están vigentes. Por un lado el artículo 30 del Código Penal que reconoce la inimputabilidad por patología mental, y por otro la ley

No. 9581 sobre la organización de la atención psiquiátrica y la regulación de la hospitalización de los pacientes.

III

A partir de la II guerra mundial, Uruguay después de un período de estabilidad político-social y de bonanza económica, entró en crisis en los 60' sufriendo desde 1973 a 1984 una dictadura militar.

Durante el período de estabilidad, simultáneo al desarrollo de una psiquiatría terapéuticamente eficaz, se consolidó la Cátedra de Psiquiatría que integró conceptos dinámicos en paralelo con el desarrollo del psicoanálisis en el país. Se inició la especialización, convertida la psiquiatría en una actividad médica con buena renta. La formación en psicología siempre estuvo vinculada al estudio y al tratamiento de la patología mental, lo que generó diversas polémicas a lo largo de la historia en relación al tratamiento de pacientes por técnicos no-médicos. En los años de bonanza económica los psiquiatras en número reducido, repartían su tiempo entre la asistencia de los episodios psicóticos agudos en hospital o sanatorios y la aplicación de psicoterapias de larga duración en sus consultorios privados. Los modelos que dividían a los técnicos se desarrollaban en el contexto de la Sociedad de Psiquiatría y de la Asociación Psicoanalítica, sin que en la praxis fuese posible distinguirlos por su orientación teórica.

La atención psiquiátrica, se hacía casi exclusivamente en la capital del país, sin organización y con carencia de programas de atención de salud pública. La «apertura» de los servicios psiquiátricos determinada por la evolución terapéutica, hizo sentir la necesidad de reorganizar la asistencia en patología mental. En 1966 en base a las conclusiones del informe de un consultor de la Organización Mundial de la Salud se iniciaron cambios pero limitados a los servicios públicos.

El modelo psicoanalítico fue preponderante en la formación de los psiquiatras y su influencia se extendió a la Fac.de Medicina, en relación a la formación de los psiquiatras de niños y también en otros aspectos. En relación a la evolución política en América Latina grupos de psicoanalistas muy politizados cuestionaron diversos aspectos de su práctica. También el pensamiento lacaniano creó sus grupos de trabajo, integrándose sus cultores en diferentes áreas del quehacer psiquiátrico.

Uruguay participó de la creación y desarrollos de la psiquiatría latino-americana, integrándose a la APAL desde sus inicios en 1960, y fue sede del VII congreso en 1972.

La extensión de la psiquiatría a todo el país, el mayor pragmatismo de la atención con apertura a la comunidad, el desplazamiento académico hacia instituciones no públicas y la multiplicación de asociaciones de psiquiatras han tenido lugar en el contexto de cambios económicos y sociales. Entre estos cambios cabe señalar: el retorno a un encuadre médico de la psiquiatría, el crecimiento de las demandas por responsabilidad profesional, los cambios en la valoración y en los tipos de psicoterapia y la existencia de un alto número de técnicos.

Antonio Sicco (1897-1949)

HUMBERTO CASAROTTI

Antonio Sicco nació en el Uruguay y falleció con apenas 52 años, después de ser Profesor de Psiquiatría durante 6 años.¹ Como expresión de su interés por la especialidad fue interno en el Hospital Vilardebó (de pacientes psiquiátricos, fundado en 1880) pero decidió, una vez obtenido el título de médico trabajar por tres años como médico rural en el departamento de Minas en el interior del país. Cuando volvió a la capital y al Hosp. Vilardebó, se especializó en los campos de la psiquiatría y de la neurología integrándose a la Cátedra de Psiquiatría de la Fac de Medicina.² Allí ocupó progresivamente los diferentes niveles docentes desde Jefe de Clínica a profesor titular, donde creó un Laboratorio de Psicología. Hombre de vasta cultura y formación humanista, conocedor de diversos idiomas, viajó varias veces a Europa delegado por la Facultad y por el Ministerio de Salud pública, con el objetivo de conocer directamente la evolución de la psiquiatría en los planos asistencial y docente. También estableció fuertes vínculos con colegas extranjeros y participó activamente en Jornadas Rioplatenses de Neuropsiquiatría así como en reuniones de nivel internacional. Hizo proyectos para la creación de un nuevo hospital que hiciese posible que los familiares no perdieran el contacto con los pacientes hospitalizados e internados. Y siendo profesor mantuvo siempre un contacto personal con sus pacientes y familiares, buscando integrar a la psiquiatría en la medicina y en la sociedad. Por ese motivo llevó la enseñanza de la psiquiatría al hospital general y bregó por la edificación de un hospital psiquiátrico cercano al hospital universitario. Basándose en observaciones clínicas muy personales publicó un importante número de artículos en la

¹ Puppo-Touriz H. La Cátedra de Psiquiatría (Su evolución histórica). *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48: 19-36

² Ramírez F. Prof. Dr. Antonio Sicco. *Rev Psiquiatr Urug* 1966; 24 (182): 24-27

Revista de Psiquiatría del Uruguay, atendiendo cuidadosamente la bibliografía que refería.

Teniendo ya gran experiencia clínica escribió varios libros, uno sobre la Personalidad, otro sobre Personalidades Psicopáticas. y un tercero sobre Neurosis, uno de cuyos capítulos es el que se publica en esta antología de textos. En el trabajo elegido, el autor, con gran solvencia clínica, precisa conceptualmente el síndrome hipocondríaco, delimita claramente sus síntomas y lo analiza en relación a diversas entidades nosográficas. Fue presentado originalmente en 1939 en las Jornadas Psiquiátricas Panamericanas de Lima y recibió el elogio de Henri Ey³ quien acuerda con el autor diciendo que «en este excelente trabajo la hipocondría es considerada una realidad clínica que debe ser anexada a las neurosis, estando más cerca de la obsesión que del delirio».

3 Ey H. Hipocondría, Estudios Psiquiátricos

Hipocondría y manifestaciones hipocondriacas

ANTONIO SICCO

LA DECADENCIA DE LA HIPOCONDRIA

La hipocondría, cuya historia se inicia con Galeno, desaparece como entidad nosográfica a comienzos del siglo XX, desplazada por las neurosis: la neurastenia (Beard-1880), la psicastenia (Janet-1894), la neurosis de angustia (Freud-1895). La declinación de enfermedad a síndrome y de síndrome a síntoma se transparenta en la definición de hipocondría que hacen diversos autores. Séglas (*Leçons Cliniques*, 1887-1894) la describe así: «La hipocondría es un estado psicopático esencialmente caracterizado por preocupaciones exageradas sobre el estado de la salud en relación con sensaciones subjetivas que el paciente trata de interpretar de una manera más o menos razonable en sus causas y sus consecuencias». Para Arnaud (*Tratado de Gilbert Ballet*, 1903): «La hipocondría está caracterizada por la preocupación excesiva de la salud y del estado de los órganos», y agrega que: «esta preocupación es con frecuencia el resultado de sensaciones subjetivas más o menos anormales». Posteriormente Roy la reduce a la preocupación excesiva, o sin fundamento, de la salud. Formula breve que solo define el síntoma esencial de la hipocondría, ya que toda preocupación excesiva por la salud no es una hipocondría sino simplemente la preocupación hipocondriaca.

La hipocondría dejó, progresivamente, de ser una entidad nosográfica y las clasificaciones psiquiátricas más conocidas no la mencionan, con excepción de la clasificación de Estados Unidos de 1933 que la ubica entre las psiconeurosis.

La gran mayoría de los psiquiatras piensan que la hipocondría idiopática no existe y que todas las hipocondrias son secundarias, existiendo únicamente síntomas hipocondriacos. Se argumenta que no es una entidad mórbida sino únicamente el tema o el contenido de una neurosis o psicosis, como la persecución, los celos o el amor. Al igual que todos ellos

es una preocupación común a todos los hombres que puede constituir la materia de cualquier enfermedad mental. Pero, fuera de la comunidad del tema, no existe unidad etiológica, ni patogénica, ni evolutiva.

En realidad estos son argumentos doctrinarios que se originan en principios y criterios nosográficos discutibles. Además, estas objeciones contra la hipocondría podrían aplicarse a la gran mayoría de las entidades psiquiátricas, porque: ¿cuántas son las enfermedades mentales con etiología y patogenia conocidas?

Si bien la hipocondría ha desaparecido nosográficamente, subsisten hipocondríacos que continúan consultándonos. Su consideración despierta, por un lado, infinidad de cuestiones sobre etiología, sintomatología y formas clínicas y por otro, plantea un problema diagnóstico. Aunque la mayoría de las hipocondrias son sintomáticas y atribuibles a otras neurosis, existe también una minoría que se presenta con rasgos genuinos y que no es asimilable a ninguna otra psicopatía. ¿Esta minoría demuestra suficientemente y legítima la existencia de una hipocondría esencial?

EL SÍNTOMA Y EL SÍNDROME HIPOCONDRIACO

El síntoma

El sentimiento hipocondríaco que es el rasgo esencial y el síntoma común a todos los hipocondríacos, puede definirse como la preocupación excesiva por la salud, sostenida por el temor a la enfermedad.

Este temor a la enfermedad y a la muerte es un temor humano común, más o menos desarrollado por la educación y la experiencia. En las personas normales sólo aparece en circunstancias peligrosas aunque algunas lo presentan más o menos fácilmente. En la estadística de Stanley Hall sobre 1701 personas: 603 temen los fenómenos celestes, 532 la obscuridad, 483 los reptiles, 365 el fuego y solamente 299 temen a la muerte y 241 a las enfermedades.

La observación permite distinguir diferentes actitudes que las personas adoptan respecto a las enfermedades. El hombre, diremos normal, vive absorbido por el mundo (intereses, pasiones, placeres), y empeñado en subsistir y prosperar trabaja, lucha, ama, sin preocuparse por la salud. Cuando enferma, resiste lo más posible sin modificar su *modus vivendi* y sólo se entrega cuando

ya no puede más, cuando la enfermedad es evidente. Otros, se dan a la vida sin ser absorbidos por ella, siendo prudentes y equilibrados. Sabe que puede enfermar y apreciando su salud es capaz de sacrificar pequeños placeres; cuando el riesgo es grande toma precauciones llamando al médico a las primeras manifestaciones de la enfermedad. Hay también temerosos, aprensivos, alarmistas y pesimistas que viven en continua zozobra consultando a menudo por afecciones leves, temiendo estar amenazados por graves enfermedades. No son raras personas excesivamente precavidas que cuidan celosamente una salud excelente, pero que suponen precaria, sometiéndose a regímenes higiénicos más o menos severos y extravagantes. Parecen haber tomado en serio la *boutade de Farabeuf*: «La salud es un estado provisorio que no presagia nada bueno». Incluso algunos viven dedicados al cuidado prolijo de una leve dolencia.

Esas diferentes actitudes permiten clasificar a las personas en varios grupos: primero, la inmensa mayoría de los normales son más o menos desaprensivos; segundo, el numeroso grupo de los prudentes; tercero, en los límites imprecisos de la patología, los temerosos; luego, ya en plena hipocondría, los fanáticos cultores de la salud y por último los enfermos, en gran parte, imaginarios. Naturalmente que entre el temor normal y el patológico hay todas las transiciones imaginables, así como entre los hipocondríacos casos intermedios y variadas combinaciones.

Todas las actitudes hipocondríacas están sostenidas por la hipertrofia patológica del mismo sentimiento, del temor a la enfermedad (asociado a la idea de salud) y del temor a la muerte (asociado a la idea de vida). La constelación enfermedad-salud está ligada al complejo muerte-vida, y cualquiera de estos temores tiene dos fases: una negativa, la que hemos descrito, y otra positiva, el afán de perdurar, el ansia de salud. Cada persona según sus características se inclina a uno u otro polo: a veces un fanático de la salud y otras de la enfermedad.

No nos detendremos a analizar el sentimiento hipocondríaco que como fenómeno afectivo es esencialmente subjetivo y porque, ¿quién no conoce el miedo de la enfermedad y de la muerte? Este sentimiento permanece en los normales más o menos latente y sólo surge en circunstancias excepcionales que lo justifican. En los hipocondríacos es un sentimiento fácil, más o menos dominante y permanente que puede llegar a concentrar gran parte de las fuerzas afectivas y constituir una tendencia que gobierna la actividad mental y orienta la conducta.

El síndrome.

Es un síndrome constituido por manifestaciones psíquicas, somáticas y anomalías del comportamiento.

Los síntomas psíquicos

Están constituidos por el temor más o menos intenso de la enfermedad y por los juicios que el enfermo se hace respecto a ella, los cuales varían entre extensos límites según el grado de angustia, de creencia, de lógica y de desarrollo. Así, oscila del simple temor a la convicción absoluta, del juicio más o menos legítimo, hasta la afirmación delirante y absurda; de la idea delirante hasta el delirio organizado y sistemático.

Las reacciones intelectual y afectivas se presentan combinadas. El temor dirige el pensamiento y prepara la creencia, la duda es angustiante, la idea obsesionante, la creencia es racional pero sobrevalorada. Cada hipocondríaco expresa el pensamiento hipocondríaco a su modo: el ansioso con fobias ansiosas, el obsesivo con fobias obsesionantes, el pasional con certidumbres mortales, el esquizofrénico con ideas enigmáticas, etc.

En cuanto a la verosimilitud de las ideas hipocondríacas, digamos que estos enfermos intentando describir o explicar sus dolencias, expresan juicios más o menos arbitrarios que denuncian las características de sus sensaciones mórbidas y el estado de sus funciones psíquicas (cuando conservan su capacidad crítica suelen manifestar ideas más o menos verosímiles, pero en las psicosis y en las demencias hay ideas de negación de órganos, de inmortalidad, etc).

Síntomas físicos

Su enumeración sería interminable, ya que corresponden a diversas sensaciones anormales y trastornos de funciones. Dolores de la piel, de los músculos, parestesias, ardor, picazón, hormigueos (en piel, en órganos sexuales, etc.), sensaciones viscerales (estómago achicado, intestino pesado, recto ocupado, pelvis congestionada). Trastornos de las funciones digestivas, urinarias, etc.

La observación evidencia que es conveniente separar las sensaciones verdaderamente hipocondríacas de los trastornos funcionales provocados por la emoción (los cuales constituyendo el fondo de la afección son el cortejo de la neurosis de angustia: astenia, mareo, la falta de aire, palpitaciones, poliuria, diarrea, etc.).

También convendría distinguir —a pesar de la dificultad que implica— las ideas hipocondríacas de las sensaciones hipocondríacas. «Mi sangre no circula», «mis órganos están entreverados», «mi corazón se ha parado», no corresponden a sensaciones, ni tampoco interpretaciones delirantes de sensaciones, sino verdaderas ideas hipocondríacas. Más arduo o imposible es determinar dónde termina la sensación anormal y dónde comienza la interpretación (teorías del origen periférico o psíquico de la enfermedad).

Esta depuración nos ha permitido constatar que con frecuencia, y especialmente en las hipocondrias que parecen más legítimas, todo se reduce a sensaciones anormales (dolores y parestesias, aisladas, poco numerosas y generalmente fijas). En algunos casos es precisamente la desproporción entre la futilidad del síntoma físico y la importancia del comentario intelectual una de las características más significativas de hipocondría (ej. quejas de sensaciones molestas menores, pero suficientes para preocupar al paciente constantemente, hasta trastornarle completamente la vida).

La localización del trastorno hipocondríaco no es obra del azar. La mayoría de las quejas se hacen en zonas erógenas, predilección da la razón a los que piensan que ella representa una tendencia sexual reprimida. Otros factores favorecen determinadas localizaciones, casos en lo que se objetiva el temor particular del enfermo por determinadas enfermedades. Otras veces la localización está favorecida por condiciones locales (mayor reacción de un órgano frente a la emoción o porque padece cierta inferioridad biológica).

Las reacciones pragmáticas. Como consecuencia de la idea de que está enfermo, el hipocondríaco recurre a diferentes medios para combatir su enfermedad. Estos recursos (consulta médicos, toma medicamentos, se somete a regímenes) no son por sí mismos inadecuados, pero sí excesivos, desproporcionados y a veces extravagantes. Los procedimientos que cada uno adopta son diferentes y en relación a su índole personal o psicopática.

LAS HIPOCONDRIAS**División de las hipocondrias**

Las hipocondrias sintomáticas eran bien conocidas de los autores del siglo XIX (ideas y estados hipocondríacos sintomáticos de melancolías, de locuras periódicas).

dicas, de locuras razonantes, de parálisis general) y en luego las hipocondrías secundarias a las neurosis. Durante ese siglo se habló de la hipocondría como una entidad mórbida, una unidad dividida según sus grados (hipocondría menor y mayor) y su evolución (aguda y crónica).

Nosotros creemos que la hipocondría debe ser dividida en dos agrupaciones. En el conjunto de los casos clínicos que tienen en común el tema hipocondríaco se impone la división de hipocondrías agudas e hipocondrías crónicas, separadas por la diferente etiología, sintomatología y evolución.

La *hipocondría aguda* es la hipocondría ansiosa (de los emotivos, de los neuróticos ansiosos o psicasténicos, de las depresiones reactivas, de la melancolía con conciencia). Con frecuencia es una reacción emocional relacionada con las enfermedades o con la muerte, donde predomina el trastorno afectivo (tristeza o ansiedad). Generalmente son estados ansiosos con fobias de enfermedades: el hipocondríaco agudo es aquel que teme estar enfermo.

En cambio el *hipocondríaco crónico* cree estar enfermo. Son enfermos tranquilos donde el trastorno paralógico predomina sobre el afectivo, con una serie de creencias y de defensas más o menos estereotipadas sobre su enfermedad. Son neurasténicos, órgano-neuróticos, paranoicos, obsesivos o verdaderos hipocondríacos. Si bien admitimos la posibilidad de que la hipocondría crónica tenga ocasionalmente un acceso de hipocondría aguda, creemos que la hipocondría aguda es siempre secundaria y que la hipocondría crónica puede ser idiopática.

Damos gran valor a esta división, ya que pensando que gran parte de la confusión respecto a la hipocondría procede de que se reflexiona sobre una de las hipocondrías y se opina sobre la hipocondría en conjunto, consideramos que este plano de clivaje facilita la solución de muchos de los problemas que se plantean. Por eso hacemos de esta división el eje de nuestra exposición.

LAS HIPOCONDRIAS AGUDAS

Tienen causa ocasional, y aparecen como reacciones neuróticas constituídas por un estado ansioso con fobias hipocondríacas. Su evolución es aguda (semanas o meses) y terminan favorablemente.

- Etiología general: Constitución motiva (Dupré), neurosis de angustia, psicastenia.

- Causa ocasional: choque emocional relacionado con las enfermedades o la muerte.

Como siempre estos factores se compensan. Hay hipocondrías con causa ocasional máxima: hipocondría «post materia», por ej. en un joven con un reumatismo articular agudo no diagnosticado. También hay hipocondrías con causa ocasional mínima: hipocondría «sine materia»: enfermedad física o psíquica, fallecimiento trágico de un familiar, posibilidad de contagio, etc. Es decir, acontecimientos emocionales o sufrimientos físicos que los normales soportarían y que en los predispuestos produce la hipocondría.

¿En que consiste esta predisposición? En la hipocondría aguda hay un modo de reacción o una reactividad exagerada, son, o grandes emotivos en los que el choque ocasional produce una reacción neurótica, o verdaderos neuróticos que hacen un empuje. La hipocondría aguda es una reacción hipocondríaca, pero donde a la mayor reactividad del individuo se agrega que el choque desencadenante logra su efecto por las resonancias que encuentra en el contenido psicológico del sujeto, en sus experiencias anteriores, en sus constelaciones hipocondríacas (punto en el que estamos más cerca de Bleuler, de Freud y aun de Stekel que de los constitucionalistas). Es una constitución psicopática pero orientada en el sentido de la hipocondría por obra de diversas influencias perniciosas (educación, ambiente médico, etc.) o por la experiencia de enfermedades anteriores. Abadie (1930) describe la constitución hipocondríaca manifestándose temprano en niños impresionables y de un natural aprensivo (temores y repulsiones exageradas por la sangre, las enfermedades), cuyas aprensiones se exalatan en la pubertad con las preocupaciones por los fenómenos sexuales, etc. Es un pequeño enfermo (Hipocondría menor) cuya vida está llena de episodios hipocondríacos menores y frecuentes. Es un ansioso especializado en el temor de la enfermedad y la muerte.

Estas son las causas más importantes de la hipocondría. Otras condiciones que favorecen el desarrollo de las tendencias hipocondríacas son la desocupación, subrayada por Courbon (Ann. Med. Psychologiques, 1931).

En la patogenia de la hipocondría aguda, obra primero la causa determinante (enfermedades orgánicas y funcionales que provocan dolores y sensaciones anormales; sucesos trágicos, enfermedades graves, que despiertan directamente la aprensión) que hace nacer la primera vivencia hipocondríaca. La personalidad sacudida por la emoción se engaña sobre la verdadera importancia de la dolencia, teme y espera con cierta ansiedad. Se observa, vigila las anormalida-

des más ligeras, atenta a la repetición o a la aparición de nuevos signos que confirmen sus sospechas. Esta actitud crea una serie de trastornos psicogénicos: aumenta y difunde el dolor, desciende el umbral de las sensaciones anormales, altera las funciones orgánicas, etc. Y así, el temor hipocondríaco se rodea de síntomas: físicos y psíquicos constituyéndose el síndrome hipocondríaco.

ESTADOS HIPOCONDRIACOS EN LAS NEUROSIS

I. Formas hipocondríacas de la neurosis de angustia (Freud). Parapatía ansiosa (Stekel). Constitución y psicosis ansiosa (Devaux y Logre). Síndromes neuropáticos ansiosos (Hernard)

De acuerdo a la definición de Littre del artículo de Brissaud (1890), los psiquiatras franceses han adoptado el término de angustia para la sensación de constricción periférica y el de ansiedad para el estado mental. En diversas formas clínicas de ansiedad el temor a la enfermedad puede presentarse, hacerse dominante e imponer al cuadro clínico los rasgos de la hipocondría. Pero en todas encontramos por detrás de las ideas hipocondríacas, las conocidas manifestaciones de la angustia.

Ahora describiremos solamente las formas agudas:

- a) *En la crisis ansiosa aguda*, la opresión torácica y la sensación de muerte inminente hacen que el enfermo crea padecer una grave enfermedad.
- b) *La constitución ansiosa hipocondríaca* es descrita en la etiología de las hipocondrías agudas.
- c) *Neurosis y psicosis ansiosas hipocondríacas*. En estas formas dominan habitualmente la inquietud, la angustia y la ansiedad y las ideas hipocondríacas ocupan un lugar secundario. Pero por tendencias hipocondríacas, ambiente médico, etc. la neurosis puede moldearse hipocondríacamente. Son pacientes que consultan a numerosos internistas, presentándose temerosos y preocupados por su enfermedad, gustan ser examinados, sugieren análisis variados y radiografías innecesarias, interrogan al médico sobre la etiología y la naturaleza de la enfermedad, vuelven a cada paso sobre el pronóstico, piden aclaración sobre detalles fútiles del tratamiento, etc.

En las formas agudas o en los paroxismos pantofóbicos la ansiedad flota como en un sueño y se fija al azar de las circunstancias pasando de un objeto a

otro, pero en las formas subagudas se concreta en nosofobias (que varían de un día a otro o de una semana a otra).

Casos clínicos

M.A.L., 25 años, soltero, estudiante de medicina.

Hace 5 años: temor a la tuberculosis durante un mes. Hace unos días teme la leucemia, después de haberla estudiado. Las consultas a varios médicos lo calman momentáneamente, pero la fobia vuelve. La idea pasa pero continúa la inquietud, la fatiga, la anorexia. Buscando distraerse tomó alcohol, frecuentó cabarets, etc. extenuándose y poniéndose ansioso; piensa si no tendrá un tumor cerebral. Estado ansioso, insomnio tenaz, fobias hipocondríacas, necesidad de consuelo, de protección. Mejora con sedantes e hipnóticos.

Mejoría progresiva con recaídas. Pudo dejar los hipnóticos y comenzar a estudiar y a dar exámenes con muy buenas notas.

D.F., 55 años, soltera, emotiva, aprensiva, ansiosa, dramatización pitiática, vive con varias hermanas solteras. Hace muchos años padeció gastroneurosis y hace régimen por diabetes.

Desde hace dos años la notan triste y preocupada y que «ha exagerado su manía de la limpieza y su miedo a los contagios. No sale ni recibe visitas y si se ve obligada a dar la mano la mantiene separada del cuerpo hasta que pueda lavarse. Terror de los microbios. Duerme irregularmente.

Sedada fue pasando mejor y su mejoría se acentuó después de un accidente en que sufrió varias contusiones.

C.R.D., 30 años, soltera. Tímida, aprensiva, familia de nerviosos. Padre fallecido hace 3 años. Es una neurosis de angustia: opresión, palpitaciones, insomnio, inquietud, tiene que salir a tomar aire. En un papelito ha escrito sus dolencias y trae un esputo para que lo examine. Solo habla de enfermedades. Mejora relativa con inyecciones de ovarina y calmantes, preocupada «porque tiene miedo de acostumbrarse».

d) Fobias ansiosas hipocondríacas

En estos estados el síntoma más típico y constante son las fobias de la enfermedad o de la muerte.

Es por ej. el caso de jóvenes inquietos y vivaces que consultan poseídos del terror de la sífilis. Sólo tuvieron una erosión genital sospechosa o asistieron a la conferencia de un higienista entusiasta y elocuente. Desde entonces cual-

quier incidente de la vida sexual despierta sus temores. Consultan numerosos médicos y se hacen análisis en varios laboratorios (tengo el record de los Wassermann). Instruidos sobre la sífilis se pasan dos meses esperando las manifestaciones y a menudo creen descubrirlas, aunque dicen estar persuadidos que no tienen la enfermedad.

La sifilofobia es de las más frecuentes, junto a la tisiophobia, a tanatofobia y la psicopatofobia. Esta última especialmente después de las crisis obsesivas. Son fobias de determinada enfermedad que generalmente se apagan después de semanas o meses; a veces persisten o reaparecen años después.

Sifilofobia. J.R., 27 años, animado, resuelto, locuaz: «tengo la manía de la sífilis. He estado bien y mal, hasta que me dí cuenta que se había roto el preservativo». Desde entonces «la angustia de tener sífilis». 18 Wassermann negativos. Oscila entre el temor y la posibilidad de estar «macaneando como la otra vez».

Fobia de paraplejía. J.T. de 34 años, conductor, impresionable y aprensivo con crisis de angustia en los últimos años. Un compañero enfermó de paraplejía y esa idea le vuelve a menudo de modo angustiante. Por dolores en la columna vertebral se hizo radiografías y consultó reiteradamente. Mejoró pero cree que el coito lo perjudica y se abstiene.

II. Psicastenia hipocondríaca

La tendencia hipocondríaca es un rasgo del carácter pero solo algunos constituyen una hipocondría. En la pubertad y en la adolescencia, encuentran ese motivo en alguna imperfección física que sólo a ellos preocupan. Y en la edad adulta, en las imperfecciones sociales: timidez, impotencia, astenia. A veces una enfermedad orgánica a exacerbado su interés por la salud.

Aparecen fobias y obsesiones hipocondríacas. Analizan meticulosamente sus delicadas sensaciones y sus trastornos sutiles. Consultan muchos médicos. Profundizan en el estudio de su enfermedad. Se cuidan prolijamente.

Caso clínico

A.C. 39 años, soltero, nervioso, pulcro, culto, pesimista, se considera escritor fracasado. Preocupado por detalles de higiene. Ve pasar un funeral y piensa en la muerte de familiares. Fetichismo por las manos de la mujer desde sus primeras relaciones sexuales. Se lava sus manos por lo menos 15 veces por día.

Su enfermedad comenzó insidiosamente hace de 10 a 15 años. Aporta un papel donde textualmente describe «las enfermedades que sufrió el paciente»

(dispepsia, reuma, ciática, o retención de ácido úrico en la pierna derecha; colitis espasmódica por radiología, etc) aparentemente curado de todas ellas. Tb «enfermedades que sufre actualmente» (focos de urticaria en las piernas, manchas escamosas, manchas hiliares y adenopatía pre-bronquio bilateral —sobre los que reitera opiniones, actos médicos, etc.—) y en las cuales los tratamientos médicos no obtuvieron resultado. También se refiere a la «psicología del enfermo» (*sus características mentales*: falta de memoria, necesidad de un gran esfuerzo para retener algo. No amnesia en la memoria de los números. Carencia de vitalidad mental, preocupación excesiva por hechos nimios; ideas fijas que en algunos casos dominan días enteros; y *características nerviosas*: sensibilidad excesiva al viento del norte, a la humedad; irritabilidad frente a los ruidos estridentes; temor a incurrir en errores, sean de cualquier índole, etc..

III. Hipocondría post materia (hipocondría de los emotivos)

Quienes no tienen predisposición requieren una causa ocasional importante: enfermedad orgánica grave, dolorosa, prolongada, que los deja sensibilizados. Temerosos de la recaída exageran su auto-observación (sus sensaciones anormales, se toman el pulso, la fiebre, etc.) lo que acaba por descubrir los antiguos síntomas que son una reproducción neurótica de la enfermedad primitiva (porque los síntomas ahora se acompañan de angustia). Esta hipocondría post materia (Courbon) es en realidad una fobia ansiosa hipocondríaca, que por sus particularidades etiológicas permiten describirla aparte.

Casos clínicos

J.A.M. 27 años, casado, oficinista, pícnico, inquieto, locuaz. Después de una insolación, pasó 20 días en un cuarto oscuro, seguido de un período en que creía tener todas las enfermedades. Después de volver a trabajar, presentó cefalalgia intensa «la cabeza me iba a estallar», calor en la nuca, frío en el epigastrio y en el corazón. Desde entonces accesos de angustia. Destaca la vivacidad y la energía y contradicción con que refiere sus sufrimientos: «Debo tener algo», «soy un fenómeno de fuerte».

C. J. 33 años, soltero, militar, que hace 3 años presentó dolores y fiebre alta por un reumatismo articular agudo que inicialmente no fué diagnosticado. Desde entonces, en 2 años tomó 4 kg. de salicilato «porque si deja el salicilato siente algunos dolores». Accesos de angustia y palpitaciones con días en que prefiere estar en cama.

A esta variedad de hipocondrias exógenas corresponde la hipocondria de los estudiantes de medicina en el periodo de aclimatación profesional.

IV. Fobias obsesivas hipocondriacas

Todas las fobias son obsesionantes (Pitres y Regis, 1902: «una forma de las obsesiones en general»). Pero hay dos clases: las fobias ansiosas y las obsesivas. La gran mayoría son ansiosa: fobias comunes, comprensibles, lógicas, cuyo fondo es la ansiedad, de mecanismo psicogenético simple y superficial (fobias de neurosis, especialmente de la neurosis de angustia). La otra variedad mantiene su vínculo con las obsesiones: son formas mixtas, que tienen el contenido de la fobia pero que son imperiosas como las obsesiones. Son enigmáticas e incomprensibles, su fondo no es siempre la ansiedad sino la cólera y pueden arrastrar la adhesión del enfermo, de mecanismo psicogenético profundo y complicado (fobias de psiconeurosis, de la psiconeurosis obsesiva principalmente). Generalmente las fobias ansiosas curan, mientras que las obsesivas se cronizan (a veces lo que empezó siendo una fobia ansiosa aguda puede evolucionar hacia una fobia obsesiva crónica).

Así se comprende el interés evolutivo y patogénico de las fobias obsesivas hipocondriacas; ya que pueden ser una etapa inicial de hipocondrias crónicas o una forma de pasaje entre hipocondrias agudas y crónicas. La fobia obsesiva hipocondriaca corresponde a la neurosis obsesiva pero puede aparecer en psicasténicos y en ansiosos.

Casos clínicos

Tres casos de fobias obsesivas hipocondriacas, de contenido semejante pero bien diversas en su forma clínica.

Dos jóvenes, una apenas adolescente, creían tener una raya en la nariz y un muchacho creía que se le caía el pelo, y sin embargo no se objetivaban ni las rayas ni la alopecia. Por este motivo fútil, y además irreal se alteró gravemente su conducta. Nadie puede comprobar su imaginario defecto, pero esta negativa que calmaría al ansioso parece molestar al obsesionado, que inseguro de «su verdad» reclama, a veces imperiosamente, la confirmación de los otros. Desconfía, cree que se le oculta la opinión verdadera, atisba las actitudes y conversaciones, es decir, procede como un delirante. Frente al médico, a diferencia del ansioso, se mantiene indiferente, a veces desdeñoso, como los paranoicos que «están al tanto del secreto».

El ejemplo más típico fue el de una joven de 15 años, alta y delgada que escucha como distraídamente la historia que me refiere su madre. Siempre había sido nerviosa y desde hacia un año había empezado a decir que tenía «entradas» en el cabello y que la gente se daba cuenta, por lo que caminaba tapándose la frente. Después empezó a creer que tiene una raya vertical sobre el dorso de la nariz, razón por la cual, preocupada constantemente no quiere salir y si sale se mira en todos los espejos y vidrieras que encuentra. Tiene accesos de llanto y crisis de desesperación que duran unas horas. Su conducta se ha ido alterando: no trabaja, y se levanta y acuesta tarde; se pasa horas frente al espejo. Dice que «no la comprenden» y protesta porque no le dicen la verdad. Al interrogatorio responde brevemente y con indiferencia. Posteriormente mejoró un poco no estando en su casa, pero al volver tiene accesos de ira en que insulta a sus padres. No ha vuelto al consultorio. Los trastornos del carácter y la afectividad hicieron plantear el diagnóstico de una fobia obsesiva hipocondriaca preesquizofrénica.

Otro joven que comenzó con una preocupación hipocondriaca hizo luego un estado catatónico 21 años, empleado, alegre, trabajador, notó durante años que el cabello se le caía un poco. Sin poder afirmarse un comienzo de calvicie, la temía exageradamente: usaba lociones, combatía la seborrea, etc. Hace un mes, para que brotara se hizo afeitar el cabello, y durante 15 días no salió porque estaba «impresentable». El encierro y la ociosidad exageró su preocupación y aun cuando ha vuelto a salir de noche, lo hace con gorra porque persiste con su idea. El paciente dice: «primero, fue la manía del pelo, luego la de no salir, después el problema de si una vez cortado crecería o no. Aunque parezca ridículo todo el mal proviene del pelo». La ansiedad aumentó a pesar del sedante e intentó suicidarse. Estando hospitalizado hizo un estado catatónico del que mejoró varios meses después, mediante inyecciones de cardiazol.

Otro caso fue el de una psicasténica con depresiones periódicas con igual obsesión semejante a la primera enferma. 27 años, soltera, cariñosa, tímida, poco comunicativa, casera, de buen carácter, dócil. Hace tres años un período depresivo de tristeza y llanto que duro dos meses, y ahora está muy preocupada con unas rayitas que cree tener a un lado y otro de la nariz. Se pasa todo el día mirándose al espejo, tanto que su madre dice: «Si no hubiera espejos, no estaría enferma». Meses después, mejora.

LAS HIPOCONDRIAS CRÓNICAS

Las hipocondrias agudas o nosofobias son estados ansiosos, presididos por el temor de la enfermedad y de evolución aguda; ahora estudiaremos las hipocondrias crónicas: estados delirantes presididos por la creencia de enfermedad imaginaria y de evolución crónica. Son enfermos imaginarios como el Argan de Molière, aunque sin embargo no tan imaginarios porque en realidad están más enfermos de lo que la gente piensa.

El hipocondriaco agudo teme estar enfermo, mientras que el crónico cree estar enfermo. Esta creencia que generalmente es serena y firme se inició sobre la existencia real de trastornos originados por alguna enfermedad y luego creció por el desenvolvimiento natural de los procesos obsesivo-delirantes. La hipocondria crónica corresponde al delirio hipocondriaco sistematizado, concebida como el desarrollo obsesivo en el terreno del carácter sadístico anal. Por eso no la consideramos constitucional, depreciamos la importancia etiológica de la constitución paranoica, distinguimos la creencia hipocondriaca de la idea delirante y en consecuencia proponemos separarla de los delirios y unirla a las psiconeurosis.

Naturalmente que junto a las hipocondrias crónicas esenciales hay estados y manifestaciones hipocondriacas que evolucionan crónicamente. Esta diferenciación puede ser difícil en casos en que la enfermedad inicial persiste, por ejemplo en las neurastenias hipocondriacas.

I. La Hipocondria genuina. Etiología general

a) El problema de la constitución

Clásicamente se admitía la predisposición innata y hereditaria a la hipocondria, como una predisposición latente (Gilbert Ballet), que hacía eclosión en sujetos hasta entonces aparentemente normales. Algunas descripciones clásicas (Wollemberg, Emminghaus, Abadie) se refieren a la constitución de la hipocondria ansiosa. Otros autores tienen en cuenta el concepto de paranoia primitiva siendo la hipocondria solamente una de sus variedades secundarias.

La hipocondria es para Delmas «un modo reaccional del paranoico exactamente de la misma significación que el delirio de persecución». Y cree encontrar apoyo en la opinión de Seglas sobre el carácter del hipocondriaco quien lo resume diciendo: «Autofilia, desconfianza y odio con respecto al mundo exterior, susceptibilidad, tendencias a las acusaciones». Reconociendo que la hi-

pocondria desborda la constitución paranoica admite la existencia, junto a la hipocondria paranoica, de la hipocondria ansiosa. Y agrega que la hipocondria paranoica puede aparecer en sujetos que no son verdaderos paranoicos pero que tienen una fuerte disposición a la avidez.

Sin duda se puede presuponer en el candidato a la hipocondria un desequilibrio afectivo determinado por la exaltación del instinto de conservación, por el interés del cuerpo y por el debilitamiento de los sentimientos altruistas y la depreciación de los valores sociales. Igualmente, dentro de las doctrinas psicoanalíticas, se puede relacionar este desequilibrio afectivo con la evolución sexual y admitir que los hipocondriacos son autoeróticos o narcisistas. Pero estas presunciones únicamente bosqueja vagamente los rasgos psicológicos del hipocondriaco con un perfil ambiguo que tanto puede corresponder al paranoico, como al esquizoide o al obsesivo.

Suelen verse, pero menos frecuentemente de lo que se dice, paranoicos hipocondriacos; casos relativamente raros, pero impresionantes. El paranoico, delirante por antonomasia, desarrolla magníficamente el tema hipocondriaco, Genil Perrin (Les Paranoïaques, 1927) refiere un caso espléndido por su rica sintomatología, con expresiones máximas.

Los hipocondriacos tienen algunos rasgos que son comunes con los paranoicos: suelen ser egocéntricos, egoístas, desconfiados y en el fondo también orgullosos. Pero están más cerca del sensitivo de Kretschmer que del paranoico de Kraepelin (sensitivos y querulantes de Bumke). Se parecen a los sensitivos por el egotismo, el exceso de susceptibilidad, la tendencia a represión y al estancamiento ideo-afectivo, por el deseo de quedar bien y ser estimados. Se diferencian de ellos porque no son tímidos, porque su auto-crítica no es aguda, porque no son soñadores sino prácticos.

Tienen algunos de los rasgos del psicasténico: la tendencia a la auto-observación, al auto-análisis, la frecuencia del sentimiento de imperfección, la prolijidad, el detallismo, la minuciosidad, el coleccionismo y la escrupulosidad. Pero se diferencian porque son, como los verdaderos obsesivos, de carácter más bien fuerte, irascibles, a menudo autoritarios, enérgicos, exigentes para los demás y para sí mismos.

En suma, creemos que lo que ha sido descrito como carácter sádico-anal (Freud) es un patrón que conviene a la mayoría de los verdaderos hipocondriacos: de carácter difícil se martirizan y molestan a los demás, se sacrifican y sacrifican a los otros. Son autoritarios, obstinados, susceptibles, trabajadores,

avaros. Aman el orden, la prolijidad, la minuciosidad, el detallismo, la escrupulosidad. Muy a menudo este carácter se perfila sobre un fondo de emotividad.

Estos rasgos psicológicos no corresponden rigurosamente a una constitución, en su sentido habitual de cualidades puramente hereditarias o genotípicas. Es un carácter o una personalidad: la personalidad obsesiva o compulsiva, producto de la herencia y de la vida. Este carácter no es un esbozo de la enfermedad, sino un terreno favorable, un sistema en el que la enfermedad va a cristalizar.

b) El desarrollo de la hipocondría

En este terreno se produce la primera vivencia de la hipocondría como experiencia dolorosamente vivida: una enfermedad orgánica, un estado neurasteniforme o propiamente una hipocondría aguda y fóbica. Semejante a las vivencias que conducen a la hipocondría aguda: enfermedad con dolores o angustias, sentimiento de enfermedad, reacción de la personalidad, supervaloración hipocondríaca, temores, auto-observación, expectativa ansiosa, que a su vez influyen sobre el cuerpo con descenso del umbral de las sensaciones, etc.

Pero el motivo ocasional es generalmente más importante, a menudo una verdadera enfermedad como «experiencia vital».

En los emotivos o ansiosos la reacción es más epidérmica aunque puede ser más ruidosa, más emocional. En cambio en sujetos paranoicos-sensitivos-obsesivos, cuya conducta es más racional y deliberada, esta vivencia hipocondríaca puede ser el germen de un desarrollo hipocondríaco. Va a ser revivida y persistirá toda la vida, imprimiendo a los demás estados afectivos una dirección. La angustia o la fobia hipocondríaca vuelven, se asocian a múltiples estados de conciencia, se hacen cotidianas o permanentes y cuando no están presentes se las siente implícitas en los pensamientos donde se vuelven obsesionantes. Luego se enfrían y se fijan, se intelectualizan y pierden su carácter compulsivo. Acaban por ser racionalizadas y en último término aceptadas como una creencia. Aunque en los primeros tiempos no tienen valores lógicos el enfermo las acepta y obra en consonancia con ellas.

La idea hipocondríaca es una creencia justificada pero no es una certidumbre porque no está exenta de dudas. El enfermo le ha dado su asentimiento pero no es una convicción delirante. Además el delirante interpretador constituye su delirio razonando, mientras que el hipocondríaco interpreta la sucesión, a veces

caprichosa, de sus vivencias hipocondríacas, siguiendo un curso irregular y a veces contradictorio.

c) Sintomatología

Vamos a destacar aquellos que son más propios de la hipocondría crónica. En el aspecto psíquico predomina el trastorno intelectual sobre el afectivo. El hipocondríaco cree estar enfermo y tiene sobre su enfermedad (naturaleza, etiología, patogenia y terapéutica) una serie de creencias falsas e irreductibles, que han sido extraídas de la atenta y prolongada observación de sí mismo. Tanto del análisis y contra los de sus sensaciones y de sus funciones como del estudio de la influencia que sobre ella ejercen los diferentes regímenes dietéticos que ha ido ensayando. A lo que se suman los conocimientos que se han interesado en adquirir en las numerosas consultas médicas, en las secciones médicas e higiénicas de los diarios y revistas (excelentes para cultivar la hipocondría), en las conferencias de divulgación y en los museos anatómicos más o menos científicos o comerciales.

Este comentario intelectual es importante y característico de la hipocondría crónica o delirante, porque la hipocondría, decía Dubois es «une manière de penser», dependiendo la riqueza y el desarrollo de este comentario del grado de inteligencia y de cultura del enfermo. El hipocondríaco suele ir al médico para ser desembarazado de sus trastornos y le agrada conversar e interesarse sobre su enfermedad.

El hipocondríaco experimenta una verdadera decepción cuando el médico le manifiesta que no tiene nada porque él ya tiene su convicción hecha y es inaccesible a la persuasión. Por lo general está descontento con los médicos, inclinado a criticarlos y a señalar las diferencias que cree encontrar en los diagnósticos. Al comienzo cambia fácilmente de médico, después ensaya la homeopatía para dejar finalmente «las drogas», se entrega al naturismo y por último se trata él mismo con procedimientos a veces extravagantes. Se queja de gran susceptibilidad por los medicamentos que le producen «una serie de efectos sorprendentes» que son el resultado de falsas interpretaciones.

d) El ceremonial hipocondríaco

Se construyen un régimen de vida rígido, completo y detallado que cumplen estrictamente. Dedicán todo el día al cuidado de su salud: remedios, masajes, aplicaciones, inyecciones y comidas especiales. Repiten cada día el

mismo ritual y no tienen tiempo ni gusto para los paseos y las diversiones. Esta perseverancia y fidelidad la guardan también para algunos medicamentos tónicos, que el enfermo ha experimentado y considerado beneficiosos, y que conservan aun cuando ya ha pasado su oportunidad. Es un verdadero ceremonial, comparable al de los obsesivos y que el hipocondríaco cumple rigurosamente, a expensas de sus intereses y con verdaderos sacrificios, ejemplo: un peluquero hipocondríaco, abandona a las 9 en punto el salón y se instala por más de una hora en el cuarto de baño para lograr experimentar la sensación de que su intestino está libre).

e) Diagnóstico

El de hipocondría no admite dudas. Pero, por la similitud del mecanismo patogénico, puede considerársele secundaria a una neurosis obsesiva, que estuviera enmascarada por la hipocondría. En este supuesto habría que admitir en una forma leve y monosintomática. Nosotros creemos que la ausencia de otras obsesiones la singularidad de su presentación clínica, justifica su autonomía. Es por lo menos un tipo clínico.

Caso clínico que completa la exposición. J. L. 21 años, soltero, peluquero. En su adolescencia frecuentes poluciones nocturnas, y desde hace dos años: astenia con dolores frecuentes y a veces temblor. Ha observado que pierde semen al defecar. Después de unos meses, cree que la playa le ha levantado. Se casó hace tres meses pensando corregir su mal.

Durante los cuatro años siguientes siguió igual sintiendo frecuentes hormigueos que desaparecieron con la supresión de la carne y el vino. 2 hijos, de 4 y de 1 año. Su padre ha fallecido, y él es quien ahora dirige la peluquería, donde trabajan sus hermanos. Venera la memoria de su padre y trata de seguir su ejemplo, en actividad y puntualidad.

Ha visto médicos y ha hecho diversos tratamientos. Se fatiga al conversar, dificultad para encontrar las palabras y también tiene momentos en que todo marcha con soltura. Todas las mañanas se hace una envoltura fría para quitarse el cansancio.

Un mes después dice que la astenia ha mejorado y que los dolores se han localizado junto a la columna. Se pasa una hora en el cuarto de baño. «Trato de sacar todo lo posible porque noto que quedo bien, pero en todo ese tiempo se me duermen muchísimo las piernas». Viene muy contento porque ha descubierto que cuanto menos «usa el matrimonio» mejor se

encuentra. A medida que van pasando los días desde el último coito se va encontrando cada vez más fuerte. Pero teme que la prolongación de la abstinencia reproduzca los antiguos derrames.

Desea la desaparición completa del temblor porque además de barbero estudia el dibujo topográfico, que es su verdadera vocación. Continúa experimentando la abstinencia. «Lo único que me resta son los dolores de los testículos». Ha observado que de mañana, cuando los testículos están contraídos se encuentra mejor y que de noche, cuando están descendidos, se encuentra peor. «Los días buenos son los días con apetito y el mate me mejora despertando el apetito».

Meses después dice que ha descubierto que en la lectura llega un momento en que se fatiga y no ve con claridad. Piensa que «la caída de la vista» es el comienzo del malestar. También dice que se le cae el cabello, de modo difuso, en la parte superior del casco. Tiene la sensación de que no domina su pensamiento porque no concuerda con lo que está viendo. Trata de representarse el cuarto y a la vez pensar en el cuarto ya que cree que cuando «coordine la vista y el cerebro» estará mucho mejor.

Al año siguiente dice estar en perfecta armonía con sus familiares pero como trabaja junto con sus hermanos tiene algunas diferencias. Prefiere sin embargo «tragárselas» porque teme no dominarse. Le agrada el orden en todas las cosas y continuar la tradición de su padre. «Creo que soy muy activo pero envidia aquellos que tienen permanentemente disposición para todo». Ha vuelto al coito normal. Pero ahora piensa que «la comida es un vicio» y ha notado que es después de comer que se encuentra peor: «pierdo hasta la voz». Ha seguido un régimen vegetariano «bien llevado» pero no nota nada. De mañana esta mejor. Cuando recién comienza el trabajo «apronta» fácilmente. Echa un vistazo a los espejos, respira hondo y juega el peine con facilidad. Esa «levantada» es fácil de mañana cuando tiene «el busto con la forma del cuerpo». De tarde se «doblega».

Un año después, dice que otros en su lugar ya hubieran dejado el trabajo que cada vez se le hace más difícil. No cree tener enfermedad grave, solo una «debilidad nerviosa» que no lo deja coordinar. Siente en la parte inferior del vientre una sensación difícil de definir: como si estuviera inflamado o como cuando se tiene deseos de defecar y se espera y no se consigue efecto. Se siente algo mejor porque ha descubierto que estando sentado «en ángulo recto» le vienen las fuerzas. Entre un cliente y otro se

sienta «en ángulo recto» y se repone. Le es tan necesaria esa posición que de mañana se levanta una hora antes para sentarse y estar pronto en el momento de abrir la peluquería. Es una posición «infalible» y lamenta no haberla descubierto antes.

II. La hipocondría en los paranoicos

El criterio de Ribot de dividir a los hombres en sensitivos y activos, puede servir para clasificar a los paranoicos en dos tipos principales: el paranoico de Kraepelin y el sensitivo de Kretschmer. Tal vez mejor que dos tipos, son los dos núcleos principales que se destacan en el grupo heterogéneo de los paranoicos. En cualquiera de ellos puede desarrollarse la hipocondría, pero es más frecuente entre los hipoesténicos o sensitivos.

a) Los paranoicos activos

Los reivindicadores son apasionados, vehementes, fanáticos y belicosos. Entablan contra la agresión mórbida una lucha cerrada y sin descanso, recurriendo a los procedimientos más radicales. Estudian libros de medicina, se tratan ellos mismos: son autodidactas y autoterapeutas. Es un delirio más sólido y persistente que descansa en convicciones más firmes. Está mejor organizado y domina completamente la conducta del enfermo (delirio de actos).

Caso clínico. Hipocondríaco-reivindicador que creyéndose objeto de persecuciones y burlas había cometido un homicidio. De un informe médico-legal producido se extractan los siguientes datos: R.S. 30 años, soltero, nacido en el interior del país, a los 17 años vino a la capital «para ingresar a la Academia Militar», pero enfermó de blenorragia, enfermedad que fué un factor decisivo en la orientación de su vida. Los dolores le impresionaron tan profundamente que desde hace 13 años está dedicado a cuidar su testículo enfermo que «siempre le quedo algo sensible y doloroso». Diversas consultas y tratamientos por la persistencia de sus dolores testiculares y «por amenazas de hinchazón», que lo obligaban a guardar cama y aplicarse hielo durante muchos días.

En un período de mejoría se empleó en un laboratorio privado donde trabajó dos años pero por la aparición de una colitis disenteriforme según él, «consecuencia de su antigua blenorragia» recibe nuevamente tratamiento y dejó el trabajo. «Eso me duro un año y medio, dejándome en un estado calamitoso y muy débil a pesar que siempre conservaba mi grosura corporal». Pero luego «el otro testículo o sea el más sano, el que

me duele ahora, amenaza hinchárseme del todo. Estuve dos meses en cama aplicándome hielo. Cedió algo pero no volvió a lo normal y siempre quedo hinchado. Hasta ahora lo siento, siendo la causa originaria de mis quebrantos de salud. Varias veces me resolví a sacármelo, pero la esperanza y algunas mejorías me hacían cambiar de opinión». Mejora algo y se decide a explotar un campo. pero «a pesar de mis esfuerzos por trabajar la enfermedad me doblegaba y si un día trabajaba, tenía que guardar cama dos o tres». Entonces arrienda su campo y se va a vivir permanentemente a Punta del Este (ciudad turística) «para dedicarse totalmente al cuidado del testículo». Pero los dolores continuaron irradiándose ahora al corazón y produciéndole trastornos digestivos. Va a Buenos Aires para hacerse extirpar el testículo, pero nuevamente mejoró y no tuvo ánimos para operarse.

Entonces pasa a vivir a Piriápolis (otra ciudad turística) donde se inicia la historia de su persecución. Estando en un café observa que el dueño «de cuando en cuando me señalaba con la mano sin mirarme de frente». Trata de escuchar y oye: «ese es un sabandija que estuvo allí». Lo mira fijamente pero el otro le vuelve la espalda con desdén a lo que RS no da mayor importancia porque dice que está «acostumbrado a recibir provocaciones de sujetos pendencieros a quienes contesto con la indiferencia».

En el primer momento no lo reconoce pero luego piensa que es PA a quien había conocido en Punta del Este. Se va de Piriápolis «sin pensar ni creer que ese individuo tuviera la paciencia de levantarme calumnias de toda especie». Estando un día en la peluquería, PA le dice a otro que le pregunte a RS si no lo conocía, «seguramente no se animó él por lo que había hablado de mí». PA se adelanta para estrecharle la mano y RS dice, «Ante tanta falsedad, reaccioné diciéndole: me extraña que Ud. me venga a saludar habiéndome visto anteriormente tantas veces». El otro se hizo el sorprendido y cuando le dije que lo ví y lo escuche conversar en Piriápolis, el me negó exaltándose y diciéndome: «miente, yo no he estado en Piriápolis». Se insultaron e hicieron ademán de sacar armas y cuando RS se retiró sintió gritos hostiles: «jodido, enterrado vivo, brisco panzón».

A partir de allí empezaron a tirarle piedras, a calumniarlo y difamarlo. Presentó sus quejas a los policías quienes lo escucharon «entre serios y sonrientes». La persecución arreció. De noche sintió gente que rondaba su casa y vivía alerta esperando el asalto. Una mañana siente golpes en el techo, sale armado y

se encuentra con PA, y dispara matándolo. El parte policial señala que: RS salió enfurecido y que insultó a PA antes de dispararle.

Examen y diagnóstico. RS es de aspecto robusto y su vigor contrasta con la historia de sus largos padecimientos y con el tono quejoso y humilde con que nos cuenta sus dolores, las burlas y las persecuciones. Desde los 17 años ha estado dedicado al cuidado extremo de su blenorragia. Estuvo tres veces hospitalizado y se ha pasado la vida dedicado al cuidado de su testículo doloroso. Abandonó los estudios y el trabajo, se alejó de su pueblo, para vivir aislado en un régimen naturista, siguiendo escrupulosamente los preceptos higiénicos: no tenía relaciones sexuales, no bebía alcohol, ni siquiera tomaba mate.

Estas preocupaciones de enfermedad, acompañadas de cuidados excesivos revelan al hipocondríaco, que en este caso ha sacrificado todo por su pequeña afección, organizando su vida con el propósito exclusivo de evitar sus achaques. Sobre el hecho real de su pasada blenorragia ha edificado un sistema de ideas de enfermedad. Celoso de su salud vive alerta sobre la aparición de cualquier manifestación mórbida y las pequeñas molestias comunes y pasajeras son para él indicios de enfermedades graves. Relaciona todas sus molestias presentes a la antigua blenorragia; las crisis de colitis o de angustias son complicaciones que demuestran la persistencia y la progresión de su vieja enfermedad.

Es una forma de hipocondría delirante que se desarrolla en sujetos de personalidad con tendencias paranoicas, desconfiados y susceptibles, que reaccionan desproporcionadamente ante la agresión. La susceptibilidad, la desconfianza y la tendencia a la interpretación delirante surgen claramente del relato de todas las desavenencias y de los incidentes que culminaron en el homicidio. A partir del incidente en Piriápolis «encontró un perseguidor» y todas las provocaciones reales o supuestas provienen de él y de sus compañeros. El hecho de vivir cerca de PA alimentó con pequeños hechos cotidianos el delirio de persecución y preparó el desenlace trágico: PA indiferente en su trabajo mientras RS «se mantenía vigilante», hasta que un día lo mata, en una reacción desproporcionada. Su susceptibilidad, su desconfianza y su miedo le han hecho perder el sentido de la realidad. Fue construyendo un sistema de ideas delirantes de persecución del mismo modo que antes había elaborado un delirio hipocondríaco. Interpretando los hechos según su preconcepción pasional, magnificando lo pequeño y descubriendo en lo insignificante sentidos tan falsos como trascendentales.

Este delirio de persecución, aunque coherente y sistematizado es un delirio pequeño, como una riña con vecinos, breve como un incidente y verosímil a pesar de ser falso. Por su aspecto y por las reacciones activas que provocó en el enfermo (el perseguido se volvió perseguidor) por su evolución aguda (con la muerte de PA terminó la persecución) debe diagnosticarse este caso como pertenencia al Delirio de Reivindicación (Seglas, Serieux y Capgras). El episodio delirante terminó con la muerte de PA y RS está satisfecho porque ha vengado la ofensa imaginaria y el delirio de reivindicación ha cerrado su ciclo. Pero igualmente RS sigue siendo predispuesto a la persecución porque mantiene íntegra y quizá misma agravada la constitución mental que lo llevó ya una vez a este delirio. Y esto puede repetirse y es probable que se repita cuando la vida le presente nuevos personajes para su novela delirante.

b). Los paranoicos pasivos

No todos los paranoicos son hombres de acción, ni todos los perseguidos son agresivos y matan. También existen los que huyen o se suicidan, que constituyen un grupo de paranoicos contemplativo «resignados». Son orgullosos sin arrogancia, tristes sin humildad, angustiados que no imploran y que a veces rechazan el consuelo o el auxilio. Forman un conjunto extraño y heteróclito, tipos clínicos mezcla de paranoia, psiconeurosis y melancolía, que debe ser separado de los querellantes y pasionales. A este conjunto de paranoicos asténicos (Serieux y Capgras), pertenecen los sensitivos de Kretschmer, los perseguidos autoacusadores de Seglas, la paranoia abortiva de Gaupp, el delirio sistemático de auto-acusación de Seglas, etc. También muchos de los casos englobados en la hipocondría delirante y que hemos tomado como modelo para la descripción de la hipocondría crónica.

Aquí, solo nos ocuparemos de la variedad hipocondríaca descrita como hipocondríacos perseguidos auto-acusadores (Gilbert Ballet). Es un tipo clínico que con frecuencia pasa sin ser diagnosticado dentro del delirio de influencia o del delirio alucinatorio crónico. Confusión que incluso puede estar justificada porque en su primera fase el hipocondríaco perseguido permanece como hipocondríaco oculto en su natural reserva y sólo se describe en su fase delirante o persecutoria. En su primera etapa estos hipocondríacos perseguidos presentan persecuciones genitales (onanismo, impotencia, etc.) a las que reaccionan adoptando medidas desproporcionadas. Luego, en su fase delirante es cuando atribuyen sus trastornos a la influencia de otras personas, a las que no acusan.

Solo buscan defenderse y a veces se suicidan. Presentan diferencias con los melancólicos y las alucinaciones son raras o ausentes.

Caso clínico.

35 años, español, soltero, comerciante que siempre fue de un carácter taciturno y con tendencia a la soledad. Desde hace tres meses creía que la gente se burlaba; hablaba solo. Intento ahorcarse y buscó un revolver para suicidarse.

Al examen: Enfermo lúcido, deprimido, que experimenta dificultad evidente para recordar y encontrar las palabras. Refiere que sufre desde su juventud de poluciones nocturnas que se suspendieron durante 2 años cuando convivió con una mujer. Luego esas pérdidas han vuelto y eso le preocupaba mucho, por lo que se ha tratado de diversos modos, pero sin éxito. Buscaba evitarlas durmiendo en el suelo sin colchón o sentado en un banco. Dice que por todo eso se encontraba cansado y malhumorado pero que nunca pensó en suicidarse. Está inclinado a suponer que las poluciones le son provocadas; a veces siente como si lo apretaran y le ha parecido oír murmullos y voces no claras. Cree estar «apriionado» por una inquilina, mujer casada que coqueteaba y le provocaba. En el servicio en que está hospitalizado es un paciente tranquilo, dócil, trabajador, prolijo pero ensimismado y solitario. No solicita tratamiento para sus poluciones pero acepta gustoso la medicación.

Mejorado es dado de alta y un mes después, dice el paciente, que paseando por la azotea de su casa «se le fue la cabeza» y cayó a la calle fracturándose la columna vertebral. Niega haber tenido intenciones de suicidarse. Vuelto a su casa, como había gente del barrio «que hacían ruidos y bochinchas en la esquina» se fue a quejar a la Comisaría, donde lo enviaron de nuevo al hospital psiquiátrico. Su comportamiento es semejante al de su anterior ingreso.

III. La hipocondría que complica la neurastenia

Krafft-Ebing y Hösslin han descrito los caracteres diferenciales entre la neurastenia y la hipocondría, pero desde la aparición de la neurosis de angustia y de la psicastenia han modificado algo la extensión de esos conceptos, aunque los signos principales subsisten.

El neurasténico se presenta como un enfermo orgánico que refiere los síntomas físicos de su enfermedad: la astenia, los dolores, los trastornos gastro-intestinales, etc. Cuando existe, el comentario psíquico es secundario y objetivo. La disminución de la actividad está determinada y es proporcional a la astenia.

En cambio el hipocondríaco es «un mental». El comentario intelectual predomina sobre los síntomas físicos siendo desproporcionados los medios de defensa y el ceremonial hipocondríaco. En suma, el neurasténico es un enfermo de su cuerpo e hipocondríaco de sus preocupaciones.

Pero hay neurastenias complicadas de hipocondría, que con frecuencia son discretas manifestaciones hipocondríacas. Los síntomas neurasténicos alimentan las preocupaciones hipocondríacas y hasta cierto punto justifican los comentarios y las exageraciones en el régimen y medicación. Pero a veces se desarrolla una hipocondría que llega a ser dominante. Extremen los cuidados, reducen cada vez más la actividad y al final terminan por organizar completamente su vida alrededor de su enfermedad.

IV. Los débiles mentales hipocondríacos (Hipocondría quejumbrosa)

Es una hipocondría que refleja las características psicológicas de la debilidad mental. El delirio está reducido a unas pocas ideas más o menos burdas, o, si el débil posee imaginación, un delirio rico pero absurdo, incongruente. Como compensación puede existir gran variedad de síntomas físicos, sensaciones extrañas falseadas por interpretaciones groseras o desfiguradas por la tosquedad de la expresión. Por su puerilidad, el débil puede reaccionar con lamentos y lloriqueos infantiles, constituyéndose así un tipo de hipocondríaco plañidero e impresionante (hipocondría quejumbrosa). Este tipo ha sido caricaturizado por Molière en *Le malade imaginaire* en el personaje de Argan, como un hipocondríaco plañidero y ridículo, de quien se burlan todos.

Caso clínico. ZA, 48 años, uruguayo, soltero, jornalero, analfabeto, que nunca había tenido relaciones sexuales según decía por temor al contagio venéreo y cuya enfermedad había comenzado 4 años antes. Comenzó por dolores en los labios y las mejillas que se acompañaban de una sensación de sequedad en la boca. Pasó así dos años y luego se agregó una intensa sialorrea que persiste. Se queja de tener los labios como muertos y que de cuando en cuando se le duermen las manos. Se presenta con rictus de dolor, con la boca entreabierta y chorreando saliva.

Atribuye su enfermedad a haber tomado «aguas malas» y a haber tomado mate con bombilla prestada. Desde entonces la enfermedad se ha ido agravando porque una dentista le sacó tres muelas y le dejó las raíces y porque ha tropezado con malos médicos. Lo que lo empeoró mucho es que se hizo unos buches con agua de rosas.

Al examen bucal revela una discreta estomatitis eritematosa. Resto del examen clínico y paraclínico: normal. Estando hospitalizado el paciente se quejaba y lamentaba exageradamente en forma continua, de día y aun de noche, durmiendo poco. Se quejaba de cada medicamento y siempre se encontraba peor, después de la medicación. Continuó así hasta su fallecimiento.

V. La hipocondría pseudo-orgánica

En la evolución crónica de la neurosis de angustia, las crisis difusas del comienzo pueden reducirse o predominar a nivel de una región o de un órgano: crisis de angustia circunscriptas (cardíaca, respiratoria, gastrointestinal, pelviana, etc.). Las crisis se repiten, la auto-observación del enfermo se exagera y acaba por constituirse un síndrome persistente hecho de sensaciones más o menos molestas y trastornos funcionales. Son órgano-neurosis creadas por la angustia.

Son pacientes con síntomas ansiosos muy discretos que se presentan al médico como cardíacos, gástricos, urinarios, etc. Su preocupación parece legítima y el médico desprevenido cree en la organicidad de esta afección. Muchas veces el clínico minucioso, presionado por el paciente, si realiza todo tipo de estudios paraclínicos puede descubrir anomalías de dudosa importancia. Valorados como causa de los trastornos, determinan complicados regímenes dietéticos y prescripciones medicamentosas pero los trastornos persisten o se agravan. Es generalmente entonces, o por paroxismos ansiosos que el enfermo es enviado al psiquiatra. El examen psíquico descubre los otros síntomas de la neurosis, que generalmente aparecen en un plano secundario.

DE LAS RELACIONES ENTRE LA HIPOCONDRIA Y LA ESQUIZOFRENIA

Hay diferencias entre los cicloides y esquizofrénicos frente a las enfermedades. El cicloide vive acaparado por la realidad exterior y por el momento presente, mientras que el esquizofrénico contempla su vida interior. El extravertido desdén la salud «por ser cosa demasiado poco objetiva» (Jung) mientras que el introvertido es un cultor de la subjetividad.

En efecto, encontramos frecuentemente tendencias hipocondriacas tanto en los esquizofrénicos (Kretschmer) como en los esquizoides. También en las formas iniciales, frustradas o periódicas de la esquizofrenia, siendo en cambio mucho más raras las manifestaciones hipocondriacas en los estados avanzados; en las formas demenciales y residuales.

La introversión y las tendencias hipocondriacas se favorecen recíprocamente. Los sentimientos altruistas se debilitan y el enfermo concentra su interés en el cuerpo y en la observación de sí mismo. Es también la opinión de Freud pero por otras razones: la hipocondría es una neurosis narcisista en la que el instinto amoroso se fija en el sujeto y se inserta en determinados órganos. Es un placer de enfermedad y la esquizofrenia una voluntad de enfermedad. Una regresión al estado primario de la sexualidad infantil (auto-erotismo). Bleuler opina desde el punto de vista psicológico que las hipocondrias crónicas ya son verdaderas esquizofrenias. Estas disquisiciones psicológicas dejan ver que una afección favorece a la otra y la clínica psiquiátrica confirma todas estas posibilidades. Pero también nos enseña que estas asociaciones o transformaciones hipocondriaco-esquizofrénicas, no son tan frecuentes como lo harían suponer esas consideraciones teóricas.

a) El esquizoide hipocondriaco.

Ese desacuerdo se atenúa si se admite que muchas hipocondrias pueden ser en realidad formas leves de esquizofrenia. Hay esquizofrenias frustradas (Kronfeld, Wizel) y sociables que pueden pasar enmascaradas de neurosis. No, neurosis preesquizofrénicas sino propiamente esquizofrenias neuróticas.

Caso clínico.

JP, 22 años, estudiante de derecho que a los 16 años había padecido un estado neurasténico que había mejorado dos años después. Desde entonces sufre de dispepsia y estreñimiento, considerándose «un digestivo». Sometido al tratamiento de varios médicos, presenta astenia que predomina en la mañana. No ha tenido relaciones sexuales. Examen somático normal.

Al año siguiente consulta nuevamente. Ha estado en tratamiento con internistas y le diagnosticaron «vesícula inflamada». Siguió un régimen severo pero se encuentra cada vez peor. «Lo que no tengo es afectividad, todo se me ha sustituido por sensaciones digestivas». «No puedo leer novelas ni experimentar verdaderos placeres porque estoy, permanentemente inundado por sensaciones digestivas».

Lo que denomina «sensaciones digestivas» no se puede expresar con palabras: «es como un sujeto que estuviera por vomitar y con la cabeza pesada,

angustias, palpitaciones, no tanto el corazón acelerado como la circulación acelerada». Dice que «son perturbaciones que tienen el estilo digestivo».

No da exámenes y concurre raramente a la Facultad, porque la carrera no le interesa y sí la filosofía, especialmente Nietzsche, Bergson, Platón y la literatura rusa.

Continúa igual con falta de fuerzas: «tengo miembros como de algodón» pero sobre todo «una sensación de debilidad que invade el psiquismo». Dolores diversos que tienen alguna relación con las comidas «cierta conexión pero no íntima», «puedo experimentar sensaciones digestivas como por una sustancia de terciopelo sobre la piel».

Meses después está muy deprimido lo que atribuye a tres causas: trastornos digestivos, rencillas caseras y dificultades financieras. «No hablaba con nadie; me encerré en un mutismo absoluto». «Tengo una película que me separa de la vida. Algo así como que no siento la alegría de los otros».

Al año siguiente sigue experimentando sus extrañas sensaciones «voy nadando en sensaciones digestivas» pero las interpreta de otro modo: «puede ser un exceso de sensaciones digestivas o una falta de vida afectiva». Acentuado sentimiento de despersonalización «no vivo, soy vivido por otro» que describe largamente: «Hace como 5 años empecé a padecer esta enfermedad. Todo se inició con: una sensación única, que se hacía fundamental en mi psicología, imposible de describir y que venía como desde el cuerpo, invadiendo la psicología». Eso «empotraba» y embotaba la vida afectiva, le hacía perder su movilidad e intensidad, su «tono» habitual con cierta interrupción del lazo con lo exterior.

Después los fenómenos descritos se hicieron más intensos con ciertos fenómenos digestivos raros pero que se le aparecían al enfermo como reales. La importancia de esto es para mostrar que la invasión de la conciencia por sensaciones internas adquirió un carácter más preciso, que el paciente consideraba de orden digestivo. Así pudo distinguir en su vida psicológica determinados estados que se correspondían con los que creía distinguir en sus fenómenos digestivos: estados de intoxicación, estados en que ésta habría sido suprimida, estados intermedios, etc.

Finalmente, el sentimiento fundamental que el paciente tiene es de que él no es más él, de que él es simplemente la pantalla donde se proyecta la película de una vida psicológica que no es la suya...

b) Paranoide hipocondríaco.

La forma paranoide especialente la variedad llamada «debilitamiento paranoide» por Kraepelin es dentro de la esquizofrenia la que mejor realiza el tipo hipocondríaco. Son paranoides sociables bastante semejantes a los paranoicos con quienes a menudo se les confunde y de los que distinguen por las alteraciones de la afectividad y por las modificaciones de la conducta que de ella derivan.

Caso clínico. Hombre de 19 años que después de algunas discordias con sus familiares se encuentra en casa de un tío. Tampoco allí se encuentra bien y desearía ingresar al hospital. No estudia ni trabaja. No tiene amigos y casi no sale de su casa. Refiere que su enfermedad comenzó hace unos dos años. Hasta entonces había practicado el onanismo, hasta que un día se dio cuenta «que marchaba al abismo». Entonces se valió del alcanfor como anafrodisíaco y por su efecto más el de la codeína no solo se suprimieron las «erecciones sexuales» sino también las «erecciones fisiológicas». Supone que en su enfermedad debe haber participado también un purgante que tomó hace un año y medio. Desde entonces padece dos clases de amnesia: una amnesia visual y otra auditiva que le impide prácticamente el estudio. Después, el paciente recorrió las policlínicas cambiando de médico.

c) Hebefrenia hipocondríaca

Algunas veces la hebefrenia comienza por un estado hipocondríaco. El sentimiento de extrañeza y las alucinaciones cenestésicas originan y alimentan las preocupaciones y las sensaciones hipocondríacas. Por lo general es un estado hipocondríaco ansioso y agudo que desaparece sumergido por otras manifestaciones procesales. Pero en algunas variedades (hebefreno-delirante y hebefreno-paranoide) puede tener cierto desarrollo delirante y ser más persistente.

Caso clínico de una hebefreno-catatonía iniciada por un estado ansioso a tema hipocondríaco VT, de 19 años, soltero, de carácter reservado y de conducta caprichosa, consulta por sentir desde hace seis meses un malestar en el epigastrio. Por esa razón consultó a varios médicos, agravándose su estado clínico en las últimas semanas; manifestó que se encontraba extraño, pensaba en la muerte y le pareció ver cementerios. Refiere haber tenido dos crisis de angustia: «me quedaba sin respiración» y desde entonces tiene siempre presente el pensamiento de la muerte. Dice que en la sala le ponen muertos al lado de

su cama. Lúcido, imprecisamente orientado, excitado con risas inoportunas. Pueril. Travesuras. Ideas de daño. Meses después presenta un estado catatónico con gatismo urinario y fecal. Sitiofobia por periodos. Tratado con cardiazol mejora su comportamiento; trabaja regularmente, recibe bien a la familia, reconoce que sus antiguas ideas era «una fantasmagoría». De alta en prueba por dos meses siguió bien.

Caso clínico semejante al anterior pero donde las manifestaciones hipocondríacas aparecieron en la fase catatónica en chocante discordancia con la actitud del enfermo. JPM. 34 años, soltero, agricultor. Al examen: enfermo inmóvil, con los ojos bajos en actitud concentrada. No habla espontáneamente. Pero al interrogatorio imperioso contesta en voz baja, monótonamente, sin hacer un gesto y con los ojos siempre bajos. Refiere que su enfermedad comenzó hace ya dos años con un gran miedo. Después fue perdiendo poco a poco sus fuerzas como si se fuera paralizando y le aparecieron dolores numerosos que el enfermo detalla. Luego perdió el apetito; por momentos adelgazaba y en otros engordaba. También le sucedió de quedarse sin sentido etc., etc.

Al examen: síndrome catatónico que el paciente mantuvo durante mucho tiempo. Una tía nos dijo que el paciente era de un carácter nervioso, muy temeroso y aprensivo pero habitualmente alegre, conversador, burlón y jaranista. La enfermedad lo transformó: se aislaba, andaba por los rincones, no quería comer, quiso echar a los hermanos y vigilaba a su madre que estaba separada de su marido. Después de una serie de cardiazol se mueve algo más pero no trabaja ni habla espontáneamente y se mantiene solitario, pero abandonó sus ideas hipocondríacas.

Eso es lo que suele pasar porque la hipocondría derivada de la angustia de los trastornos cenestésicos, de los sentimientos de despersonalización somatopsíquica, pertenecen a las formas ligeras o al primer período de las esquizofrenias. Cuando la enfermedad avanza y el autismo se agrava o cristaliza desaparecen los temores y las ideas hipocondríacas.

CONCLUSIONES

A modo de breves conclusiones puede decirse que:

I. *La hipocondría es una realidad clínica.* Los hipocondríacos existen como una realidad clínica que no puede desvirtuarse por consideraciones formales,

aun cuando su número haya disminuido después del conocimiento de las nuevas neurosis. Se puede discrepar —al igual que para la mayoría de las «enfermedades» psiquiátricas— sobre si la hipocondría que parece idiopática es «una enfermedad o solamente un síndrome».

- II. *La hipocondría debe ser una entidad nosológica.* La hipocondría es un tipo clínico suficientemente especificado y relativamente frecuente como para ser tomado en cuenta por las descripciones nosográficas. Se puede sostener que la hipocondría es siempre secundaria y admitir por razones prácticas el incluirlas en las clasificaciones psiquiátricas.
- III. *La hipocondría debe ser dividida en aguda y crónica.* Esta división esta justificada por la diferente etiología, patogenia, sintomatología y evolución.
- La hipocondría aguda:
 - a) aparece en el terreno de la emotividad mórbida y de la ansiedad,
 - b) es una reacción neurótica,
 - c) en un estado ansioso con nosofobias en el que predomina el trastorno emotivo, y
 - d) evoluciona habitualmente, en semanas o meses y es generalmente curable.
 - La hipocondría crónica:
 - a) aparece en sujetos de carácter sádico-anal,
 - b) es un desarrollo obsesivo-delirante,
 - c) es un estado delirante donde predominan los trastornos paralógicos y del comportamiento, y
 - d) evoluciona de modo crónico siendo generalmente incurable.
- IV. *No existe una constitución hipocondríaca.* Esto es verdad para la aguda como para la crónica. Pero existe una predisposición hipocondríaca (en parte hereditaria y en parte adquirida) a la que se agregan motivos ocasionales.
- V. *La hipocondría debe ser separada de los delirios y anexada a las neurosis.*
- a) porque la hipocondría aguda es una reacción neurótica;
 - b) porque la forma aguda como la crónica permiten la convivencia social y
 - c) porque la creencia hipocondríaca es una idea sobrevalorada que está mas cerca de las ideas obsesivas que de las ideas delirantes.

Elio García-Austt (1888-1954)

HUMBERTO CASAROTTI

Nacido en Uruguay, fue médico por vocación de curar y por imperativo de solidaridad, y se orientó a la psiquiatría por ser la más humanista de todas sus ramas, impregnada de filosofía, historia y valores culturales, pero también porque percibió el drama patético del hombre alienado.¹ Se dedicó a la docencia convirtiéndose, según quienes le conocieron, en «un auténtico Maestro» que no buscaba solo proporcionar información, sino estimular el diálogo y la discusión como manera de despertar inquietud por el aprendizaje de la difícil profesión que es la psiquiatría. Fue un docente brillante que desarrolló una carrera destacada que culminó como catedrático de Psiquiatría. Desde ese lugar, continuó la tradición implantada por su antecesor de realizar Ateneos Clínicos semanales,² e inició la realización de Cursos de Perfeccionamiento en los que todos los integrantes de la Clínica Psiquiátrica colaboraban presentando los resultados de sus trabajos clínicos y de sus investigaciones psicopatológicas. Motivado por su deseo de trabajar por el bien común, se volcó al obrar social, actuando en política. «Desde su banca de diputado se afanó en la defensa de la libertad y en la difusión de la cultura», no descansando nunca en el enriquecimiento de su acervo cultural. Varias de estas características personales hicieron que destacara en el campo de los peritajes psiquiátricos, siendo sus informes no los frecuentes «deberes escolares» llevados a cabo como si fueran simples trabajos administrativos, sino piezas científicas, trabajos de síntesis clínica y psicopatológica con los cuales, al responder a los magistrados los ilustraba para que pudieran ejercer su función judicial con una «sana crítica».

¹ Murguía D. Prof. Dr. Elio García Austt. *Rev Psiquiatr Urug* 1966; 24 (182): 29-37

² Puppo-Touriz H. La Cátedra de Psiquiatría (Su evolución histórica). *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48: 19-36

Fue en base a uno de estos informes que E. García-Austt escribió el artículo elegido para esta antología, donde desarrolló el concepto original de que los episodios periódicos de hipomanía no eran una forma menor o atenuada de manía, una «manía en pequeño», frustra, abortiva o larvada, sino que configuraban una afección autónoma y distinta.

La hipomanía considerada como reacción psicótica autónoma

ELIO GARCÍA-AUSTT

Un simplismo nosológico psiquiátrico muy en boga actualmente, derivado de un afán biologista que se satisface con conclusiones superficiales, tiende a reducir cada vez más los cuadros psicopáticos, unificando lo divergente y generalizando lo específico, pretendiendo evidenciar mecanismos generadores o hipotéticas similitudes clínicas.

Aparte las asimilaciones fundadas en analogías sintomáticas artificiosas o en factores etiológicos forzados que han dado auge a las esquizosis y a las psicopatías constitucionales, cabría asimismo señalar la amplificación desmesurada de estados banales fundada en la prevalencia de un componente evolutivo tal como la periodicidad, o en la hegemonía de un trastorno objetivo tal como la excitación o la depresión.

En Psiquiatría, y en medicina toda, los criterios que inspiran un descubrimiento o dirigen una investigación no pueden ser indefinidamente fecundos. A la larga se deforman exagerándose, y por ahí se esterilizan. Es así que el concepto evolutivo, tan rico en aportaciones en Kraepelin, ha caído en exageraciones teóricas, desmedidas, una de cuyas consecuencias —y no la menor— es estimular actitudes de pereza mental frente al paciente.

Esa tendencia absorbente de ciertos criterios es particularmente visible en lo que se refiere a los cuadros constitutivos de la Psicosis Maníaco-Depresiva (PMD). A pesar del esfuerzo kraepeliniano por distinguir entre los episodios maníacos y melancólicos legítimos modalidades clínicas netamente definidas (aparte de los estados mixtos, Kraepelin señala entre los cuadros melancólicos periódicos no menos de 6 variedades y 9 formas de melancólica pre-senil), es corriente en clínica atenerse a la etiqueta de acceso maníaco o melancólico sin esforzarse en mayores precisiones, y remitiéndose para la etiología a factores

constitucionales a menudo indiscernibles, y para el pronóstico al fatalismo de una compulsión evolutiva periódica de carácter endógeno.

El propósito fundamental de este trabajo es intentar una revisión de la tendencia clínica demasiado conformista que acabamos de señalar en lo que respecta al concepto de los estados hipomaniacos y de su asimilación nosológica a los cuadros maniacos.

El criterio corriente es que por un lado se trata de manifestaciones periódicas endógenas y que por otro la hipomanía, como lo indica su nombre no es sino una forma atenuada de manía (una manía en pequeño, una manía frusta, larvada o abortiva). Creemos que se trata de un doble error.

La oposición etiológica endógeno-exógeno, tan grata a la psiquiatría alemana durante mucho tiempo, y todavía definida con tesón por Bumke, ha sido suplantada en gran parte por conceptos más lógicos y profundos. Mientras primó aquella distinción, la PMD, y por consiguiente, los estados maniacos e hipomaniacos esenciales que la integraban en la concepción de Kraepelin, aparecían como el tipo de los trastornos endógenos. Los trabajos de selección discriminativa y crítica de estos últimos años —ya iniciada por el propio Kraepelin al sustraer las melancolías preseniles al cuadro de su gran síntesis nosológica—, después de provocar una reducción extraordinaria en la extensión de los estados legítimos, han culminado, en lo que concierne a la etiopatogenia, en nociones renovadoras, tales como la de Birnbaum sobre el «análisis estructural» de la psicosis y la «distinción entre fenómenos patoplásticos» y «fenómenos patogénicos». Para este autor, patoplástico es todo aquello que en la expresión mórbida aparece como constitucionalmente preformado y en cierto modo tan solo movilizado y modelado por la enfermedad, reservando la denominación de patogénico para lo que es expresión directa del «proceso» patológico. Es así, por ejemplo, que en la Parálisis General, la excitación maniaca, la depresión, los delirios o las manifestaciones esquizofrénicas entran en el cuadro de los síntomas patoplásticos; en tanto que las perturbaciones mnésicas, las del juicio, las alteraciones neurológicas son síntomas patogénicos.

Esta distinción ha sido aplicada al análisis estructural de la sintomatología maniaco-depresiva, y ha conducido a Rittershaus y otros a una revisión radical del alcance nosológico del concepto kraepeliniano, llegando hasta negarle todo carácter de afección original. «La disposición maniaco-depresiva, dice Rittershaus, es una función cerebral... que existe en todo el mundo y que se combina probablemente a otras disposiciones según las leyes mendelianas. Su labi-

lidad, su tendencia a variaciones es así determinada por una parte dentro de los límites de lo normal y por otra parte más allá de estos en tanto que reacción a una o varias causas». Entre esas causas menciona las afecciones orgánicas del cerebro, los procesos tóxicos y endotóxicos, y —punto importante— los traumatismos psíquicos. Como se ve, Rittershaus encara ya la PMD en parte como reacción ambiental. Acentuando esa tendencia se ha llegado a la creación por Redalié de «un tipo reaccional cicloide» correlativo del «tipo reaccional esquizoide» de Kahn, y que sería la expresión patoplástica de la personalidad en los conjuntos sindromáticos maniaco-depresivos y esquizofrénicos.

El mismo Kraepelin se ha plegado en parte a esa tesis. En 1920, en el año en que apareció el trabajo de Rittershaus, en una publicación, «de un alcance didáctico considerable» (Redalié) se expresa en el mismo sentido casi que Birnbaum, haciendo una distinción entre el análisis de la enfermedad y el de la personalidad, entre «las lesiones fundamentales y las formas exteriores». Aunque sea menester admitir que cada proceso mórbido se manifiesta bajo las mismas formas exteriores, la aparición de estas, según Kraepelin, no está limitada a un proceso dado, sino que puede ser provocada, bajo un aspecto semejante, por causas patógenas variadas.

En estos diversos trabajos se evidencia también la influencia de otro concepto fecundo y que ha contribuido a reducir la significación del endogenismo como determinante exclusivo de entidades mórbidas. Me refiero a la noción de Bonhoeffer sobre psicosis de situación y reactivas, derivada sobre todo del estudio de las psicosis carcelarias, pero extendido después a un gran número de «formas exógenas de reacción psíquica» determinadas por perturbaciones biológicas locales extra-neurológicas (circulatorias, digestivas, genitales, etc.). Alteraciones que actúan a través de un eslabón tóxico intermedio, a menudo de naturaleza endocriniana; o bien por situaciones sociales complicadas, fuertemente traumatizantes desde el punto de vista moral. Bonhoeffer llegó mismo a la creación de «un tipo reactivo exógeno», cuya especificidad clínica psicopática defendió, cayendo en las mismas exageraciones de los endogenistas.

La sensatez clínica de Kraepelin debía señalar la posición más justa, haciendo notar que «las particularidades de los tipos reactivos exógenos no son condicionadas por su origen (lesiones viniendo del exterior) sino simplemente por su desarrollo rápido. En cambio donde las causas exteriores (intoxicaciones y otros agentes patógenos) actúen sobre el cerebro lentamente y de manera durable, surgen cuadros que corresponden, no a los tipos reactivos psicógenos, sino a

los de afecciones endógenas a desarrollo lento». La oposición entre endógeno y exógeno se desvanece como se ve, casi por entero.

Lo interesante para nuestro tema, es que Bonhoeffer señala entre los estados reactivos la posibilidad de cuadros maníacos o melancólicos. Es lo que confirma Rittershaus al considerar la PMD simplemente «como un complejo de síntomas, en el sentido de Hoche», destacando su carácter de reacción frente a influjos extrínsecos, nociceptivos.

Así se comprende que no puede seguir asimilando a la PMD, estados de excitación periódica, nada más que por atribuirles un supuesto determinismo endógeno, en desacuerdo absoluto con la realidad clínica. Si entre los cuadros periódicos integrados indebidamente a la PMD, hay muchos respecto a los cuales la filiación exógena, reactiva es indudable, ellos son los estados hipomaniaco. Una anamnesis cuidadosa pone siempre de manifiesto: contrariedades, choques, complicaciones, dificultades morales, situaciones sin desenlace, como factores desencadenantes de esa reacción patoplástica que especifica cada observación particular. En algunas obras modernas (Manual de Mira por ejemplo) se atribuyen las denominadas melancólicas y manías psicógenas de la PMD a factores reactivos; y con respecto a la manía se señala expresamente que este tipo no pasa a menudo de «la fase hipomaníaca».

En mi concepto casi todas las hipomanías tienen ese carácter reactivo exógeno (mal llamadas manías psicógenas) y es a ellas a las que cabe aplicar con mayor verosimilitud las distinciones señaladas, que resquebrajan la unidad de la PMD.

Si es muy discutible asimilar desde el punto de vista etiológico manías o hipomanías esenciales en una misma síntesis, el análisis fenomenológico de la hipomanía vuelve esa irreductibilidad definitiva. La discriminación psicológica de los estados maníacos y melancólicos no puede limitarse a distinguir artificialmente modalidades opuestas de humor afectivo, de actividad intelectual y de actividad motriz. Esa semiología psíquica un poco superficial no permite alcanzar sino la objetivación más saliente del trastorno. Sobre todo la consideración de grado o intensidad, opuesta a la de calidad o nivel, hace que se desconozca la fenomenología característica de cada cuadro. Aún manteniéndose en ese terreno estrictamente objetivo y sin pretender desentrañar la subjetividad íntima de los enfermos, es evidente que conceptos tales como el de penetración afectiva, de relaciones de comprensión, tan bien expuestos por Jaspers, pueden

intuirse en parte a través de un examen analítico de las exteriorizaciones psicopatológicas ofrecidas por el paciente.

En el cuadro adjunto he intentado una diferencia comparativa de esa índole entre la manía y la hipomanía, agregando además algunas distinciones de aplicación práctica referente al tratamiento, la profilaxis, y la medicina legal, que completan las diferencias fundamentales entre aquellos estados.

<i>Hipomanía esencial</i>	<i>Manía esencial</i>
1. <i>Origen.</i> Estado situacional reactivo de carácter psico-social, a filiación afectiva exógena, causas determinantes de índole moral constatables (choques, emociones, contrariedades). Por excepción constitución ciclotímica o exaltación constitucional.	1. <i>Origen.</i> Estado reactivo simple por desequilibrio biológico endógeno predominante. Causas ocasionales inaparentes. Amenudo constitución ciclotímica o por lo menos alteraciones humorales frecuentes.
2. <i>Debut.</i> Paulatino e insidioso. Posibilidad de remisiones, o pausas, o yugulación del acceso.	2. <i>Debut.</i> Brusco, a veces repentino. Desarrollo rápido, continuado e irreductible.
3. Contenido psicopático, ideídico y afectivo en relación a temática íntima con los factores sociales determinantes. Filiación aparente, lógica y comprensible, de los temas invocados. Riqueza conceptual normal. Hipermnesia verdadera.	3. Contenido psicopático, variable, diverso, fragmentario, incoherente, desprovisto de ligación lógica aparente. Orfandad ideídica, pobreza conceptual.
4. <i>Curso del pensamiento,</i> acelerado, pero correcto. Evocación perceptiva fácil y rápida de recuerdos exactos y desarrollo ordenado y coherente de cada tema. Ramificación dicotómica del pensamiento. Predominancia de «Imagerie» concreta. Fuga de temas. Prevalencia del contenido consciente y mnésico en la expresión verbal. Función de reintegración asociativa muy vivaz y dirigida por «factores de interés personal» conscientes. Dentro de cada tema asociación totalitaria, en profundidad, en diversos planos.	4. <i>Curso del pensamiento,</i> precipitado y elíptico, «sincopado». Determinismo perceptivo excluyente o prevalencia predominante y monótona de recuerdos «anclados». Fuga de ideas o perseveración ideídica. Pobreza de tendencia imaginativa correcta. Revelación verbal frecuente de complejos reprimidos. Asociaciones superficiales, automáticas, provocadas y dirigidas por incitaciones perceptivas u orientadas inconscientes. En todo momento asociación accidental, unilateral en superficie.
5. <i>Capacidad atencional.</i> Tendencia a la multiplicación y enriquecimiento perceptivo de las representaciones, con extensión inusitada de los temas. Coherencia completa o por lo menos relativa. Actividad atencional sobre todo espontánea, desencadenada por motivos externos, pero mantenida por componentes «interiores»: evocaciones a fuerte carga afectiva. Capacidad relativa a episódica de selección, de totalización, de síntesis, de inhibición atencionales; a veces hasta de concentración interior. El hipomaniaco puede llegar a mirar o escuchar por localización interés.	5. <i>Capacidad atencional.</i> Dispersión de la atención espontánea exterior. Cambios constantes de motivos de interés, con predominancia de componentes sensoriales y motrices. Imposibilidad de inhibición y por lo tanto de esfuerzo atencional voluntario. A veces viscosidad atencional interna: absorción estereotipada por una evocación íntima fuertemente derivada en expresiones motrices. Actitud atencional móvil y concreta. Imposibilidad radical de unificación mental sintética, de concentración psíquica activa sobre ningún objeto e imagen. Diversificación y a veces incoherencia perceptiva. El maniaco habla en general porque ve u oye, nunca porque mira o escucha.

6. <i>Humor afectivo.</i> Tendencia expansiva, sténica, predominantemente eufórica, con explosiones coléricas y cambios repentinos, siempre motivados por incidencias ambientales. Desequilibrio humoral fácil pero retorno igualmente fácil al tono afectivo prevalente. Contacto simpático y cómodo con el enfermo. Reacciones predominantemente catatímicas.	6. <i>Humor afectivo.</i> Estabilidad y persistencia relativa de la tonalidad afectiva, más a menudo irritable o colérica que propiamente eufórica. Perseverancia de la actitud a pesar de las variaciones ambientales; motivación endógena predominante. Contacto afectivo difícil. Alejamiento simpático. Reacciones predominantemente holotímicas.
7. <i>Lenguaje y reacciones.</i> Versión sténica hacia el ambiente. Adecuación verbal, gestual y práctica al contenido de cada tema. Necesidad incoheble de movimiento, amplificación de la mímica, acentuación de la palabra por el gesto. Articulación fácil aunque acelerada y a veces disártrica; siempre comprensible y coherente.	7. <i>Lenguaje y reacciones.</i> Desborde esténico real. Agitación motriz verdadera, inadecuada a las circunstancias. Reacciones impulsivas o reflejas de agresión provocadas por cualquier motivo accidental. Articulación verbal precipitada, entrecortada, monótona, con acompañamiento explosivo de gritos, insultos, cantos, sonidos inarticulados.
8. <i>Evolución y desenlace.</i> Marcha entrecortada de remisiones y agudizaciones siempre determinadas por motivaciones externas constatables. Duración prolongada. Curación progresiva y restablecimiento sin déficit de ninguna índole. A veces depresión psíquica constitutiva.	8. <i>Evolución y desenlace.</i> Marcha siempre igual a sí misma con escasas alternativas. Duración relativamente breve. Curación brusca y restablecimiento con déficit pragmático transitorio. Depresión consecutiva excepcional.
9. <i>Complicaciones y derivaciones.</i> Con relativa frecuencia empujes delirantes, interpretaciones episódicas, núcleos ideoaffectivos reaccionales a tendencia reivindicadora, a veces delirios de tipo paranoico duraderos o residuales.	9. <i>Complicaciones y derivaciones.</i> A menudo interceptaciones confusionales por agotamiento, o caídas en el estupor maniaco. Nunca delirio verdadero.
10. <i>Tratamiento y profilaxis.</i> Posibilidad de curar sin internamiento, aconsejar sólo en previsión de actitudes comprometedoras de situaciones familiares o sociales. Poca acción de las medicaciones sedantes. Conveniencia del encarrilamiento paulatino y precoz del «excendente» práxico del hipomaniaco. Posibilidad de profilaxia mediante una higiene mental estricta.	10. <i>Tratamiento y profilaxis.</i> Internamiento necesario y precoz. Influencia favorable de los sedantes químicos y fisioterápicos. Imposibilidad de toda derivación práctica adecuada. Ineficacia de toda acción profiláctica. Fatalismo biológico determinante.
11. <i>Medicina legal.</i> Incapacidad legal casi nunca necesaria ni fundada. Control familiar o médico posible y suficiente. Responsabilidad social admisible frente a casos de especie.	11. <i>Medicina legal.</i> Curatela transitoria imprescindible casi siempre. Control familiar imposible. En principio irresponsabilidad social genérica.

Si se comprende mi esfuerzo de distinción, entonces no debería seguir persistiendo esa especie de prejuicio científico, autista-símil a tantos otros señalados por Bleuler, y que deriva en el fondo del convencimiento de que la excitación psíquica normal o patológica es una manifestación siempre igual a sí misma. Decir que la hipomanía es una manía en pequeño me parece tan inexacto como afirmar que la manía es una hipomanía en grande. Hay entre ambos estados una diferencia radical e irreductible de origen, de mecanismo de contenido, de forma, de naturaleza, de evolución, de desenlace. No se me escapa que el carácter periódico puede aparecer como un factor unificante, pero se sabe que la periodicidad, a fuerza de generalizarse, ha concluido por perder todo valor no-

sológico específico. Aún admitiendo que conserve algún significado cabría distinguir, en lo que concierne a la PMD, el ritmo condicionado por la prevalencia de alteraciones biológicas inevitables (manías verdaderas), del que determinan circunstancias reactivas externas, contingentes (manifestaciones hipomaniacas esenciales).

Antes de terminar me voy a permitir una sugestión teórica que quizás contribuya a confirmar en el futuro la diferenciación entre manía e hipomanía esenciales. Bard estableció una distinción justa entre mecanismo y patogenia. Respecto al mecanismo, correspondería señalar que en la hipomanía responden a factores externos, sociales, situacionales, reactivos, psicogénicos, patoplásticos, y en la manía a componentes determinantes endógenos, biológicos, patogénicos primordiales.

Quedaría por establecer hasta qué punto son aplicables a ambos estados, vistos bajo el ángulo de la patogenia pura, las teorías que en ciertos aspectos parecen fecundas, formuladas a modo de explicación o comprensión de los episodios maniacos. Aquí cabría consideraciones atingentes a puntos de vista tales como los de Binswanger sobre la realidad fenomenológica de las «existencias maniacas y melancólicas» encaradas como modo de vivir humanos; o los de Mac Curdy de tesis marcadamente psicoanalítica, que caracteriza la manía y la melancolía como una «regresión puberal» con su impulso de omnipotencia y liberación. Freud mismo, dentro de este orden de ideas, ha sentado la hipótesis de que la PMD no es más que una intensificación de la lucha entre el Eros o instinto vital y los instintos de muerte, con predominio transitorio de cada uno de ellos en los estados opuestos. En este esfuerzo de explicación patogénica cabría señalar la tesis de Janet, derivada del estudio de las conductas y creencias, y en la cual la PMD es encarada como el predominio de actitudes de fracaso o triunfo con sus correspondientes comportamientos, (sufrimiento, alegría, contracción, expansión), o bien como una «fuga de la acción». Quizás esos ensayos explicativos no convengan a todos los casos y es probable que aquí también esas patogenias correspondan a estados desemejantes, y que por lo mismo esas explicaciones no podrían tener un alcance genérico.

Y finalmente que no se pretenda que hay casos difíciles de etiquetar, que importan como transiciones entre las manías y las hipomanías, y que por eso las unifican. Eso no tiene importancia porque los casos atípicos son la excepción, ya que aquí, como en toda la patología mental, el atipismo es la regla. Y a este respecto podría decirse lo que Bleuler afirmó a propósito de la distinción

en casos límites, entre PMD y esquizofrenia: que no corresponde establecer si se trata de una u otra enfermedad, sino hasta qué punto ambas coexisten en el mismo paciente.

La etiqueta nosológica psiquiátrica no es generalmente sino una forma cómoda de encasillar y «archivar», por así decir, cada enfermo. Lo que importa es el análisis individual concreto de cada caso, dirigido por el propósito de especificar el trastorno.

A continuación presentamos *una historia clínica* de un caso de hipomanía típica, elegido entre otros similares por tratarse de un paciente que fuera objeto de un peritaje médico-legal (encarado por los primeros peritos como una manía simple determinó la aplicación de medidas legales, que en nuestro concepto eran inadecuadas al caso).

WCL de 50 años de edad, brasileño, casado hace 20 años, un hijo de 19 años.

I. ANTECEDENTES

Hijo de padres sanos, al año de edad parece haber presentado manifestaciones meníngeas sin repercusión somática o psíquica, inmediata o alejada. Infancia y adolescencia normales. Estudios primarios y secundarios completos (bachillerato en ciencias y letras). Ingresó luego a la Escuela de Agronomía, a disgusto, pues sentía una vocación decidida por las actividades ganaderas. A los 20 años, a raíz de la muerte de su padre se dedica a los negocios rurales que continuó toda su vida, adquiriendo singular competencia. Posee una versación profunda en los múltiples aspectos de la técnica ganadera, lo mismo que en el conocimiento del ambiente donde actúan, desde los hombres que lo rodean hasta los medios comerciales en que realizan sus transacciones. Ha adquirido una reputación comercial y un crédito muy sólido.

Su vida se ha desenvuelto hasta hace poco en un ambiente de moderación y prudencia innegables. Residiendo habitualmente en Montevideo llevaba un tren de vida confortable sin caer en excesos, y en los períodos frecuentes que pasaba en sus establecimientos de campo, actuaba con celosa vigilancia, imponiendo intenso trabajo al personal a sus órdenes. Estas características de inteligencia, ponderación y energía, le permitieron acrecentar sensiblemente los bienes heredados y encarar negocios de alcance como el que acaba de concertar con el Banco de la República.

Sin embargo conviene señalar, como complemento de lo dicho, que el carácter de WCL no era siempre igual. A sus condiciones permanentes de inteligencia equilibrada y de capacidad crítica adaptable a las circunstancias, unía desequilibrios del tono afectivo, saltos de humor, relativamente frecuentes y en general inmotivados. En esas oportunidades se revelaba como un hombre tan fácil a la exaltación eufórica y activante como a la depresión inhibitoria. Pasaba casi sin transición de la alegría contagiosa a la inercia triste. De comunicativo y emprendedor que era se tornaba inesperadamente despreocupado, indiferente, silencioso. Sin embargo, esas desigualdades del humor no eran muy visibles, y además, nunca, durante ellas, su comportamiento excedió límites razonables. Todo parecía más bien como la exageración normal de los cambios cíclicos del nivel afectivo corrientes en la mayor parte de los individuos.

La existencia de WCL se desenvolvió sin grandes tropiezos ni contrariedades visibles para los suyos, hasta que uno de esos cambios de humor adquirió caracteres francamente patológicos. A raíz de dificultades reales para la liquidación de un negocio importante cayó en un estado de excitación franca. Durante varios meses se mostro exaltado psíquicamente, locuaz en grado sumo, con tendencia eufórica marcada, dado a las discusiones y controversias a propósito de cualquier hecho banal, a los chistes y bromas improcedentes; irritable, fácil a los arrebatos coléricos; desbordante de actividad desordenada, incansable, insomne, inquieto; con ingesta excesiva de alcohol, y vida nocturna desarreglada y ruidosa. A pesar de su resistencia pudo ser sometido a un tratamiento que fue suficiente para frenar en algo su excitación (examen de líquido-céfalo-raquídeo: normal). Después de cuatro o cinco meses de excitación psicomotriz. se calmó, presentando entonces manifestaciones de tristeza, depresión del ánimo, inhibición mental, inercia motriz. Optó por recluirse en su casa y aislarse voluntariamente de toda actividad externa durante varios meses. Después de un año de desórdenes más o menos patológicos, se produjo un retorno paulatino a la normalidad con reanudación de sus tareas habituales y comportamiento correcto hasta principios de este año.

Antes de entrar al examen del episodio actual, queremos señalar algunos de los aspectos del acceso que acabamos de mencionar, pues ello nos parece necesario para la debida comprensión de los trastornos presentes. Durante toda la evolución de su ataque WCL no perdió nunca el control de sus acciones ni la conciencia de sus actividades. Sabía que muchos de sus actos no eran correctos, e incluso que chocaban con ciertas normas de consideración y respeto a

los suyos; pero los justificaba a su modo. Los explicaba por razones afectivas íntimas, sin desconocer en ningún instante el alcance y las consecuencias de lo que hacía. También, en el lenguaje profuso y aparentemente desordenado que gastaba, nunca puso de manifiesto una verdadera incoherencia. Hablaba mucho y a propósito de los temas más diversos, su disertación se ramificaba indefinidamente; un tema atraía otro por similitud accidental o por un detalle común de evocación; y las cuestiones más distintas y hasta divergentes se sucedían en el curso de cualquier conversación. Sin embargo, sin gran esfuerzo se obtenía la continuidad de un relato, bastando pequeñas intervenciones del médico para encarrilarlo. Y dentro de cada tema sostenía la coherencia y la ordenación de las ideas para alcanzar entera comprensión de su contenido. Aportaba con una precisión absoluta y con una coordinación total, por ejemplo, los detalles de su vida estudiantil, de sus vinculaciones afectivas con la tía M, que lo criara, etc, que eran los temas preferidos de sus charlas.

En WCL, lo que fallaba, más que la facultad de evocar o dirigir sus recuerdos, era la falta de oportunidad de sus relatos y su extrema facilidad de desplazamiento. Fallaba además la continuidad del tono humoral que estaba sujeto a cambios alternados bruscos y opuestos, pasando sin transición en un momento, de la alegría más exultante a la cólera más agresiva.

Sin embargo, ni la fuga del pensamiento, ni los desórdenes de conducta, ni la incontinencia del humor, implicaron la quiebra de la auto-crítica, ni del propio control. La coherencia sintética de la personalidad no fue amenazada en todo el transcurso del episodio, al punto de que ni siquiera llegó a plantearse la oportunidad de un internamiento terapéutico.

II. EL EPISODIO MENTAL RECIENTE

Hace unos meses los familiares de WCL se alarmaron por algunos signos que anunciaban la reaparición de un acceso similar al padecido cinco años atrás. En efecto, acusaba manifestaciones inequívocas de exaltación psico-motriz: actividad inmoderada, locuacidad inagotable, conflictos injustificados, impulsiones coléricas, inclinación por la vida nocturna, paseos interminables en automóvil, diligencias múltiples a propósito de cuestiones nimias. Todo eso coincidiendo con preocupaciones valederas por motivos de intereses respecto al mismo asunto que pareció desatar el episodio precedente y que ahora se aproxima a su solución definitiva. En sí mismo el negocio parece ser excelente para WCL puesto

que le permite resarcirse, mediante la adquisición de una importante extensión de campo, de una suma que había facilitado, aunque imponiéndose para ello una obligación a largo plazo con el Banco de la República.

Que el negocio por sí mismo o por la actividad suplementaria que impuso a WCL haya sido un factor determinante en la eclosión del acceso, o que se trate de una coincidencia, la verdad es que a medida que se acercaba la liquidación del negocio, WCL empezó a exteriorizar de modo cada vez más persistente las anormalidades referidas. Desde los primeros días pudimos apreciar la mayor intensidad de este ataque con relación al precedente. La exaltación intelectual era del mismo orden aunque más aguda y duradera; la agitación motriz, el desorden de los actos, igualmente intempestivos, pero más repetidos y violentos; las exacerbaciones del humor de la euforia a la cólera, igualmente inmotivados y fáciles, pero más bruscos y persistentes. El lenguaje asimismo ofrecía idénticas características aunque con la misma tendencia a la exaltación que los otros fenómenos psíquicos. Eran charlas inacabables, una facundia incoercible, hechos actuales o pasados que se intercalaban al azar de asociaciones fortuitas episodios de la infancia y juventud que se rememoraban hasta el cansancio, todo matizado con chistes picantes, alusiones desenfadadas a sus éxitos y condiciones masculinas, e intenciones que querían ser burlonas o irónicas para los demás. Muy sensible a las contradicciones cualquier objeción lo irritaba hasta desatar reacciones coléricas. No tomaba de los hechos sino aquello que pudiera servir para desarrollar algo de sí mismo, un recuerdo de su vida pasada o del presente. Dejaba translucir un indudable sentimiento de egolatría y todo lo que parecía importar un éxito suyo lo rememoraba con placer. Ponia una fruición particular en recordar algunos éxitos sociales, algunas aventuras galantes, y sobre todo los progresos conseguidos en sus ocupaciones de estanciero y hombre de negocios. Por otra parte la propensión eufórica natural de su estado lo llevaba a infundir el mismo sentimiento de complacencia amable a los actos de su «entourage». Y en especial para los de su hijo de quien justificaba ahora ciertas andadas que antes había repudiado con energía. Ese sentimiento expansivo y eufórico que coloreaba su lenguaje y sus acciones le ocultaba por entero su carácter patológico. No se resignaba a admitir la realidad de su enfermedad y se negó reiteradamente a aceptar ningún tratamiento. Se intentó aislarlo en su domicilio pero su resistencia decidida obligó a hospitalizarlo. Para vencer su resistencia fue necesario acudir a la autoridad policial, ante quien se hizo constar la necesidad de hospitalización como medio de evitar posibles reacciones

peligrosas para sí mismo y para los demás. En ese establecimiento médico fue asistido durante dos meses.

En las primeras semanas la excitación psicomotriz de WCL fue en aumento. A pesar de tratamientos enérgicos instituidos la exaltación de las facultades intelectuales, la verborrea, la incontinencia motriz, etc. fueron cada día más intensas, llegando a adquirir las apariencias de un estado maniaco. Gran movilidad mímica y gestual, necesidad imperiosa de hablar continuamente, con elocución casi disártrica; imposibilidad de mantenerse en reposo, ánimo alegre, eufórico, con descargas coléricas frecuentes; actitudes y palabras amables para el personal que lo atiende, alternando con protestas airadas por su internamiento y reclamaciones repetidas; charlas inagotables entabladas sin ton ni son con cualquier auditor, aunque fuese otro enfermo y bajo cualquier pretexto. En el contenido de su logorrea se observaba una manifiesta preferencia por temas que exaltan el propio valor. Y es así que WCL se complacía en tomar como temas preferentes de sus conversaciones los motivos eróticos o económicos en los cuales pretendía haber obtenido éxitos o ventajas apreciables.

Dos cuestiones retornaban sin cesar a su espíritu y agudizaban sus desbordes verbales. Eran por un lado, las razones que se habían tenido para internarlo, y sobre todo, la forma que se hizo que conceptuaba denigrante, y por otro lado la preocupación de que su aislamiento, de prolongarse, importará un grave riesgo para la liquidación favorable y definitiva del asunto que tenía pendiente en el Banco, y que afirmaba podría llevar hasta comprometer su posición económica. Esos temas volvían a cada instante y eran como el «leitmotiv» de sus inagotables charlas.

Cabe señalar que esas cuestiones que WCL refería en su excitación verbal eran reales, tenían un alcance indudable para su futuro, y por tanto su fuerte repercusión afectiva era perfectamente lógica y explicable. También conviene destacar que cuando consideraba esas cuestiones como cuando hacía alusión a otros hechos (recuerdos pasados, incidentes en el Sanatorio, relaciones en otros enfermos, etc.), mantenía una cierta coordinación ideativa, una cierta dirección del pensamiento en un sentido determinado. Por momentos, una asociación fortuita cualquiera, a veces fundada en aproximaciones pueriles, la alejaba transitoriamente del tema central, pero no costaba mucho esfuerzo encaminarlo en la dirección primera. Por los demás, aún en esas escapadas colaterales, la coherencia de exposición verbal era por lo menos suficiente para la comprensión del contenido a expresar. Había pues en WCL sobre todo: derrame verbal

ramificado y múltiple, desborde conceptual motivado por asociaciones fáciles y superficiales, relajamiento del esfuerzo atencional interior y de la adherencia afectiva o del interés hacia un tema determinado, pero en ninguna circunstancia podía ponerse en evidencia ni la incoherencia de la ideación ni el curso «sincopado» del pensamiento ni la movilidad de la atención espontánea ni ninguno de esos factores o elementos que condicionan psíquicamente el desorden «maniaco» de la inteligencia.

WCL sabía siempre lo que quería decir, y hasta tenía conciencia de la forma como lo decía, pues en más de una oportunidad afirmaba que las ideas «se le iban un poco»: Había en él como una efervescencia intelectual, como una impaciencia interior por expresar de algún modo esa avalancha de impresiones, de recuerdos, de evocaciones que acudían en tropel a su conciencia. Pero cada una de sus ideaciones, y la fórmula verbal que la expresaba, no era en sí misma ilógica, ni absurda, ni siquiera infortunada, pues se refería siempre a un hecho real. Era sí, muchas veces inadecuada, inconveniente, extemporánea, recargada de detalles parásitos, difusa, inapropiada a las circunstancias, etc., pero nunca incongruente, desprovista de sentido, imaginaria y mucho menos delirante.

Respecto a la agitación motriz caben las mismas observaciones aplicadas al estado intelectual: tampoco en este sector de sus trastornos es posible poner de manifiesto los caracteres de la agitación maniaca verdadera. No se revelaba en C. ni desorden motriz coherente, ni carencia de adecuación práctica, ni incoordinación gestual, ni siquiera persistencia de la agitación. En todo momento la profusión de gestos y el gasto exagerado de la mímica y de los movimientos era adecuado a las expresiones de su logorrea y al estado afectivo concomitante. Se consideraba obligado a subrayar cada expresión con un acompañamiento motriz exagerado e inconveniente. Le era imposible mantenerse en reposo, y aún para formular un pedido o contestar una pregunta simple, se levantaba de su lecho, agitaba los brazos, reía, hacía demostraciones afectuosas de toda índole, iba y venía por la pieza, abrazaba a los médicos palmeaba a los enfermos, etc. etc. Y salvo cuando se resistía a la aplicación de algún medicamento WCL no acusaba verdadera agitación motriz. Era sobre todo un estado de inquietud volitiva, una necesidad irrefrenable de movimiento, una tendencia a la acentuación de la palabra por el gesto, del humor afectivo por la actitud. Pero en ningún momento se pudo evidenciar ese estado de agitación agresiva permanente, irreductible, inmotivada, sin otra razón que la agitación misma, inadecuada a las

circunstancias y al contenido verbal y por otra parte refractaria a las conminaciones a los medios coercitivos, que es la agitación maníaca verdadera.

Queda por fin el estado del humor. Lo que llamaba la atención era la propensión al cambio brusco e inesperado del tono afectivo, por motivos fútiles, como por ejemplo una objeción atinada cualquiera, que contrariara su tendencia expansiva. Pero no costaba esfuerzo alguno retornarlo en su estado anterior, bastando a veces una simple expresión jovial para desvanecer un acceso de ira. Pero esas alternativas del humor, aunque repentinas, tenían siempre algún motivo aparente que las explicaba aunque casi nunca las justificara. En cambio el maníaco verdadero, si por algo se distingue, es por la persistencia del tono de humor a pesar de las variaciones del ambiente. Y cuando se produce un cambio casi nunca es posible alcanzar su motivación. Es en este aspecto más que en cualquier otro, que la manía aparece como una enfermedad «endógena» típica.

Por consiguiente ninguno de los aspectos del cuadro mental ofrecido por WCL durante el período álgido del proceso que obligó a hospitalizarlo, y con mayor razón después, puede calificarse de maníaco. Transcurridas unas seis semanas el estado de WCL comenzó a mejorar paulatinamente, y al cabo de poco tiempo se encontraba en condiciones de reintegrarse a su domicilio. Persistieron algunas secuelas como cambios repentinos de carácter, pero un mes después reanudaba sus tareas habituales.

Hace un mes y medio WCL nos instó a presentar este informe. Su estado parecía normal, a pesar de algunas contrariedades y conflictos familiares que lo apenaban visiblemente, pero que creía poder solucionar. Después nos enteramos que WCL llevaba un comportamiento desordenado, que malgastaba su dinero, que se había entregado a una vida de despilfarros, etc. Aconsejamos algunas medidas, tratamos de controlar la veracidad de los datos aportados y del conjunto de esas informaciones desprendimos una convicción sobre el estado actual de WCL que pasamos a exponer.

III ESTADO MENTAL ACTUAL

WCL no rehuye al examen y percibe con toda claridad la situación que se le ha planteado. Sabe que pesa sobre él la amenaza de una interdicción y no se oculta la gravedad de esta medida, ni los serios contratiempos que trae aparejada. Protesta sin embargo con vehemencia contra la sospecha de que se le considere incapaz de dirigirse así mismo y reclama con insistencia que tal suposición es in-

justa. Pretende poseer y haber poseído siempre el control de sus acciones, aunque se reconozca un cierto estado de «nerviosidad», que no le parece acreedor a los procedimientos de fuerza usados con él para hospitalizarlo.

El tono de su conversación es en general sereno, a veces un poco irritable y precipitado; en ciertos momentos, pese a la gravedad de su situación visiblemente alegre. Es sin embargo capaz de sostener por largo rato la igualdad de humor, y no se notan ahora aquellas bruscas separaciones en sentido divergente que antes eran comunes en él. Atiende adecuadamente a lo que se le dice, y es capaz de mantenerse en silencio, aun cuando en el curso de la entrevista se hagan alusiones desfavorables a su estado anterior o mismo a su conducta actual. Por momentos reaparece una ligera fuga de ideas. Algunas imágenes o recuerdos, algunos episodios a fuerte carga afectiva, se evocan con facilidad y desvían el hilo del discurso, pero esos escapes son menos numerosos que antes y sobre todo más razonables, más oportunos.

Su capacidad de evocación mnésica es completa. Rememora sin errores y sin deformaciones las más mínimas incidencias de su estado en el Sanatorio y de los diversos conflictos promovidos en su hogar y fuera de él. Colocado frente a una serie de acusaciones y recriminaciones que le formulan sus familiares, relativas a actos inconvenientes o absurdos, WCL contesta con lógica claridad. Es así, por ej., que instado a explicar su comportamiento de ahora, que él mismo reconoce no ser el que más le convenga, aduce que en realidad «la causa de sus males» (sic) es la falta de retribución afectiva por parte de su esposa y tal vez de comprensión mutua. Pretende que su esposa no lo ha querido nunca como él deseaba ser querido y como él la quería, que en ella la influencia paterna ha seguido siendo predominante, y que ese enfriamiento sentimental lo ha llamado a buscar en otro lado una comprensión afectiva que no hallaba en su hogar. En cuanto al hijo, pretende asimismo, aunque reconociendo excelentes cualidades que le atribuye, que un exceso de «mimos maternos» lo ha sustraído del respeto que debiera tener a la autoridad del padre.

Cuando alguna referencia a ciertos hechos de su conducta presente no admite ese tipo de explicaciones, WCL los niega, al parecer sinceramente, o se esfuerza por quitarles la importancia que se les ha dado. Que las explicaciones de WCL fueren verdaderas o falsas, que respondan a la realidad de las cosas o que solo importen un esfuerzo de justificación, la verdad es que son presentadas con una apariencia de lógica y un fervor de convicción, absolutamente incompatibles con un desarreglo permanente o transitorio de su espíritu. No

juzgamos la validez real de lo que dice nuestro periciado; no sabemos ni nos interesa para nuestro cometido si lo que afirma es la expresión justa de la verdad. Pero si afirmamos que la validez lógica de su ideación no puede negarse: WCL se defiende con claridad, dice lo que dice sin que puedan evidenciarse incoherencias de pensamiento, incomprensión de los elementos del discurso, ilogismos ideícos, fallas chocantes e imprevistas en el enlace de los conceptos.

Tampoco acusa ahora aquella inquietud motriz de antes. Aun en los momentos en que, incitado en cierto modo a la discusión por las «acusaciones» que se le transmiten respecto a su conducta, WCL, aunque conversa con volubilidad se mantiene relativamente tranquilo, en reposo, sin exteriorizar gran profusión de gestos, y adaptando su mímica y su actitud a las circunstancias.

En este momento C. no revela pues ningún desarreglo de su personalidad que pueda calificarse de patológico, por lo menos en el grado que esos trastornos deben acusar para justificar la aplicación de medidas graves. No se constatan ni desequilibrios flagrantes del tono afectivo, ni exaltación o desorden intelectual, ni incoercibilidad del pensamiento, ni fuga de ideas, ni movilidad de la atención, ni trastrocamiento ideíco, ni inquietud motriz, ni enervamiento volitivo, ni desbordes del lenguaje. Apenas si en ciertos momentos, deja traslucir un ligero grado de inquietud por su futuro, y reacciona, exaltándose un tanto, con palabras de protesta y actitudes de intranquilidad o desasosiego. Aunque las circunstancias, de índole familiar y social, por que atraviesa WCL justifican en cualquier espíritu normal un cierto grado de agitación, cabe admitir que nuestro periciado no esté, en este momento totalmente reintegrado a su norma.

En determinadas circunstancias hay un cierto grado de excitabilidad que se traduce por una aceleración en el ritmo de las ideas, por pequeñas alternativas del humor, y una cierta profusión gestual. Todo eso, más cierto agotamiento nervioso, quizá implique la necesidad de imponerle asistencia médica, pero sin que ello signifique un trastorno que comprometa su validez social.

Si se quiere completar este examen psiquiátrico con un análisis del fondo mental permanente de su personalidad, se llega también a conclusiones que confirman las precedentes: el periciado no revela en este momento el menor descenso de sus funciones psíquicas primordiales. El stock de sus adquisiciones mnémicas no parece haber sufrido el menor desmedro por la crisis pasada; mantiene intactos los conocimientos acumulados a través de su experiencia y tiene una gran facilidad para evocar aquellos que conciernen a su juventud o a sus

intereses. Lo mismo en cuando a su capacidad de fijación. Las incidencias diversas de su reciente pasaje por el Sanatorio son evocadas con absoluta precisión.

Pero C. no sólo actualizaba el material de su experiencia pasada, sino que es igualmente capaz de formular con absoluta corrección juicios acertados y razonamientos justos sobre sus actividades pasadas o sus propósitos presentes y futuros. Es así que no se le oculta lo inconveniente de su comportamiento actual, ni la realidad de las alteraciones pasadas. En ese sentido su autocrítica es perfectamente aceptable. En cuanto al porvenir se muestra dispuesto a afrontar con serenidad la situación, pero expresa a menudo al deseo de conseguir un desenlace amistoso, reiterando la afirmación del afecto que dice sentir por su esposa e hijo.

En lo que tiene que ver con el manejo de sus intereses (apreciación del estado de sus negocios, valor de los ganados, situación de las haciendas, influencia del tiempo, ventajas o desventajas de ciertas transiciones, etc.) y dentro de lo que no es dado apreciar, la capacidad crítica de WCL se revela, no sólo suficiente sino extraordinaria con una visión absolutamente precisa y adecuada de todos los elementos en juego. Por consiguiente, puede afirmarse que, tanto por la conservación de los elementos estáticos (recuerdos, adquisiciones, etc.) como por el ejercicio de las funciones dinámicas de la inteligencia, WCL se revela como un sujeto que se mantiene dentro de límites normales.

IV. COMENTARIOS CLÍNICOS

Hay dos elementos a destacar en el cuadro expuesto: la constitución temperamental de WCL y los episodios psicopatológicos aparecidos en los últimos años.

Respecto a la primera cabe admitir sin mayor discusión el calificativo de «constitución ciclotímica», vale decir, de un estado permanente de la personalidad constituido por «alternativas de expansión eufórica y depresión penosa, más acentuada, y durables que normalmente» (Dide). Se trata de un trastorno muy general que entra a menudo como componente de otros estados constitucionales, y que, aunque considerado por ciertos autores (Deny y Kahn) como condicionando la eclosión de la PMD no parece influir mayormente tal determinismo, pues es frecuente en clínica encontrar esas alteraciones psicóticas en sujetos desprovistos de antecedentes ciclotímicos, así como lo inverso: individuos netamente ciclotímicos que no hacen PMD. La constatación en WCL de tal estado no es fundamental para la apreciación de los episodios psicopáticos.

Estos se han presentado con caracteres que conviene puntualizar. En ambos episodios, por motivos sociales accidentales perfectamente aclarados (preocupaciones derivadas de negocios de gran alcance y trascendencia para él, y además situación familiar difícil) WCL entra después de dos o tres semanas en un estado de excitación psico-motriz franca con actividad exaltada, fuga de ideas, curso acelerado del pensamiento, logorrea, humor eufórico predominante, excitabilidad fácil, reacciones impulsivas, coléricas. Salvo en lo que concierne a la intensidad los dos accesos son enteramente similares.

En ninguno de ellos llega a perder la unidad sintética de los diversos elementos constitutivos de su «yo», ni la conciencia de sus actos. Se sabe excitado e impulsivo, se reconoce «nervioso», acepta sin mayor resistencia los cuidados médicos y hasta se somete en parte a las indicaciones que se formulan. En plena crisis de excitación conserva sin embargo coherencia para saber lo que dice y para mantener dentro de cada uno de los temas ramificados de sus discursos, una cierta hilación que permite comprenderlos sin mayor esfuerzo. En esas circunstancias es capaz de fijar su atención en torno de un asunto que se le planteó o de una excitación ambiental que provoque su interés. Es igualmente capaz de refrenar, dentro de ciertos límites sus desbordes motrices y la profusión de sus movimientos.

¿Es esto un estado maniaco? No lo creemos. Se podría aceptar ese diagnóstico si para conformarlo bastase la simple constelación de un cuadro de exacerbación intelectual, motriz y afectiva, pero no entendemos que un estado maniaco se reduzca a eso. Tanto la vieja definición de Baillarger, completada por Anglade que considera la manía «como una sobreexcitación de las facultades liberadas momentáneamente del control de la voluntad», como la moderna definición de Deron como «una perturbación primitiva de la atención voluntaria» con automatismo de las funciones psíquicas elementales e inestabilidad de los procesos mentales, y «falta de adaptación y utilización», ponen el acento en la falta de control de sí mismo, en la liberación de los automatismos, en el aminoramiento de la unidad psíquica. El maniaco es un sujeto que se evade de sí mismo, que ha perdido la dirección de todos y cada uno de los elementos de su espíritu. Ese retorno hacia una prevalencia de lo automático, se traduce sobre todo por manifestaciones de inestabilidad más que por excitabilidad verdadera.

El maniaco es incapaz de pensarse, de auto-conducirse, de orientar su pensamiento, de mantener por algún tiempo las ideas de campo de la conciencia. La atención, como la facultad selectiva y ordenadora por excelencia del espíritu, y el factor fundamental para el mantenimiento de la síntesis unitaria de la per-

sonalidad, es en el maniaco la función más esencial y primordialmente tocada. La movilidad de la atención, el dispersamiento perceptivo, son los elementos que condicionan intelectualmente todos los otros componentes del cuadro maniaco. La fuga de ideas, la seudo «hiperideación maniaca», la misma exaltación psico-motriz, son netamente condicionadas por aquel trastorno primario. Con las alternativas del humor, los desórdenes atencionales permiten comprender todo el síndrome maniaco. Además, la manía aguda periódica es sin duda el tipo de las enfermedades endógenas, provocadas por factores internos y ajenas a las influencias ambientales exteriores.

Ahora bien, ninguno de esos caracteres básicos se observan en el cuadro manifiesto por WCL. Sus dos episodios han sido provocados por determinantes sociales; él mismo discierne razones afectivas como factores de su mal. La excitación que presentó fue del tipo de exaltación simple y en ningún momento acusó inestabilidad real. Sus excesos verbales estaban constituidos por una sucesión ramificada de motivos nuevos, verdadera fuga de temas más que fuga de ideas. La agitación motriz se mostró también más como una exageración de movimientos apropiados o de gestos superfluos, que como una incoherencia práctica verdadera. Y en cuanto el estado del humor, fue más que una exacerbación permanente en determinado sentido —eufórico o colérico—, una desigualdad alternada al azar de las circunstancias y en especial de las evocaciones momentáneas, lo que WCL acusó durante todo el transcurso de sus episodios.

Por consiguiente no es aventurado afirmar que WCL no ha presentado un cuadro de manía aguda periódica verdadera; y que su excitación cíclica debe ser etiquetada de otro modo. Nosotros creemos que se trata de estados hipomaniacos intermitentes o periódicos que no deben considerarse como simples manías atenuadas. La hipomanía no es una «manía en pequeño», una manía frustra, abortiva o larvada, sino una afección totalmente autónoma y distinta. Ella no evoluciona nunca o casi nunca a manías francas ni estas degeneran, al declinar en hipomanías. El acceso hipomaniaco tiene caracteres propios que son justamente los observados en WCL: factores externos de índole social, determinantes; exaltación intelectualmente coherente, facilidad asociativa, precipitación en el curso del pensamiento, fuga de temas, desigualdad accidental del humor, acentuación gestual y mímica, etc. pero todo sin pérdida del control personal y sin fallas reales o por lo menos durables de la auto-conducción. Además la evolución de los procesos hipomaniacos es siempre breve y la restitución social del paciente absolutamente integral.

REFERENCIAS

- Binswanger. Ideenflucht. Inst. Orell Füssli. Zurich 1933.
- Birnbaum. Der Aufbau der Psychose. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 75-1919.
- Birnbaum. Die Strukturanalyse als Klinisches Forschungsprinzip. Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie. 53-1911
- Bleuler. El pensamiento indisciplinado y autístico en la Medicina. Aguilar. Madrid.
- Bonhoeffer. Die symptomatische Psychosen, en Handbuch de Ascheffenburg, 1929.
- Bonhoeffer. Die exogenen Reaktionstypen. Archiv. Für Psychiatrie 58-1917.
- Deron. Le syndrome maniaque. G. Dion 1928.
- Freud. Obras completas. Tomo V. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Janet. La Force et la faiblesse psychologiques. Maloine. Paris. 1932.
- Janet. L' evolution psychologique de la personnalité. Chahine. Paris. 1929.
- Kahn. Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Zeitschrift für die gesammte Neurologie und psychiatrie. 66-1921.
- Kraepelin. Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschrift für die gesammte Neurologie und psychiatrie. 62-1920.
- Kraepelin. Über exogene Reaktionstypen. Zeitschrift für die gesammte Neurologie und psychiatrie. 40-1925.
- Mac-Curdy. The psychology of emotion. Kegan Paul. Londres 1925.
- Redalié. Le problem de «schizoidie-syntonie» et la genése de la schizophrénie et de la psychose manique-dépressive. Schweizer. Med. Wochenschrift. 1929.
- Redalié. Les facteurs endo et exogènes dans la schizophrénie et dans la psychose maniaque-dépressive. L'Encephale. 1929.
- Rittershaus. Die Klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins. Zeitschrift für die gesammte Neurologie und psychiatrie. 56-1920.

Daniel Murguía (1910-2003)

HUMBERTO CASAROTTI

Fue uno de los maestros más cercanos a todos los psiquiatras que se formaron en el Uruguay a partir de la década del sesenta. Antes de ingresar a la Cátedra de Psiquiatría, desarrolló continuada actividad docente, primero en Medicina General logrando el grado de asistente, y luego en la Cátedra de Medicina Legal (la cual, en la tradición francesa estaba muy vinculada a la clínica psiquiátrica) de la que fue profesor adjunto por 16 años.¹ Ya a partir de entonces, su orientación central fue la psiquiatría a la que dedicó la mayor parte de su vida, tanto desarrollando un sostenido trabajo asistencial privado y público, como progresando en una brillante carrera docente, manteniéndose en el grado de profesor agregado desde 1969 hasta su retiro. Trabajando en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó le tocó vivir los duros momentos de la dictadura entre 1973 y 1984, período en el cual debió luchar con sus ideas y su prestigio, para que dicho hospital no fuera cerrado. El haber logrado mantener al hospital con las puertas abiertas, permitió al fracasar después de 15 años el proyecto de otro hospital en las afueras de la ciudad, que la actividad psiquiátrica se concentrara nuevamente en el H.Vilardebó donde siempre funcionó la Clínica Psiquiátrica. Hasta cumplir los 92 años participó en los ateneos clínicos semanales que tenían lugar en dicho hospital, siendo de hecho el «chairman» de esa actividad clínica y su participación un ejemplo de pluralidad cultural y de respeto a sus alumnos. Fue autor de un capítulo de la *Enciclopedia de Psiquiatría* dirigida por Guillermo Vidal (argentino) y uno de los primeros miembros de la Academia Nacional de Medicina.² Miembro de varias sociedades extranjeras de psiquiatría, trabajó denodadamente por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (A.P.A.L.), de la

¹ Puppo-Touriz H. La Cátedra de Psiquiatría (Su evolución histórica). *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48: 19-36
² Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Ateneo homenaje al Profesor Emérito Dr. Daniel Murguía (20 de octubre de 2003). *Rev Psiquiatr Urug* 2003; 67: 193-206

que fue vicepresidente y presidente. Una de las tareas a la que siempre se dedicó fue el mantenimiento de la publicación periódica de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, que es «la decana de las publicaciones psiquiátricas» en América Latina. Esta revista pudo mantenerse por la actividad de D. Murguía, primero, por el número enorme de artículos de su autoría que publicó a lo largo de los años desde 1953 hasta un trabajo inconcluso sobre la aplicación de la teoría del caos a la psiquiatría, y segundo por su constante esfuerzo administrativo para lograr que la revista pudiera ser publicada.

El artículo seleccionado para esta antología corresponde a una presentación sobre «Despersonalización» cuestión psiquiátrica que siempre fue para D. Murguía de enorme interés y a cuyo análisis clínico dedicó mucho trabajo ya que presentó su tesis de agregación sobre «Personalidad y síndrome de despersonalización». En el artículo elegido, el autor, a través de las observaciones clínicas considera que es posible, en todo cuadro que se presenta como síndrome de despersonalización orientarse clínicamente, pero que para lograr esa orientación no hay que limitarse al estudio descriptivo y formal del cuadro, «sino enfocarlo bajo la perspectiva de un análisis fenomenológico...» donde «los síntomas tienen un sentido en relación con el enfermo, con su historicidad y con el momento existencial que vive».

El síndrome de despersonalización. Aportes fenomenológicos a la observación clínica de los pacientes

DANIEL L. MURGUÍA

Con la denominación de Síndrome de Despersonalización (S.D.) se conocen desde Dugas (1898), los cuadros semiológicos en el curso de los cuales, al decir de Schilder, el individuo deja «de reconocerse como una personalidad».

Dentro de la denominación general se incluyen, no sólo los casos en que la persona deja de reconocerse a sí mismo como personalidad, sino también aquellos en que el individuo experimenta extrañeza ante el mundo exterior, al que deja de vivenciar como familiar; aspecto parcial del cuadro que se ha denominado Síndrome de Desrealización. Es posible, también, distinguir el desconocimiento y extrañeza del propio cuerpo del sentimiento análogo de extrañeza y desconocimiento correspondientes al Yo espiritual, centro de actividad psicológica, lo que para Krapf constituiría el denominado Síndrome de Desanimación.

ESTUDIO CLÍNICO

Buscamos hacer nuestra tarea de investigación desde una aproximación fenomenológica de nuestros pacientes para completar, con los datos invaluablemente así obtenidos, el conjunto de informaciones descriptivas, objetivas y estadísticas que la observación clínica corriente y clásica ofrece.

Solo nos aplicamos al estudio de historias clínicas recogidas por nosotros de tal modo que el criterio que dirigió el interrogatorio y precisó los datos de observación semiológica fue constante e invariable; además, nos dedicamos a seleccionar casos antiguos con evolución conocida, y disponer así del criterio evolutivo para afirmar el diagnóstico nosológico. Tratamos de precisar si exis-

tía alguna predisposición caracterológica que favoreciera la presentación del S.D. y también si la presentación de dicho síndrome se hace habitualmente de una manera brusca o relativamente progresiva.

Nos interesamos, además, por la época de la vida en que con mayor frecuencia sobreviene el cuadro. Rechazamos ocuparnos del porcentaje de incidencia que el síndrome adopta en los dos sexos, puesto que, siendo nuestra experiencia lograda fundamentalmente en una sala de hombres, no estábamos autorizados a generalizar resultados que estadísticamente eran influenciados por esa circunstancia.

Nos preocupamos por hacernos cargo de la frecuencia con que aparecen formas parciales o limitadas del síndrome y los cuadros clínicos en que esas formas parciales se dan.

También por averiguar si, como lo sostiene Krapf, la Desanimación se halla en el inicio de todo cuadro de Despersonalización. Pero fundamentalmente, lo que más atrajo nuestra atención, fue la observación en el sentido de precisar: a) si era posible hallar diferencias con los cuadros de despersonalización experimentales que se pueden obtener mediante LSD, y b) si, dado que el S.D. espontáneo aparece en el comienzo de tantos cuadros psicóticos y psiconeuróticos, era posible establecer las bases para una diferenciación de esas afecciones de fondo, en base a aspectos especiales que pudieran observarse en los síntomas de despersonalización.

Nuestro material estuvo integrado por 4 casos de S.D. experimental, logrados mediante la acción de LSD 25 y por 24 observaciones clínicas de enfermos que, en 19 casos, tenían por lo menos 10 años de observación; en los otros 5 casos se trataban de enfermos cuyo diagnóstico era claro, ya sea por la naturaleza de los síntomas o bien por una historia ya larga cuando fueron objeto de nuestro estudio.

Excluidos los casos experimentales de despersonalización, en los cuales no interesa el factor edad, los 24 casos clínicos correspondían a personas cuya edad variaba entre los 15 y 54 años. Es a destacar que en este último enfermo, si bien nosotros lo estudiamos a los 54 años, la afección cursando de manera crónica, databa desde los 26 años y periódicamente le sobrevenían síntomas de despersonalización. Respecto a la afección de fondo, en 13 casos se trató de cuadros esquizofrénicos, que, en 11 de ellos, evolucionaron desfavorablemente, pese al tratamiento instituido, terminando en un estado de disgregación esquizofrénica. En un caso se trató de un brote evidente que curó. En otro caso

se trata de un brote esquizofrénico que está actualmente en tratamiento, aunque con poca mejoría clínica. En 4 casos se trató de cuadros melancólicos; y un caso corresponde a una melancolía de climaterio. En cuatro oportunidades la afección de fondo fue una psicosis delirante aguda. En tres casos se trataba de una neurosis de angustia, corroborada por la personalidad previa la historia anterior del enfermo y otros síntomas de filiación ansiosa. En dos de ellos, en cierto momento, se insinuó un fondo de depresión anímica que llegó a ser importante y destacado.

INVESTIGACIÓN CARACTEROLÓGICA

El estudio de la personalidad de los enfermos, previa a la aparición de los síntomas, nos permite corroborar la impresión, dominante en todos los tratadistas, respecto a la necesidad de un buen desarrollo intelectual para la instalación de un S.D.. Todos los casos de nuestra serie pertenecían a personas dotadas de un buen caudal intelectual, aunque en algunos casos pudiera no haber sido cultivado por circunstancias ambientales.

Respecto al estudio caracterológico, coincidiendo con lo que afirman todos los tratadistas, en 21 de nuestros casos encontramos rasgos especiales en el carácter de los pacientes, en oposición a la afirmación de Mayer-Gross que sostenía que no se requería predisposición caracterológica para desarrollar un S.D.

En 21 de los casos el carácter previo se reveló con rasgos de timidez y retraimiento; a veces recelosos, otras veces sumamente sensible o al contrario embotado y con anestesia emocional; casi siempre francamente introvertido. En 2 casos en que el carácter durante la niñez fue extravertido y activo, cambió al llegar la adolescencia en el sentido de una invencible timidez con permanente recelo y desconfianza. En 1 caso si bien se trata de una persona extravertida, existía una actitud de recelo permanente. En 2 casos, donde el carácter previo correspondió a una clara extraversión; se trató de pacientes que desarrollaron cuadros depresivo-melancólicos.

En el estudio caracterológico, tuvimos en cuenta la influencia posible del ambiente familiar y el modo de vincularse de los padres entre sí, así como las dificultades que con ellos pudieron tener los pacientes durante la niñez y la adolescencia. La condición de hijo único aparece en cuatro de nuestras observaciones. En 2 casos, los pacientes no conocieron al padre; en uno fue debido a que falleció a los 20 días de nacer el paciente y en el otro caso se trató de una familia

que dispersó a sus hijos por dificultades económicas. El paciente fue criado en otro ambiente familiar donde fue relegado a una condición secundaria. En 4 casos, los pacientes debieron soportar situaciones de tensión entre los padres, que se extendieron a la infancia y adolescencia. En un paciente los padres terminaron por separarse y el enfermo debió convivir, ulteriormente, con un padrastro odiado. En 3 casos la autoridad del padre se ejerció de modo autoritario y despótico. En 3 casos anotamos dificultades con la madre durante el curso de la infancia y adolescencia. En 2 casos la dificultad era debida al carácter enérgico y agresivo de la madre, y en 1 caso se trataba de una madre sobreprotectora, que determinaba hostilidad por parte del hijo. En 4 casos anotamos actividad sobreprotectora de los padres que, dos veces fue ejercida por la madre, y otras dos veces por el padre. En 5 casos existieron antecedentes psicóticos familiares.

MODO DE INSTALACIÓN DEL SÍNDROME

En nuestros casos la instalación del S.D. no se hizo con la agudeza que le atribuyen casi todos los autores, sobre todo Mayer-Gross. Por lo general se instaló en el curso de varias semanas, durante las cuales el enfermo asistió a un crecimiento y enriquecimiento progresivo de sus síntomas. Creemos que el problema radica en el momento en que el paciente hace su «prise de conscience», como la denomina Janet, respecto al trastorno que padece; entre tanto, mientras el paciente acusa malestares diversos y vivencias inefables y asiste a las nuevas experiencias de desanimación, pero sin lograr expresarlas metafóricamente, el médico ignora su existencia. Solamente después de cierto tiempo y a medida que el cuadro progresa el enfermo logra verbalizar de modo adecuado las vivencias nuevas que le invaden. Pero, si el médico que interroga insiste en la investigación fenomenológica se ve que, mucho antes que el paciente se hiciera cargo de la novedad inquietante de sus nuevas experiencias, ya éstas estaban presentes.

En el conjunto de nuestras observaciones, sólo en los casos de psicosis delirantes agudas, apreciamos un comienzo de instalación rápida. Esa es también la regla en los casos de encefalitis psicóticas y cuando el S.D. corresponde a un accidente ictal. Lamentablemente no pudimos reunir observaciones de esa especie.

ÉPOCA DE LA VIDA EN QUE APARECE EL SÍNDROME.

Nuestras observaciones corroboran la impresión general respecto a la aparición del síndrome en épocas tempranas de la vida. Sólo en 6 casos de nuestra serie, observamos el cuadro de Despersonalización por encima de los 30 años y en uno de ellos en realidad, el primer empuje que no observamos ocurrió a los 26 años.

Las edades de los enfermos que constituyen nuestro material casuístico fue la siguiente: 15 años (1 caso); 16 años (1 caso); 17 años (2 casos); 20 años (3 casos); 22 años (1 caso); 23 años (2 casos); 24 años (3 casos); 25 (1 caso); 26 años (2 casos); 27 años (1 caso); 31 años (1 caso); 32 años (2 casos); 33 años (1 caso); 35 años (1 caso); 50 años (1 caso); 54 años (1 caso, destacando que se trataba de una persona que desde los 26 años padecía episodios de esa naturaleza).

FORMAS PARCIALES O LIMITADAS DEL SÍNDROME

En nuestras observaciones clínicas, correspondientes a afecciones de real entidad casi todas, sólo hallamos formas completas del síndrome. Los enfermos se quejan de extrañeza proyectada a toda la realidad corporal y de vivencias de desrealización abarcando todo el conjunto de la realidad ambiental.

Solo en dos casos de nuestra serie de observación pudimos poner de relieve que el S.D. se inició bajo el aspecto particular que corresponde a las formas parciales o incompletas; en un caso que corresponde a un episodio depresivo que curó, las primeras experiencias de despersonalización consistieron en sensaciones aisladas de vacío cefálico; sin embargo, rápidamente se agregaron vivencias más completas de cambio en el Yo psíquico, en el cuerpo y en la realidad.

En una enferma con una neurosis de angustia, en el curso de un florido cuadro caracterizado por angustia vaga e indefinida, astenia, perturbaciones del sueño, fobias, preocupaciones hipocondriacas, dudas y escrúpulos metafísicos y síntomas de Desanimación, aparecieron, abriendo la escena a la despersonalización corporal, experiencias extrañas y limitadas; percibía sensaciones de «agrandamiento», localizadas solamente en la cabeza; también «desplazamientos» y «engrosamientos», son sólo cefálicos, sino de otras partes del cuerpo. Prontamente, estas experiencias limitadas y parciales de cambio corporal, dejaron lugar a vivencias totales, abarcando todo el cuerpo de la paciente.

En otro caso también de neurosis de angustia, el paciente asistió a la aparición de un S.D.. Luego de la instalación de los síntomas de desanimación, sobrevinieron vivencias limitadas de cambios corporales. Al principio experimen-

taba la cabeza «como ensanchada», ciertas porciones del cuerpo «agrandadas» o ampliadas «desmesuradamente». El paciente reconocía el carácter anómalo de tales experiencias, a las que enjuiciaba acertadamente, asombrándole que las vivencias de esos cambios corporales limitados pudieran sobrevenir, constándole, como a él le constaba, que todas las partes de su cuerpo era las mismas, incambiadas en idénticas.

En estudio de fichas clínicas correspondientes a casos leves de neurosis nos puso de manifiesto la existencia frecuente de formas clínicas incompletas. En la mayor parte de los enfermos neuróticos en algún momento de la evolución se aprecian quejas referidas a vivencias nuevas, de extrañeza de ciertas partes corporales. Casi siempre se trata de casos de neurastenia o bien de neurosis de angustia, en los cuales aparecen quejas referidas a la cabeza, prevalentemente, la cual es experimentada como «agrandada», «hinchada», «dilatada» «extraña», «rara». Otras veces las vivencias de extrañeza y cambio se refiere a otras partes del cuerpo; el tubo digestivo también es lugar predilecto, aunque menos que la cabeza, para la localización de estas nuevas vivencias; se trata entonces de experiencias de «agrandamiento de estomago», de «atascamiento» gástrico o intestinal, etc.

Cuando el síndrome parcial se refiere a la desrealización solo hallamos la vivencia de extrañeza ante un ambiente dado; es, una casa, un paseo, una persona determinada, o cierta situación, las que se acompañan de un sentimiento de irrealidad y no familiaridad.

También en el caso de estas formas parciales e incompletas del síndrome se encuentran elementos del Síndrome de Desanimación; incluso puede ocurrir, a veces, que solo está presente este último. Los enfermos se quejan de astenia, relativa fatigabilidad y apatía; lo que autoriza a adscribir estos síntomas al Síndrome de Desanimación, separándoles de iguales vivencias que es posible hallar en los cuadros neurasténicos, es precisamente la actitud del enfermo, cuando asiste a experiencias tan particulares.

El neurasténico, cuya astenia solo es atribuible a la neurosis, se queja de ella como de algo fastidioso que retacea su actividad; vive en un mundo en el que se experimenta como reducido en cuanto a la aptitud instrumental de su cuerpo. En cambio, cuando esa misma astenia, va por cuenta de un Síndrome de Desanimación mínimo, o aun incompleto, el paciente se presenta profundamente angustiado; asiste a un cambio que compromete su cuerpo en algo más que su realidad instrumental: vivencia toda la situación existencial a modo de

un cambio radical en su persona, cambio que se opera en el mismo centro de la actividad psicológica, en el Yo como lugar de síntesis de experiencias subjetivas.

Igualmente, el análisis fenomenológico nos autoriza a distinguir los casos de Síndromes parciales de Despersonalización de aquellas quejas que hallamos en neuróticos hipocondríacos referidas a cambios corporales; en estos últimos se vislumbra que la angustia no se debe al no reconocimiento de cierta parte cambiada del cuerpo, sino al juicio peyorativo que, respecto a su salud, efectúa el enfermo; en cambio, en el caso de formas parciales de despersonalización, la angustia es referida a la vivencia de un cambio, que aunque localizado, asombra por lo que tiene de inefable e incomprensible, sin que medie un juicio desfavorable sobre la salud e integridad personal. Es el contraste entre lo que se vivencia «raro» y «cambiado» del cuerpo y al mismo tiempo se logra reconocer como idéntico y reconocible, lo que perturba al enfermo y lo hunde en una temerosa incertidumbre.

Algo similar pasa en las formas parciales e incompletas del síndrome de Desrealización; es distinta la actitud de los paciente cuando, solo por causa de cierta atimia, vinculada a algún grado de depresión, no vibran emocionalmente como antes frente a un lugar o un ambiente que les es conocido; en esos casos refieren que se sienten incapaces de resonar afectivamente como anteriormente lo hicieran y colocan el acento de ese trastorno en su propia persona y lo refieren a la enfermedad que padecen. Al contrario, cuando se trata de formas parciales de Desrealización, existe un estado de angustia que se atribuye al cambio existencial que se vive en la dimensión correspondiente al mundo. El paciente se alarma ante el contraste que ahora aparece entre el viejo modo de vivenciar un lugar y la manera actual de experimentarlo, sin que ninguna de las dos vivencias, la antigua y la actual logren totalmente excluirse, viviéndose ambas como correspondiendo a la misma experiencias en vías de cambio y transformación.

EL SÍNDROME DE DESANIMACIÓN.

SU APARICIÓN INICIAL EN LOS ENFERMOS CON DESPERSONALIZACIÓN

Fue preocupación de nuestra parte poner de relieve sí, como lo afirma Krapf, elementos de Desanimación se encuentran constantemente al comienzo y en la base de todas las formas del S.D., en su acepción más amplia, comprendidos en él los cuadros de Desrealización.

De la compulsión de nuestras observaciones surge que en 15 de los 24 casos reunidos, fue posible hallar elementos de desanimación precediendo a la instalación florida del S.D. Todos estos pacientes, cuando profundizamos el interrogatorio, relataron que sus primeras experiencias fueron de desánimo, apatía, cambios de sí, debilidad, astenia, inespontaneidad, inseguridad, atonía, depresión, impotencia para tomar resoluciones o adoptar decisiones, etc. Vivenciadas con más o menos angustia y siempre vinculados a la existencia de un cambio que les llenaba de extrañeza por lo insólito. De estos casos, 4 correspondían a estados depresivos melancólicos: 3 a psicosis delirantes agudas, 5 a psicosis esquizofrénicas y 3 a neurosis de angustia. En los casos restantes, en que no fue posible poner de relieve la progresión de los fenómenos, estaban igualmente presentes los síntomas de Desanimación durante el curso de la afección, cuando ya estaba totalmente instalado el S.D.

SÍNDROME DE DESPERSONALIZACIÓN EXPERIMENTAL POR LSD

En cuatro oportunidades logramos provocar una psicosis lisérgica con LSD 25. No conseguimos mayor material clínico en este tipo de psicosis experimental por dos circunstancias: una, la escasez de LSD 25 en plaza debiéndonos contentar con la cantidad de fármaco que generosamente nos cedió un colega (Dr. JC Rey), y otra, la dificultad de lograr colaboradores voluntarios para nuestra investigación.

En el material logrado en los cuatro casos experimentales se ve que estuvieron siempre presentes los elementos semiológicos ya conocidos en este tipo de psicosis lisérgicas. Nuestras observaciones ponen de manifiesto el síndrome pseudo-perceptivo visual; el síndrome de angustia, que episódicamente se pone de relieve en el curso de la evolución del cuadro; las alteraciones del humor en sentido de la euforia y bienestar periódicos, que alternan con angustia y displacer; modificaciones que configuran cierto grado de desestructuración de la conciencia; elementos de despersonalización; y distorsión de la percepción con ilusiones.

Nuestra atención estuvo dirigida en el sentido de considerar los elementos de despersonalización tratando de comprobar si son semejantes a los que se dan en el curso de los cuadros clínicos espontáneos. Desde un punto de vista puramente descriptivo se lee que durante la psicosis lisérgica, los pacientes relatan experiencias de despersonalización y desrealización muy semejantes a los

que corresponden a los síndromes clínicos espontáneos (el mismo contenido inefable y la misma pérdida de la «inmediatez de la vivencia» de la existencia) y sin embargo, cuando tratamos de resonar emocionalmente con nuestros pacientes observados, cuando procuramos, a través de un relato vivo y fresco, de hacernos cargo de lo que ocurre en su vivenciar subjetivo, nos llama la atención, de inmediato, la falta de angustia ante los elementos del síndrome, hecho habitual en la psicosis lisérgica. Además, los pacientes guardan una correcta actitud crítica ante dichos trastornos y los atribuyen correctamente a la droga suministrada. Si bien es cierto que en estas situaciones experimentales los pacientes saben que será asiento de fenómenos nuevos y «raros», no por ello deja de sorprender su actitud: en el caso de los enfermos psicóticos o psiconeuróticos, por más que se les explique el mecanismo y las causas de su despersonalización, ello no les alivia la tensión angustiada que es su concomitante obligada.

En esta actitud diferente (capacidad de aceptar una explicación plausible y creerla, en el caso de la psicosis lisérgica; e incapacidad de aceptar la explicación psicógena, cuando se trata de una psicosis o psiconeurosis espontánea), creemos que reside una diferencia, más que formal, de gran entidad. Probablemente se trata de una diferencia sustancial y cualitativa entre la despersonalización farmacológica y la espontánea. En la primera habría solo una desorganización leve y tóxica del psiquismo, que queda solo limitada a sus planos superficiales; por ello es que se aceptan explicaciones, se cree en ellas y se vive el fenómeno sin angustia o con escasa angustia, pronto disipada por la explicación farmacológica que damos o que el paciente conoce. Por el contrario, en la despersonalización espontánea, aunque el fenómeno pueda asemejarse, formalmente el enfermo se angustia ante él, nuestras explicaciones pueden incluso ser aceptadas y el paciente atribuir correctamente sus fenómenos a un mecanismo psicogénico exacto, sin lograr, sin embargo, librarse de la ansiedad que lo insólito e inefable de sus vivencias le producen. Impresionan, verdaderamente, como más hondamente perturbados que en los casos experimentales.

Por otra parte, si en nuestro intento de comprensión, nos aproximamos a intuir el modo vivencial de los sujetos, se ve que, mientras en las psicosis lisérgicas se asiste a una especie de superposición de modos habituales de experimentar la realidad de sí y del mundo, a los se que agregan experiencias nuevas sin desplazar a las antiguas, en los pacientes con afecciones espontáneas se asiste a un trastocamiento de todo el ordenamiento de sus datos conscientes, a un cambio de valor de las experiencias subjetivas, que se dan al mismo tiempo

que el S.D.. Es decir, que desde una perspectiva no descriptiva y formal, sino fenomenológica, por sobre los elementos semiológicos de la despersonalización aparecen aquellos que corresponden a un cambio en la experiencia del existir; son enfermos despersonalizados, sí pero que por debajo de la despersonalización nos muestran su existir en un mundo diferente, cuyas características, en cada tipo de enfermo, procuraremos poner de relieve.

Esta perspectiva fenomenológica es la que creemos que permite pensar con fundamento valedero, que la despersonalización espontánea y la experimental se diferencian más profundamente de lo que aparece a través de una observación superficial que solo toma en cuenta el relato descriptivo y formal de las experiencias subjetivas.

VARIACIONES SEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME EN RELACIÓN CON LAS AFECCIONES DE FONDO

Ha sido nuestra preocupación especial investigar si es posible hallar, a través del estudio semiológico, del modo de presentarse y conformarse el S.D. elementos que nos autoricen a orientarnos respecto al diagnóstico de la afección de fondo, en el curso de cuya evolución sobreviene el cuadro que nos ocupa.

Solo efectuamos investigaciones en casos de psicosis esquizofrénicas, de cuadros depresivo-melancólicos, de episodios delirantes y de neurosis de angustia y nuestras conclusiones se refieren exclusivamente a esas situaciones clínicas.

Si bien el relato, simplemente descriptivo de los síntomas, nos revela el S.D. aparentemente semejante cualesquiera sea la afección en que aparece, hecho sobre el que insisten todos los tratadistas, nosotros partimos de la hipótesis respecto a la posibilidad de que ciertos matices semiológicos y fenomenológicos nos permitiera una diferenciación de la enfermedad de fondo.

De hecho, el relato de los pacientes parece calcado en todos ellos; sus expresiones metafóricas, son semejantes y la experiencia de extrañeza igual. Sin embargo, solicitándole a los enfermos que profundizaran en la descripción de sus vivencias, ayudándoles en esa tarea de buceo interior, procurando en todo momento una relación de empatía notable, se echa de ver que existen algunas diferencias que cabe señalar.

Sistematizando nuestras observaciones nos referimos primero a los cuatro casos de síndromes depresivos-melancólicos de nuestra casuística. En un

paciente, en pleno periodo de estado, el cuadro de Despersonalización estaba completo y nos relataba sus experiencias de desanimación, despersonalización corporal y desrealización, con lujo de expresiones metafóricas. Nos expresa que «todo es distinto», «¿estamos en abril, en junio?», «es lo que todos dicen; pero el calendario cambió también, o es como si hubiera cambiado», «como si todo cambiara continuamente; se ve todo como un tul; no, como un velo». «Yo también me siento cambiado, raro, pero soy yo; tengo todos mis dientes cariados, todos los huesos mal». La vivencia de extrañeza y cambio corresponde también al Yo espiritual, centro de actividad psicológica; expresa que antes que nada experimentó sensación de apatía, de debilidad, de tristeza. Pero ahondando en el análisis fenomenológico se aprecia que nuestro paciente vivencia de una manera especial estas experiencias; las percibe perplejo; las aprecia a modo de fenómenos patológicos, de cuyo carácter enfermizo no duda y, lo que es más destacado, es que todas las quejas y todo el cuadro de Despersonalización se juega en un mundo opacificado, velado por un manto de pena que todo lo invade y matiza. A poco de que nos apartemos del interés por la descripción para asomarnos al mundo existencial del paciente, interesándonos en el modo de existir a que se ajusta durante la evolución de su cuadro, vemos que, por sobre las vivencias tan notables y asombrosas de su despersonalización, que atraen todo su interés y son objeto de sus meditaciones, asoma el panorama doloroso de vivir penando, de una condena sin redención, de un pesimismo que se pone de relieve cuando nos dice que «todo va a ir mal; no vale la pena vivir», corroborado por una tentativa de suicidio que dio motivo al ingreso.

En otro paciente lo que primero llama la atención es la descripción de los síntomas de desanimación que abrieron la escena del episodio (vivencia de astenia, distractibilidad, apatía) pronto seguidos de experiencias parciales de despersonalización corporal, bajo la forma de sensaciones «raras» de vacío cefálico; luego, ciertas dudas obsesivas y bien pronto el cuadro completo de Despersonalización, con experiencias de cambio respecto a sí y al ambiente exterior, que es visto como si fuera «nuevo», como si el «mundo fuera otro». Pero es interesante destacar que al incursionar fuera del terreno descriptivo, puramente objetivo o que intenta presentar los fenómenos psíquicos como dotados de cierta objetividad para hacerles más comprensibles; al interiorizarnos en el campo de sus creencias y especulaciones, el paciente nos cuenta toda la inquietud que su nuevo estado le produce, puesto que tiene conciencia de que asiste a fenómenos anormales; se queja de lo asombroso que es «sentirse distinto y sin

embargo saberse el mismo». Profundizando luego el conocimiento fenomenológico del enfermo y de su mundo actual, resalta de inmediato el particular fondo tímico; el paciente vive la actual realidad existencial bajo un cielo de tristeza; está inhibido y una pena manifiesta impregna todas sus representaciones, sus ideas, sus juicios y opiniones. No es que esté apenado, considerando este estado como un momento particular en el curso de una trayectoria existencial; estados que los mismos enfermos reconocen como episódico y comparan exactamente con otros estados que se dan en su día, sino que vive bajo un signo de tristeza, incapaz de concebir ya la alegría, con total imposibilidad de imaginar y fantasear soluciones redentoras para su dolor.

En un tercer caso el paciente no nos hace espontáneamente el relato de sus vivencias de despersonalización, pues está sumido en la contemplación de su mundo doloroso; pero apenas lo instamos a que lo haga nos hace un relato utilizando el mismo material metafórico que ya conocemos y nos refiere una experiencia de despersonalización que comenzó con fenómenos de desanimación claros, a los que luego se sumaron síntomas de despersonalización corporal y desrealización. Enjuicia sus nuevas experiencias diciendo que «lo raro del mundo era debido a que él ya no resonaba» como antes, frente a las solitaciones exteriores. En este caso, insistiendo en el análisis fenomenológico del cuadro, resalta más aun que en los anteriores, la existencia de un dolor moral que todo lo invade y que pasa a primer plano como causa ansiógena. El enfermo, desde el momento que nos apartamos del plano descriptivo para ahondar más en un intento de captar la esencia de la misma de sus vivencias, se nos aparece fundamentalmente y antes que nada, como un personaje que vive el drama de un dolor sin redención; que está sumergido en un mundo infernal donde para el solo cabe la pena y en el cual no puede vislumbrar ni el más recóndito asomo de esperanza. Más que los elementos semiológicos que pueden ser expresados en una descripción efectuada por el paciente, es la captación intuitiva y empática de la realidad existencial de nuestro enfermo la que nos dice de su dolor moral patológico.

Otra enferma corresponde a un cuadro depresivo del climaterio donde se hizo el diagnóstico antes de que sobreviniera el S.D. Este se instaló cuando ya el cuadro depresivo tenía semanas de evolución y el diagnóstico correcto había sido hecho sobre la base de criterios suficientes. Sin embargo, destaca que en pleno periodo de estado del cuadro melancólico, estando presentes todos los síntomas de desanimación, despersonalización corporal y desrealización,

a pesar de que la paciente asombrada nos decía: «no me reconozco, es como si no fuera yo; ¡pensar que antes era tan activa!, me comparo y no puedo creerlo; soy como otra persona», a pesar de ello, repetimos, la enferma poco se queja de esas nuevas vivencias; su angustia es moderada y lo que la sume en profunda desesperación es el sufrimiento moral, la vivencia de un penar sin redención, que cree definitivo.

Sintetizando nuestras investigaciones podemos decir, que, en estos cuatro casos de S.D., evolucionando en el curso de cuadros depresivos-melancólicos, si bien el relato de los enfermos respecto de sus vivencias de despersonalización es semejante a los que efectúan los otros pacientes, se ve que en ellos existe siempre cierta carga de angustia ante lo que aparece como un fenómeno claramente patológico, de cuyo carácter mórbido nunca dudan y cuyo enjuiciamiento efectúan correctamente; pero los datos que son significativos para adjuntar el síndrome a la afección de fondo, son los que se obtienen mediante un estudio fenomenológico. Este elemento de pesar es tan importante y siempre discernible, que a veces el enfermo no relata espontáneamente si no se le interrogan sus vivencias de despersonalización, sumido en la contemplación de ese panorama de fatalidad y desesperanza.

En los cuatro casos de psicosis delirantes agudas con S.D. aparecen las siguientes particularidades. En un paciente las vivencias de Despersonalización fueron vivamente matizadas por la ansiedad; el paciente sentía extrañeza de sí y del mundo, todo lo veía opaco, sin sentido; se sentía «como cambiado» «sabía que era él pero se sentía como si no fuera el mismo». Sin embargo, aunque el paciente, en esta etapa de su trastorno reconocía el carácter anormal de sus nuevas y extrañas experiencias, un interrogatorio más prolijo destacaba ya cierto recelo y desconfianza que, desde el punto de vista del curso de los síntomas, eran anteriores a la vivencia de despersonalización. No obstante efectuar una correcta crítica de los síntomas de despersonalización, nos sorprendía la intensidad de la ansiedad que el paciente exhibía, en desacuerdo con la exacta idea que se formaba respecto a esos elementos de despersonalización. Posteriormente, cuando aparecieron ideas delirantes de persecución, a mecanismo intuitivo, sobre todo, acompañadas de viva angustia, el S.D., aunque persistió, pasó a segundo plano en el interés del enfermo; no dio material para ninguna elaboración delirante particular; se asentó la ansiedad, que demostró la clara filiación persecutoria que tenía desde antes. En ese momento, el cuadro

clínico era de agitación, con cierta deestructuración de la conciencia, apariencia maniacoide, ideas delirantes.

En otro paciente cuando sobrevinieron síntomas de despersonalización, existían ya, desde antes, claros elementos delirantes. Desde tres semanas atrás el enfermo expresaba temores hipocondriacos y desde entonces estableció ciertas relaciones francamente delirantes entre sus malestares del momento y un traumatismo acaecido 14 años antes: decía que «le había dado muchas vueltas el cerebro». Coincidiendo con esos síntomas iniciales se destacaba una importante ansiedad. Luego cuando comenzó a experimentar vivencias de cambios corporales y en el mundo, aceptó dichas vivencias como hechos reales, de cuya naturaleza no cabía dudar. Nos expresaba la absoluta certidumbre respecto a la existencia de esos cambios que experimentaba; al contrario de otro enfermos, no les reconocía carácter patológico; nos los enjuiciaba acertadamente; aceptaba su evidencia y se angustiaba en la medida que los creía obra de enemigos, persecutores, que de esta manera, cambiándole a él y al mundo, realizaban su ataque; localizaba a los perseguidores en la persona del hermano y de otros familiares. El S.D. en este enfermo se elaboraba en el plano de las creencias; era aceptado como una realidad incuestionable e integrado a la construcción delirante.

En el caso correspondiente a otra observación el cuadro semiológico se inició con cambios afectivos y de la conducta. El paciente se mostraba resentido con los familiares, profería continuas amenazas, expresaba hostilidad hacia la madre, tenía insomnio y ansiedad; dejó de salir y se recluyó en la casa. Prontamente y sobre este fondo tan particular, aparecieron vivencias de cambio y transformación referidas a sí y al mundo; el enfermo se sentía «raro», cambiado y experimentaba al mundo como no familiar y extraño. Pero ante esas vivencias nuevas no quedaba perplejo ni asombrado; consideraba que correspondían a cambios reales, que atribuía a familiares perseguidores y se ponía ansioso, no por la sorpresa que pudieran producirle esas experiencias de cambio, como en otros pacientes, sino por el drama persecutorio que le revelaban. Luego se desarrolló un conjunto de ideas delirantes, con escasa elaboración, a tema de persecución, influencia y perjuicio, sustentadas por intuiciones, alucinaciones auditivo-verbales y pseudo-alucinaciones psíquicas. Cuando el síndrome delirantes estuvo en plena eferescencia ya no se plantearon problemas diagnósticos, pero en cambio al inicio, cuando existieron dudas respecto a que entidad o síndrome estaba en el fondo del cuadro que evolucionaba, si profundizábamos en el análisis fenomenológico, se podía reconocer que más allá del S.D. era evidente que

la realidad existencial del enfermo correspondía a un drama persecutorio que se jugaba en un mundo cambiado por los enemigos, los que también le hacían objeto de maniobras cuyo resultado era un cambio real del cual no dudaba.

En otro caso el cuadro semiológico del enfermo comenzó por vivencias de cambio referidas a sí y al mundo; esas ideas le angustiaron profundamente, pero al ahondar en el estudio, al tratar de hacerle expresar sus opiniones y juicios sobre esos hechos tan insólitos que le estaban ocurriendo, el paciente nos relató su creencia de que tales vivencias correspondían a cambios reales que se sucedían en sí y en el mundo por obra de enemigos. La ansiedad y la angustia concomitante aparecían así vinculadas a la vivencia persecutoria y no al asombro que las nuevas experiencias pudieran determinar, como ocurre con otros pacientes. Más adelante, en el curso de la enfermedad, el paciente elaboró un conjunto de ideas delirantes, mal sistematizadas y de auto-referencias.

En estos cuatro casos en que el S.D. sobrevino en enfermos portadores de una psicosis delirante aguda, podemos señalar que, si bien descriptivamente las vivencias de cambio son semejantes a las que pueden presentarse en otros enfermos, cuando se profundiza el análisis fenomenológico se ven diferencias evidentes. En tres de nuestros casos, desde el comienzo de la afección, ellas fueron aceptadas por el enfermo como realidades incuestionables. La perplejidad y sorpresa que estas curiosas experiencias despiertan en otros pacientes y que son la principal causa ansiógena, aquí no se encuentra. Estos pacientes que presentamos aceptaron sus nuevas vivencias y las elaboraron en el plano de las creencias y ese modo de organizarse como convicciones delirantes marca la diferencia con los otros casos en los que el paciente critica correctamente los síntomas. Hay, en verdad, una diferencia cualitativa, importante, como sostiene Krapf, entre despersonalización y delirio. Aquí, donde las vivencias de despersonalización sirven para la construcción delirante, el S.D. es sobrepasado y lo que hay es delirio.

En el otro caso, en el cual a comienzo el S.D. se presentó aislado, puro, con correcta crítica por parte del paciente, que comprendía la irrealdad de esas experiencias de cambio y se sorprendía por ellas, sin embargo, el análisis fenomenológico ponía de manifiesto la existencia de una ansiedad que sobrepasaba y en mucho la atribuible a la despersonalización, así como un evidente recelo y desconfianza; en un intento por intuir la apariencia existencial que el mundo adquiriría para el paciente, podía sospecharse el drama persecutorio que se in-

sinuaba y ante cuyos asomos el paciente respondía con recelo, desconfianza, ansiedad extrema.

En tres casos de nuestra casuística, el S.D. sobrevino en el curso evolutivo de una neurosis. En una paciente el cuadro de Despersonalización se instaló sobre una personalidad cuyo carácter ponía ya de relieve rasgos de exquisita sensibilidad, con atracción por todo lo estético, gustosa de las lecturas filosóficas, literarias y del cultivo de las artes plásticas; con tendencia a los grandes desbordes emocionales; siempre padeció dudas, escrúpulos sentimientos de incompletez e insuficiencia que la atormentaron. Antes del desarrollo del S.D., la afección se inició por temores vagos e indefinidos, exageración de su escrupulosidad habitual, elaboraciones fóbicas, que le hacían sufrir mucho y llegaron a restringirle notablemente la actividad y sobre todo las salidas del domicilio. Compulsión a pensar sobre todos los problemas de la vida y la muerte, sobre temas filosóficos, etc. Cuando sobrevino el cuadro de Despersonalización hacia tiempo ya que la enferma vivía sumida en un permanente auto-análisis. Las vivencias nuevas de desanimación, cambios corporales y en el mundo, la angustiaron mucho, pero siempre comprendió su carácter anómalo. Nos decía que estaba perpleja pues se sentía «como cambiada», también vivenciaba al mundo como provisto de algo extraño y expresaba que le sorprendía «que siendo el mismo» lo experimentara «como cambiado». Además refería la existencia de un trasfondo de dolor moral; la evidencia de una pena que no podía disipar y que matizaba todos sus contenidos de conciencia; fue por este fondo de dolor moral, que le instituímos, en cierto momento, terapia convulsiva, logrando cierta mejoría, pero no la cura sintomática.

En el caso correspondiente a otro paciente encontramos también la existencia de rasgos caracterológicos expresivos. Fue siempre una persona delicada, sensible, amante del orden y la justicia, interesado por los problemas sociales y gremiales. Cuando sobrevino el Síndrome de Despersonalización, ya evolucionaba hacia desde algún tiempo, un conjunto de síntomas caracterizados por quejas hipocondríacas referidas a distintos territorios corporales, diversas fobias, algunas con carácter obsesivo. El síndrome de Despersonalización se instaló progresivamente; el principio tuvo carácter parcial; vivencias de agrandamiento de la cabeza; el cuerpo se ampliaba también desmesuradamente; ensanchamiento de otras porciones corporales, etc.

Desde antes de aparecer estas experiencias parciales de despersonalización corporal estaban presentes vivencias claras de desanimación. Luego el cuadro

se completó; experimentaba cambios totales en el propio cuerpo y en el mundo (veía el mundo «opaco y sin colorido»). El Síndrome de Despersonalización le angustiaba por lo raro de las vivencias que le sustentaban y sobre todo por el carácter tan inefable de experimentarlas como vinculadas a un cambio que, sin embargo, sabía positivamente que no ocurría. No obstante la angustia que experimentaba ante tales vivencias de extrañeza y cambio, fue explícito en afirmar que lo que le angustiaba más eran sus temores fóbicos.

Otro paciente presentaba una larga historia desde los 28 años. Fue siempre una persona dubitativa, muy escrupulosa, insegura, con sentimientos de incompletez. Puntilloso y sumamente responsable. Desde 28 años atrás sobrevinieron en él empujes caracterizados por exacerbación de todas sus inquietudes, dudas y escrúpulos, con aparición de temores fóbicos referidos a la obscuridad, a los pozos, a los espacios descubiertos, a la soledad. Desde los últimos 2 años, el cuadro se exacerbó de modo notable y al verlo nosotros existía un S.D. completo con fenómenos de autoscopía, cursando con mucha angustia. El paciente efectuaba una correcta crítica sobre la anormalidad de sus vivencias de cambio y extrañeza. En particular, los fenómenos de autoscopía le sorprendían penosamente; nos refería que al cambiar de habitación debía volverse para ver si su cuerpo no quedaba atrás, a pesar de que su razón le decía que eso era imposible; también cuando cerraba un ropero debía verificar si su cuerpo no quedaba encerrado pues tenía una curiosa vivencia de que se separaba de él y estaba alejado; no obstante; él sabía que tales cosas no podían ser y por eso se atormentaba. Sin embargo, lo que le creaba mayores dificultades eran sus angustias fóbicas.

Concretando nuestra experiencia en estos tres casos, creemos que es en la neurosis donde el S.D. se da con mayor riqueza de atributos. Es además donde el autoanálisis se hace más hondo e importante. Es interesante que en todos los casos que presentamos el cuadro de Despersonalización sobrevino en personas con rasgos caracterológicos significativos; y además en todos los casos, los elementos de despersonalización sobrevinieron, no como síntomas iniciales, sino cuando ya estaban presentes elementos fóbicos y obsesivos. Igualmente se destaca que los pacientes siempre efectuaban una correcta crítica de sus vivencias nuevas, mostrándose perplejos ante esa doble realidad existencial que les conferían sus nuevas experiencias, las que les hacían sentir distintos sabiendo que eran los mismos e idénticos. Creemos, igualmente que es un dato importante a destacar el hecho relativo que la angustia que experimentaban la referían más a los temores fóbicos que padecían que a las nuevas experiencias de cambio.

En último término, también aquí creemos que si nos apartamos de las descripciones puramente formales para adentrarnos fenomenológicamente en el mundo del neurótico despersonalizado hallaremos que, por detrás de los elementos de despersonalización, que en cierto momento pueden encontrarse en un primer plano semiológico, está el existir trabado, lleno de temores absurdos e irracionales ante los cuales, el paciente se inclina, acatándolos como si fueran signos de cuyo valor no corresponde dudar; obligado coercitivamente por impulsos parásitos, de los cuales le es imposible librarse y a los que se somete a través de absurdos ceremoniales. Es un mundo en el que se existe bajo el signo de una ambivalencia donde todas las cosas pueden llegar a tener una doble significación: aquella que le concede el conocimiento racional y la que le proporcionan las instancias instintivas que a ella se adhieren y con ellas se enmascaran. Mundo torturante, inestable y fluctuante, en el que los significados racionales y los símbolos mágicos y arcaicos se disputan la conducta, aunque no las creencias del enfermo, que restan a salvo.

En los trece casos de psicosis esquizofrénicas el S.D. fue completo en todos ellos. Existían vivencias de desanimación, de despersonalización corporal y desrealización. El lenguaje metafórico que utilizaba los pacientes para hacernos comprender sus experiencias era a veces de notable elocuencia. Un paciente nos decía: «me encuentro cambiado», «a veces todo me parece irreal», «mis parientes ya no me parecen míos»; y en otro se expresaba: «me siento raro; siento cambiado todo lo que me rodea»; «al principio me preguntaba si era que estaba cambiando todo». En otra observación el paciente nos dice que «está cambiado», pero no sólo él sino «que también el mundo está transformado». Otro enfermo nos refería que todo «se hacía raro», «el mundo era como si se diera vuelta». Y otro expresaba: «me es imposible no reconocerme»; «sé que soy yo» pero «me siento diferente y como raro»; «el mundo está como cambiado y diferente, pero sin embargo sé que es el mismo».

En estos enfermos el S.D. considerado desde un punto de vista descriptivo y formal no ofrece variantes respecto a su perfil semiológico habitual. Sin embargo a poco que nos interese en considerarlo, no como síndrome en sí, sino integrado en el conjunto de las experiencias, ideas y creencias del paciente, se echan de ver ciertos elementos muy significativos. En primer lugar creemos que es destacable la angustia relativa con que se expresan las vivencias de cambio; en esta clase de afecciones esquizofrénicas nos sorprende la escasa angustia que ellos engendran; un paciente nos relataba la sorpresa que le causaba el sen-

tirse tranquilo, sin inquietudes, ante vivencias tan extraordinarias e incomprendibles. Cuando en algunos casos existieron reacciones ansiosas fueron muy discretas. Algunos enfermos expresaron angustias, pero no atribuibles precisamente a la perplejidad que las nuevas experiencias podrían desencadenar, sino, a la convicción de ser objeto de una persecución (en dos pacientes). En otro paciente sobrevino angustia cuando se convenció de la realidad de un cambio que era expresión, para él, de la persecución que se le efectuaba.

Pero lo más interesante a nuestra manera de ver, es que en casi todos los pacientes de este grupo las vivencias de despersonalización no se experimentan como en otras afecciones, bajo el aspecto de fenómenos raros e inefables, donde se da, al mismo tiempo que la experiencia de un cambio, la certidumbre de una identidad que se conserva. En todos nuestros enfermos, menos en dos de ellos, las experiencias de despersonalización se vivenciaban en el plano de las creencias; el paciente no dudaba que los cambios y «rarezas» que sentía correspondían modificaciones reales que se operaban en su cuerpo y en la realidad del mundo y a las cuales proporcionaba un sentimiento de autorelación indudable. Incorporaban esas vivencias nuevas en una elaboración delirante. Un paciente nos dijo que; si al principio dudó sobre el sentido de sus nuevas experiencias, ahora no la había ya ninguna duda; se trata de una «brujería» o de un «daño». Otro, tampoco dudaba de la realidad que poseía el cambio que descubría en el mundo y se dedicaba, con relativa frialdad afectiva, a descubrir el sentido de ese cambio existencial que sorprendía en el mundo y en sí, como integrante de ese mundo. Otro paciente elaboró sus experiencias de despersonalización de modo delirante y nos expresaba que en realidad es objeto de un cambio y que se lo efectúa alguien que quiere darle apariencia de «pituco». Y otro enfermo nos dijo que está seguro de ser objeto de un cambio y que todo es debido a «un hechizo».

Es decir que, en 11 de estos 13 casos las experiencias de despersonalización no se vivenciaron a modo de fenómenos nuevos o sorprendentes, inexplicables, golpeando fuertemente la lógica y la razón del enfermo, que no les encuentra explicación, sino que se aceptaron con resignación, se creyó en la realidad del cambio que parecen expresar y se procuraba, por parte de los enfermos, darles un sentido paralógico, de alguna manera explicable y no reñido con la razón; es así que se les atribuía una realidad y se veía en ellos una evidencia de influencias mágicas que se ejercían sobre el cuerpo y el mundo del enfermo por parte del persecutor. Los dos pacientes en los cuales los elementos de despersonalización se presentaron sin significado delirante muestran que en el curso de la

evolución, en uno de ellos con el tiempo los síntomas de desrealización fueron aceptados como parte de la elaboración delirante; y en el otro los síntomas de despersonalización se atenuaron y desaparecieron, al tiempo que se desarrollaba un síndrome de influencia y persecución.

Concretando estos casos de psicosis esquizofrénicas, podemos expresar que cuando aparece un S.D., este se expresa en el plano descriptivo y formal semejante a otros, pero lo que llama la atención es la poca o ninguna angustia que acompaña estas curiosas vivencias. Otro elemento llamativo es que, por lo general, los pacientes no se abisman en análisis inacabables tratando de aprehender la cualidad más intrínseca de los fenómenos, descubrirles el sentido o proveer sus consecuencias; simplemente los admiten como correspondiendo a cambios reales que están ocurriendo; los vinculan a todo su sistema de creencias y se esfuerzan por atribuirles una dimensión razonable o lógica, eliminando todo lo contradictorio de esa nueva realidad existencial, inefable. En este esfuerzo el enfermo recurre a explicaciones paralógicas para atribuirle entidad de real a sus nuevas vivencias; admite influencias mágicas, «hechizos» «brujerías» y «daños». O por el contrario se abisma tratando de descubrir ciertas leyes, hasta entonces desconocidas, que rigen el ordenamiento del universo y del mundo, capaces de darle explicación lógica y razonable a esas experiencias tan aparentemente reñidas con la razón. Es entonces cuando pueden aparecer sistemas delirantes que se refieren al ordenamiento y creación cósmica. Así ocurría con el enfermo que nos refería «que ahora tiene pensamientos profundos», que «comprende las cosas mejor que antes, de distinta manera, de modo más abstracto, que es médium activo y que está dedicado a conocer el sistema del mundo». Por eso dice Follin que en los esquizofrénicos la despersonalización es la vivencia «de un proceso mórbido del enfermo que tiende hacia el delirio; que se vuelve perseguido, alucinado, negador, el esquizofrénico reencuentra una seudo-realidad, una seudo-personalidad, en la medida en que el mundo imaginario reemplaza al mundo real.

Por otra parte, si en estos pacientes, cuando comienzan a expresar sus vivencias de despersonalización nos interesamos por captar su trastorno examinándolos desde un ángulo fundamentalmente fenomenológico y existencial; si nos preocupamos por situar al S.D. en la perspectiva de fenómeno que se da en un ser que existe en el mundo; que significa de alguna manera, una arista existencial; que es expresión también del modo particular que adopta una existencia; el panorama diagnóstico se aclara. Bajo este ángulo, por debajo el S.D. y mas

allá de sus síntomas aparecen elementos que nos dicen de la existencia de una mayor o menor disociación en la personalidad del enfermo y en su mundo, que sufre un verdadero trastocamiento. Enfocando los enfermos bajo esta perspectiva fenomenológica y existencial, creemos posible siempre, al igual que en los casos de otras psicosis con elementos de despersonalización, llegar a distinguir elementos significativos que permitan una correcta interpretación del cuadro clínico, considerado en su conjunto.

A través de las observaciones clínicas que hemos reunido pensamos que siempre es posible establecer una exacta orientación clínica ante todo cuadro que se presente bajo la apariencia dominante de un S.D. Para eso es necesario no limitarse al estudio simplemente descriptivo, y formal del cuadro de despersonalización, sino enfocarlo bajo la perspectiva de un análisis fenomenológico, dirigido sobre todo al conjunto expresivo de ideas y conductas del enfermo, tomado como una totalidad, en la cual los síntomas y síndromes no se dan como cosas en sí, sino que tienen un sentido en relación con el enfermo, con su historicidad y con el momento existencial que vive. Mediante esta actitud de observación eminentemente empática es posible como ya lo señalamos, poner de relieve, por debajo de un S.D. que, como tal, golpea fuertemente la atención del médico, el existir penando, lleno de dolor moral, del deprimido melancólico, o en el caso de la psicosis delirantes agudas, el drama persecutorio que vive el enfermo en su existir actual, en medio de un mundo cuya realidad ha sido trastocada por sus perseguidores y en el cual el paciente deposita y proyecta sus fantasías destructivas; o el mundo trabado, coactivo y torturante del neurótico fóbico y obsesionado; o el mundo disociado y discordante en que se juega el existir, también disociado del esquizofrénico, entre perspectivas de realidad y ensueño.

REFERENCIAS

- Baruk, H. «La desorganisation de la Personnalité». *Presses Univ. de France*. Paris, 1952.
- Blondel, Ch. «La Conscience Morbide». *Alcan Ed.* París. 1928.
- Charcot, J.P. «Progrès. Med»-568-1883
- Deny, G. et Camus P. «Sur une Forme... etc». *Rev.Neurol.* 9-1905
- Dugas, L. et Moutier, E. «La dépersonnalisation» *F. Alcan Ed.* París. 1911
- Dupré, E. «Les Cenestopathies. Pathologie de L'Imagination et de L'Emotivité» Paris
- Foerster, O. Menats. *F. Psych. U Neur.* 144905

- Freud, S. «Obras completas». *Ed. Biblioteca Nueva*. Madrid. 1948
- Gebtsattel. «Nervenarzt»: 10-169. 1937
- Heidegger, M. «Sein und Zeit». Niemcyer-Halle. 1931
- Hoff, H. y Pötzl, O. «Jrbuch. F. Psych. U. Neur». 52-173-1935
- Janet, P. «L'Évolution Psychologique de la Personnalité» *A. Chaine Ed.* París, 1929
- Jaspers, K. «Psicopatología General». Ed. Beta 1955
- Krapf, E.E. «Sur la Dépersonnalisation». *L'Encephale*. XL. 1951
- López Ibor, J. «Sobre la Despersonalización». *Rev. De Psiquiatría y Psicología Médica*. 1-1954
- Lhermitte, J. «De L'Image Corporelle». *Rev. Neurol.* 1942
- Mayer-Gross, W. «On Despersonalization» *J.Med.Psycholog.* 15-103-1935
- Moureau du Tours. «Du Hachisch et de L'Alienation Mentale». *Etudes Psychologiques*. Ed. París. 1845
- Minkowski, E. «Le Syndrome de Depersonnalisation». *Proc. Roy. Soc. Med.* 39.779.1946
- Seglas. «Nouvelle Monographie de la Salpêtrière» 1902.
- Sollier. «Les Phenomenes d'Autoscopie». *F.Alcan.* París 1903
- Schilder, P. «Proc. Res. Nerv. And. Ment. Dis.» 1934

VENEZUELA

Antología de textos de la psiquiatría venezolana

CARLOS ROJAS MALPICA
NÉSTOR DE LA PORTILLA GEADA
PEDRO TÉLLEZ PACHECO

Parece acertado comenzar estas notas sobre la bibliografía psiquiátrica venezolana, con esta carta de Simón Bolívar al General O'Leary:

Mi padre que era más bien radical y poco de los rituales de la iglesia quería darme el nombre de Pedro, el Apóstol Mayor, el de que «eres piedra y sobre esta piedra edificaré mi iglesia», pero Simón es un nombre que en la familia es más como una enfermedad de lo mucho que se repite. Una enfermedad también porque lo llevaba mi quinto abuelo Simón de Bolívar El Viejo, el primer Simón Bolívar, y mi cuarto abuelo Simón Bolívar El mozo, como el primer Bolívar en Venezuela. Como ambos eran a cual más de locos, esto me deja a mí como Simón Bolívar El Niño, en su digna compañía, y para muchos, más loco que los viejos Simones».

En el año de 1942, Ricardo Álvarez (1896-1956), publicó «La Psiquiatría en Venezuela». Allí da cuenta de las prácticas medicinales indígenas, la medicina colonial, los primeros autores médicos venezolanos y sus registros clínicos, la fundación de la Real y Pontificia Universidad a mediados del siglo XVII. Dice Álvarez, que en la época colonial se hablaba de «reblandecimiento de la sustancia cerebral; de la atrabilis mezclada a la sangre; o de vapores hipocondríacos». «Comúnmente a los alienados agitados e indigentes se les encerraba en los calabozos de las cárceles públicas, y a los pacientes acomodados se les asistía en las celdas de los conventos». Ya en la época republicana hay autores influenciados por la ilustración francesa. José María Vargas (1786-1854) escribe su «Memoria sobre los nervios de los ganglios cervicales y de los cardíacos, observados en un loco» (1828), «Memoria sobre la epilepsia» (1831) y habla de las lesiones orgánicas en las neurosis en algunas páginas de sus textos. Gerónimo Blanco, en

sus «Lecciones de Medicina Legal» (1881), clasifica las enajenaciones mentales en dos categorías: por impotencia y por perversión, destacando entre las primeras, la idiotez, la imbecilidad y la demencia, y en las segundas, la manía, las monomanías. En el mismo año de 1881, Manuel María Ponte describe la clínica de una paciente con histero-epilepsia en la Gaceta Científica de Venezuela. Es importante recordar al Dr. Diego Carbonell, autor de numerosos artículos psiquiátricos, entre los cuales debe destacarse su «Cuadro sintomático del mal comicial en Bolívar» publicado en 1915, y que dio lugar a mucho material polémico (Álvarez, 2005; Villanueva, 1986).

En el año de 1786 se inaugura en la Ciudad de Los Teques el Asilo Nacional de Enajenados, cuyo primer director médico, Dr Enrique Pérez Blanco, fue sustituido en 1884 por el curandero Telmo Romero, quien llegó a escribir dos textos: «El bien general» y «Autobiografía y retrato frenológico», este último publicado en New York, en 1885. Se trataba del primer establecimiento para la atención de los enfermos mentales. Luego, en 1892, se funda el Asilo Nacional de Enajenados de Caracas (Álvarez, 2005; Villanueva, 1986; Diccionario de Historia de Venezuela, 1997).

Del siglo XIX, hemos escogido del «Curso de Patología Interna» de Carlos Arvelo y Guevara (1784-1862), el capítulo dedicado a «Neuroses» (sic). El autor fue especialmente relevante, por cuanto, ya en plena época republicana, fue fundador de la Facultad Médica (1827), Rector de la Universidad de Caracas (1846) y Miembro de la Junta Superior de Abolición de la Esclavitud (1855). En sus textos se comenta por primera vez en Venezuela a Cullen y a Pinel. Allí afirma que «Los climas ejercen una influencia poderosa sobre el carácter y desarrollo de las neuroses. Su número es más considerable en los países ecuatoriales que en los polares, porque bajo un cielo ardiente, la sensibilidad se exalta y no puede fijarse en justos límites, mientras que difícilmente se excita en regiones heladas» (Arvelo, 1839). Arvelo dejó un linaje de académicos, pues su hijo Carlos Arvelo Echeandía, también fue Rector de la Universidad de Caracas (Manrique Lander, 1984).

Entre el siglo XIX y el XX, se desarrolla en Venezuela un fuerte movimiento influenciado por el positivismo francés. Entre ese grupo de científicos e intelectuales destaca Lisandro Alvarado (1858-1929), cuya obra etnográfica, naturalista, histórica y lingüística desborda los estrechos cauces de las ciencias biológicas. En 1905 se incorpora a la Academia Nacional de Medicina. En esta antología hemos decidido incorporar su artículo «Neurosis de hombres céle-

bres de Venezuela», originalmente publicado en la prestigiosa revista «El cojo ilustrado» y luego reproducida por el Profesor Cesare Lombroso en *L'Archivio Italiano di Psichiatria*. La obra completa de Lisandro Alvarado fue publicada por el Ministerio de Educación en el año de 1958. A comienzos del siglo XX también deben señalarse los trabajos de Luis Razzetti sobre la epilepsia y la prevención del alcoholismo, así como su obra sobre ética médica, así como la Tesis Doctoral de Jesús Semprúm sobre «Paranoia Persecutoria en la Facultad de Ciencias Médicas del Estado Zulia.

Ya entrado el siglo XX todavía no hay cátedra de enfermedades nerviosas y mentales en Venezuela, como las hubo en otros lugares de América Latina. En 1949 se comienza el primer curso de postgrado en Caracas, conducido por el Dr. Raúl Ramos Calles, autor por cierto de un interesante trabajo sobre la obra de Rómulo Gallegos (Ramos Calles, 1984, Rojas Malpica y cols, 2003). En el año de 1942 se funda la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y en 1952 aparece el primer ejemplar de Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología, que se continúa editando semestralmente (Matute, 2003). Hasta mediados del siglo XX la producción científica de los autores venezolanos es sobre todo clínica, humanística e histórica. Luego aparece una psiquiatría más diversificada. Sería imposible, en este apretado resumen, dar cuenta de toda nuestra producción bibliográfica, pero tampoco sería justo no mencionar autores como Raúl Ramos Calles, JM Mata de Gregorio, Fernando Rísquez, Moisés Feldman, Manuel Matute, Pedro Téllez Carrasco, Jorge Ibáñez Petersen, Abel Sánchez Peláez, Pedro Luis Ponce Ducharne, Miguel Grau, Eligio Nucete, Rubén Rendón Aponte, Romualdo Alvarado, Ramón Ávila Girón, Lilia de Nucete, José Félix Amarista, Rómulo Aranguibel Egui, Eloy Silvio Pomenta, Fernando Valarino, Jorge Posadas Escudero, Marco Tulio Mendoza Dávila, Nelson Álvarez, José Orellana Torrealba, José Struve Romero, Fernando Bianco, Rubén Hernández Serrano, Franklin Padilla, Miguel Efraín Sedek, Juan Pastor Calistri, Pastora Linares, Salvador Mata Essayag, Edgard Belfort, Manuel Ortega, Antonio Pacheco Hernández, Jorge Ibáñez Domínguez, José León Uzcátegui, Danilo Martínez Araujo, Rafael Betancourt Moreno, Félix Olaizola Rojas, Rafael Lorenzo Araujo, Juan Miguel Soto Sedek, Adele Mobilli Rojas, Pedro Téllez Pacheco, Trino Baptista Troconis, Yolanda Alvarado y Francisco Verde Aponte, todos ellos con probada y valiosa obra escrita. Esta lista no pretende ser exhaustiva ni restar importancia a aquellos que no acudan a nuestra memoria, sólo honrar el nombre de algunos colegas de significación académica y científica.

De los principales autores fallecidos en la segunda mitad del siglo XX hemos seleccionado tres de altísima significación: Francisco Herrera Luque, José Luis Vethencourt y José Solanes Vilapreño.

Francisco Herrera Luque (1927-1991) es uno de los psiquiatras venezolanos con mayor obra escrita. Su producción novelística es notable: «Boves el urogallo» (1972), «En la casa del pez que escupe el agua» (1975), «La historia fabulada» (1981), «Bolívar de carne y hueso» (1983), «La luna de Fausto» (1991) y «Los cuatro reyes de la baraja». De su libro «Viajeros de indias» (1979), hemos escogido un capítulo, donde el autor aborda el tema de la «psicopatía» del venezolano, partiendo del legado genético de los conquistadores españoles. Un planteamiento ciertamente polémico, que siempre circuló soterradamente en el debate nacional.

José Luis Vethencourt (1924-2008) fue un destacado profesor de la psiquiatría nacional. Formado en el psicoanálisis, pero también un humanista de profunda penetración histórica, psicológica y antropológica, se preguntó siempre por la familia pobre venezolana desde sus más profundas raíces y frustraciones, para entender cómo se produce en ella la subjetividad. Hemos escogido su ensayo «La estructura familiar atípica y el fracaso histórico cultural en Venezuela» (2002), porque ha influenciado significativamente la antropología venezolana contemporánea, especialmente a Alejandro Moreno Olmedo (1993) y su caracterización del *homo convival* en las barriadas pobres venezolanas.

José Solanes (1909-1991), nacido en Cataluña, médico psiquiatra y Capitán del Ejército Republicano Español, se ve forzado al exilio cuando concluye la guerra civil en 1939. Llega a Venezuela en 1949 y se incorpora a la docencia en la Universidad de Carabobo en 1959, donde funda la primera Cátedra de Psicología Médica del país. De su libro «Los nombres del exilio» (1991), hemos escogido el capítulo inicial, titulado «El exiliado como modelo del hombre. Universalidad del modelo». Se trata de una obra primordial para entender las vivencias del exilio y su profunda significación antropológica, que sirvió a su autor para obtener su doctorado en la Universidad de Toulouse le Mirail (1980), Francia.

REFERENCIAS

- Bolívar, Simón. En: cartas al General O'Leary.
 Álvarez, Ricardo. La psiquiatría en Venezuela. Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Caracas. 2005

- Alvarado, Lisandro. Obras Completas de Lisandro Alvarado. Misceláneos de Letras e Historia. Vol. VII. Ministerio de Educación. Caracas-Venezuela 1958 (264-273)
 Arvelo Carlos. Curso de Patología Interna. Universidad Central de Caracas. Imprenta de George. Caracas. 1839
 Diccionario de Historia de Venezuela. Fundación Polar. Caracas. 1997.
 Francisco Herrera Luque. Los viajeros de Indias. Monte Ávila Editores C.A. Caracas 1979 (293-306).
 Manrique Lander, P.J. Dr. Carlos Arvelo y Guevara. Documentos Inéditos. Academia Nacional de Medicina. Caracas. 1984.
 Matute, Manuel. Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología. 50 Aniversario. Archivos Ven. Psiquiat. Neurol. Vol 49, N°100, Jun 2003 (4-7).
 Moreno Olmedo, Alejandro. El aro y la trama. Episteme, modernidad y pueblo. Centro de Investigaciones Populares. Universidad de Carabobo. Caracas. 1993
 Ramos Calles, Raúl. Los personajes de Gallegos a través del psicoanálisis. Monte Ávila Editores. Caracas. 1984.
 Rojas Malpica, C; De la Portilla, N; Villaseñor, S. Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. Investigación en Salud. Vol 1V, N°3, Dic 2003 (173-182).
 Silvio Pomenta, Eloy. Marcuse, la psiquiatría y la liberación. Editorial Médica Venezolana. Caracas. 1969
 Solanes, José. Los nombres del exilio. Monte Ávila Editores Latinoamericana, C.A. Caracas. 1991
 Vethencourt, José Luis. La estructura familiar atípica y el fracaso histórico cultural en Venezuela. Heterotopía. Centro de Investigaciones Populares. Año VII, N°20. Enero-Abril 2002 (65-73).
 Villanueva, Laureano. Biografía del Doctor José María Vargas. Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela (Edición Facsímil de 1883). Caracas. 1986.

Curso de patología interna

CARLOS ARVELO Y GUEVARA

CLASE CUARTA

Neuroses

Se comprende en esta clase las lesiones del sentido y del movimiento que no dimanen de fiebre o de afección local primitiva y que pasan, comúnmente, sin dejar vestigio de su existencia.

Tal es el punto de vista más general bajo el cual podemos considerar a las neuroses, o la idea más extensa que es posible dar de ellas. Si hemos logrado aproximar de este modo con bastante fundamento el gran número de afecciones llamadas nerviosas, yo temo del éxito que tengan nuestros esfuerzos para distribuir metódicamente estas mismas afecciones, tan varias y diferentes y de las que muchas son todavía poco conocidas.

No hay a quien imitar entre los nosologistas primeros, porque ninguno tomó por base de sus clasificaciones las grandes divisiones del sistema nervioso. Sauvages admitió simplemente, primero, dolores; segundo, vesanías; tercero, espasmos, Cullen, sus *comata*, *adynamice spastmi et vesaniae*. Sagar conservó dos de los órdenes de Sauvages que son los espasmos y los dolores. Darwin, Tourdes, Tourtille, no han seguido mejor rumbo. Supuesto que en el sistema nervioso es que residen el principio sensible, el motor y el intelectual, deben enrolarse entre las neuroses todas las alteraciones que pueden recibir estas tres grandes modificaciones de nuestro ser, de donde resultaría una división muy natural de dichas enfermedades en dolorosas, convulsivas y mentales; pero esta división por hermosa que sea y por fecunda y exacta que parezca, está lejos todavía de corresponder a su objeto y de abrazar todo el campo que debe para comprender el número de los males que se han reputado como nerviosos. ¿Qué

hacer en efecto de la mayor parte de las neuroses de la digestión, de la circulación y de la respiración?

Podríamos transigir con la dificultad y escogitar un arbitrio, a fin de seguir una marcha directa y realmente filosófica como la que acabamos de anunciar; mas es el estado actual de la ciencia se nos permitirá creer, que este partido es prematuro.

No hay duda que la distribución de las neuroses requiere reglas diversas de las que se siguen para casi todas las demás enfermedades, y principalmente para la flegmasías y hemorragias. Estas últimas han sido arregladas por la conformidad de las estructura anatómica y por la analogía de funciones que se observa en las partes que ellas acometen, porque en efecto, las lesiones de estas mismas funciones debían tener una gran similitud. En las neuroses, por el contrario, se agrupan los objetos más diversos y aún opuestos; parece casi excluida toda idea de relación. ¿Qué hacer en este caso?

Pues que es necesario abrazar un método, daremos la preferencia al que adoptó el autor de la nostalgia filosófica, apoyado en las últimas nociones que se tienen relativas a las dos vidas animal y orgánica y en esta conformidad, dividiremos con él la clase de neuroses en cinco órdenes, destinados el primero para las neuroses de los sentidos; el segundo, para las que afectan las funciones cerebrales; el tercero, para las de la locomoción y de la voz; el cuarto, para las neuroses de las funciones nutritivas, y el quinto, para las de la generación.

A fin de esparcir claridad sobre lo que voy a decir, reuniré en un cuadro sinóptico el número de los neuroses que se refieren a estos cinco órdenes que acabo de indicar.

Al seguir este cuadro de Pinel, no dudamos que él puede dar lugar a muchas reflexiones críticas y a discusiones más o menos importantes. Es verdad que este profesor ha excluido de su obra una multitud de afecciones sintomáticas admitidas primero por Sauvages y después por Cullen; pero el número de las que él conserva es susceptible todavía de reducción; por otra parte creemos que los géneros de la neuralgia deben aumentarse considerando que nada se opone a que esta afección se desarrolle en la mayor parte de los ramos del sistema nervioso y por consiguiente, que una porción de dolores que actualmente se ven como síntomas, tomen un lugar al lado de la ciática.

Además, es muy posible que varias neuroses de las funciones digestivas sólo sean neuralgias de los nervios que suministra el sistema de los ganglios de la vida interior; y que sirvan de ejemplo muchos cólicos nerviosos poco co-

nocidos aún. El carácter particular y los dolores sui generis que los acompañan, parecen provenir de una diferencia del modo de sentir de los dos sistemas nerviosos y fortifican esta opinión. Bichat no estaba distante de pensar de esta manera, pues él dice: «se ha observado muy bien que los dolores que se sienten en las partes donde se distribuyen los nervios que parten de los ganglios, tienen un carácter particular y que en nada se parecen a los que se experimentan en las partes que reciben los nervios cerebrales; así el sentimiento penoso que sobreviene en los lomos de la afección de la matriz, los dolores de los intestinos, los ardores en el epigastrio; &a., difieren absolutamente de los dolores de las partes externas, ellos son profundos y como se dice tienden al corazón. Se sabe que hay cólicos esencialmente nerviosos del todo independientes de la afección local de los sistemas seroso, mucoso y muscular de los intestinos. Estos cólicos residen manifiestamente en los nervios de los ganglios semilunares que se propagan por todo el trayecto de las arterias abdominales, ellos son verdaderas neuralgias del sistema nervioso de la vida orgánica, aunque estas neuralgias nada tengan de común con el trismo doloroso, la crítica», &a. (Anat. General, tomo I, p. 229).

Las neuroses de los sentidos podrían con más propiedad fisiológica referirse a tres clases principales; exaltación de sensibilidad, disminución o abolición de sensibilidad y perversión de la misma propiedad vital para comprender en la primera a la nictalopía, en la segunda a la *disecae*, a la sordera, a la hemeralopía, a la amaurosis; y en la tercera a la *paracosis*, el zumbido de oídos, el deslumbramiento y la diplopía.

Las neuroses de los órganos locomotores y las de la voz, serían igualmente susceptibles de subdividirse en dos series, dedicando la una para las aberraciones o perversiones de la acción muscular, y la otra, para la disminución o extinción completa de esta misma acción muscular; en aquella se colocarían naturalmente los tétanos, las convulsiones, la corea o danza de San Vito; y en la última la parálisis, la afonía, &a.; muchas de las afecciones nerviosas referidas a las neuroses cerebrales podrían suscribirse aquí por relaciones más directas, tales son la hidrofobia, la catalepsis, &a.

La neuroses de las funciones nutritivas situadas en un sistema de nervios particular, difieren en ciertos respectos y tienen un modo de ser muy diferente de las que dependen de los nervios que animan los órganos de la vida de relación. Unas afectan sólo la facultad de sentir, como la cardialgia, la pirosis, el cólico nervioso; mientras que las otras son verdaderos espasmo o convulsiones

de la túnica muscular del conducto alimentario, como el espasmo del esófago y el vómito; otras, en fin, nos ofrecen una alteración más o menos profunda de las propiedades vitales como la dispepsia, la pica y la bulimia.

No sería difícil insistiendo en esta especie de observaciones extendernos también a las neuroses de la respiración, cuyo carácter parece todavía más incierto y de la existencia de algunas, cuyo carácter parece todavía más incierto y de la existencia de algunas, de las cuales puede dudarse con más o menos fundamento. El doctor Rostan ha sostenido muy recientemente (Memoria sobre si el asma de los viejos es una afección nerviosa) que esta enfermedad debe considerarse como el resultado de ciertas lesiones conocidas del corazón y de los pulmones. Este punto de patología, muchas veces puesto ya en discusión, merece por su importancia, que se ilustre y se decida. Hay motivos para sospechar que el coqueluche es un catarro pulmonar convulsivo y las asfixias por estrangulación, por inmersión, &a., obran desde luego impidiendo la llegada del aire a los pulmones, por consiguiente no afectan el sistema nervioso sino consecutivamente.

Pero en fin, suspenderemos aquí nuestros reparos porque con lo expuesto queda protegida y justificada la opinión que emitimos acerca de la imperfección que reina en este ramo. No ha sido nuestro ánimo declamar; no hay por qué, ni contra quien; o sería preciso dirigirnos contra la naturaleza oscura de esta parte de la ciencia de las enfermedades. Los nosologistas han hecho cuanto era posible y sus trabajos son ciertamente dignos de todo aprecio; porque ellos han esparcido mucha luz sobre este objeto que hace sólo cuarenta años que se trataba del modo más vago, bajo el título indefinido de vapores histéricos o hipocondríacos. Esperemos. Las ciencias médicas están actualmente en marcha; a medida que avancen, la materia se ilustrará y las neuroses de un carácter incierto, se colocarán entonces entre las lesiones de tejido. Mientras tanto sigamos la clasificación que propusimos por modelo, ateniéndonos a lo más sólido y a lo menos sujeto a variaciones, quiero decir, a una descripción exacta de los fenómenos de las enfermedades y a las inducciones, que naturalmente emanen de hechos numerosos y bien observados.

La predisposición a las neuroses está íntimamente ligada con cierto estado del sistema nervioso que lo hace susceptible de experimentar las aberraciones del sentido o del movimiento que caracterizan a esta clase. Cualquiera que sea la explicación que se dé sobre la acción y la influencia de los nervios, sobre la determinación del sensorio común, la residencia del principio intelectual, la

admisión de un ser intermedio entre éste último y nuestro cuerpo, &a., nosotros pasaremos con la hipótesis que se quiera o sin alguna de ellas porque sólo vemos este asunto bajo un aspecto puramente físico y experimental.

El estado predisponente que hemos dicho, se encuentra especialmente en las personas de una constitución débil, que ofrecen alguna vez la reunión de una sensibilidad exquisita y de las más brillantes cualidades de espíritu, don precioso de la naturaleza; pero frecuentemente muy funesto y que se paga bien caro por una salud lánguida y mil males diversos. El sistema nervioso continuamente en acción, la sensibilidad elevada a una especie de exaltación casi permanente, perpetuamente ávidos de impresiones siempre nuevas, estos individuos llegan a un grado tal de movilidad y excitamiento, que la menor sensación, la más pequeñas contrariedad, se hacen insoportables y les causa graves accidentes.

No consideramos por esto exentos de afecciones morbosas a los robustos y de organización firme, los cuales aunque poco favorecidos de sensibilidad, gozan de mayor fuerza muscular para los espasmos tónicos. Ciertas personas dispuestas a algunos géneros de neuroses, se distinguen por una especie de imbecilidad e insensatez originaria o adquirida en el curso del mal; en fin, en las neuroses como en las otras clases de enfermedades, existen variaciones sin número y excepciones infinitas en los principios que se pueden establecer por modificaciones casi siempre desconocidas de la sensibilidad y la movilidad. Así, una ligera emoción, convulsiona a una mujer y apenas conmueve a otra. Varios hombres en las efusiones de alegría o en los transportes de cólera, se afectan con sacudimientos profundos, se enternece hasta llorar por ciertos tonos de música, mientras que otros en iguales circunstancias se mantienen innobles y casi insensibles.

Es a esta debilidad de la constitución y al exceso de sensibilidad tan frecuentemente reunidas con una imaginación movable y exaltada, que es preciso referir aquella multitud de males nerviosos admirables que en otro tiempo pasaban al vulgo y que la superstición y el interés de algunos se empeñaba en atribuirlos a agentes sobrenaturales. ¡Qué tejido de imposturas en los pretendidos sortilegios, los exorcismos, &a! La religión, sin duda, no ha tenido parte de esta escena vergonzosa a la dignidad del hombre y ellas únicamente demuestran la facilidad que hay en las organizaciones endebles y delicadas, para que un hombre diestro obligue a un crédulo a adoptar todo género de visiones.

Esta predisposición de que hablamos puede ser adquirida y deberse a la mala dirección de la educación física y moral. Un niño siempre preservado de

toda especie de impresiones desagradables, con una terneza demasiado previsiva, adquiere una gran delicadeza de órganos y una extrema sensibilidad nerviosa. Mímado en todo sentido, llega a la edad adulta dotado de un espíritu débil, de una salud frágil y reducida por el abuso de los goces, a envidiar al activo apetito y la tranquilidad o alegría pura del jornalero, que apenas vive de su trabajo. Ideas sanas para un juicio recto y maduro, sentimientos suaves pero firmes y viriles; he aquí el presente más precioso que un padre hace a sus hijos y el legado más rico que puede dejar a la sociedad. En la perversión de ambas enseñanzas está el trastorno total de las leyes de la naturaleza, o más bien, el olvido de las reglas fundamentales de la moral que multiplica al infinito las afecciones espasmódicas y acaso esta excesiva multiplicación cuando se verifica en un Estado es porque ya se halla en decadencia. Los progresos de un lujo enervante, la ociosidad, la comodidad, los regalos, el abuso de los licores fuertes y de alimentos estimulantes, las vigiliadas prolongadas, la agitación continua que procede de la ambición, de la disipación, de los placeres, la intriga de los negocios, todo parece reunido para engendrar males de nervios en las grandes ciudades para excavarlas hasta en los cimientos y hacer indispensable su ruina.

Los climas ejercen una influencia poderosa sobre el carácter y desarrollo de las neuroses. Su número es más considerable en los países ecuatoriales que en los polares, porque bajo un cielo ardiente, la sensibilidad se exalta y no puede fijarse en justos límites, mientras que difícilmente se excita en regiones heladas.

El sexo femenino por la delicadeza del organismo, por su extrema sensibilidad y la incoercible vivacidad de su imaginación, por su régimen particular de vida debía estar y está, en efecto, más expuesto a las enfermedades nerviosas. Así han sido casi siempre mujeres las que han servido a los médicos de objeto en las observaciones y de texto en sus comentarios; las mujeres son las que han hecho el mayor papel en las escenas magnéticas, las que Mesmer llamaba con preferencia para sus experimentos y a quienes invocaba en apoyo de sus curaciones misteriosas.

Hay neuroses que tienen su nacimiento en el modo de vivir y en la ocupación u oficio de los que la padecen. Generalmente se sabe que la vida contemplativa, la soledad, las abstinencias, las maceraciones, son muy propias para producir efectos semejantes, como lo comprueba la historia de los brahmanes, de los discípulos de Zoroastro, de los sectarios de Mahoma, de los anacoretas de la Tebaida, &a. Es en los éxtasis sobrevenidos por estas u otras causas análogas, en el vacío de la cabeza (según expresión vulgar), que se oyen y se ven cosas

milagrosas, que se habla con ángeles, que se participa de gozos celestiales en el mundo de los invisibles, &a.

Los trabajos literarios largos e intrincados mantienen una continua tensión en el sistema, exaltan, fatigan la imaginación y se hacen un origen fecundo de funestos efectos nerviosos. En el ejercicio de muchas artes no sólo ocurren estos motivos que ofrecen la vida de los sabios y literatos, sino también otros no menos poderosos; los operarios por lo común se hallan reducidos a un reposo poco favorable a la salud o a respirar una atmósfera cargada de exaltación míficas. Así el cólico metálico atormenta de un modo cruel al artesano que maneja el plomo; los temblores, la parálisis, &a., a los que residen entre vapores mercuriales como los espejeros, los doradores, &a.

Pero pocas causas obran de una manera tan activa, tan continua y tan profunda sobre el sistema nervioso, como las pasiones de ánimo y ellas producen estragos, tanto más ciertos, cuando que es bien difícil lograr siempre evitar su acción en mil acontecimientos indispensables de la vida. La epilepsia, la hipocondría, la melancolía y muy especialmente la enajenación mental, &a., son por lo ordinario más bien el efecto de una alteración notable de la sensibilidad moral, que de algún vicio orgánico del cerebro.

Ya me he detenido bastante pasando una especie de revista por las causas predisponentes y excitantes de las enfermedades nerviosas; acaso hubiera podido extenderme todavía más con el objeto de ilustrar en lo posible una materia tan oscura como la etiología de las neuroses; pero parece tiempo de ocuparme de otra cosa, y desde luego me propongo la sintomatología general de esta clase.

A primera vista se conoce la imposibilidad que hay para coleccionar un gran número de fenómenos que puedan ser comunes o adaptables más o menos a una multitud de afecciones tan variadas y discordes como son las de que vamos a tratar. Esta recolección pudo practicarse en las flegmasias y en las hemorragias, bajo ciertas relaciones y puntos de contacto que encontramos y nos fue fácil seguir con alguna exactitud; pero en las neuronas reina una anomalía absoluta, esencial e invencible y fue, llenos de esta consideración y como buscando un rumbo en el caos, que reconocimos la necesidad de disminuir la dificultad dividiéndolas en familias dirigidos por las analogías individuales; por consiguiente, creemos lo mejor designar sucesivamente al frente de los órdenes del cuadro, los síntomas más prominentes y constante que se notan en cada uno de ellos.

Lo que únicamente podemos adelantar sobre este particular y como adicinado, o sea, para fijar el carácter general de las neuroses, es que las enfermeda-

des incluidas en esta clase son por lo común de larga duración; que deben por lo mismo colocarse en el rango de las crónicas; y que su marcha casi siempre es intermitente con intervalos más o menos largos, durante los cuales el mal disminuye notablemente o se suspende del todo. Se observa por lo ordinario en ellas un dolor especial, sui generis, que no se encuentra en las demás enfermedades. Unas en nada alteran la constitución exterior y aún permiten la obesidad, como la epilepsia, la manía, &a. Otras, por el contrario conspiran a producir la debilidad y el marasmo como el vómito, la dispepsia, &a. Metodizando esta observación parece que todas las neuroses de la vida de relación, si exceptuamos las neuralgias, no tienen influencia especial sobre la nutrición, mientras que las de la vida interior hacen experimentar a esta función grandísimas modificaciones.

Sin embargo, exijo de ustedes que admitan estas proposiciones en la mayoría de su sentido, pero que no se entreguen al absolutismo; porque es preciso convenir que ellas no pueden ser reglas constantes y uniformes y sus variaciones suministran nuevas pruebas de la desemejanza que hay entre las neuroses. La eficacia de este precepto se extiende hasta la esencia misma de esta clase. Dos caracteres negativos ponen a las enfermedades de que se habla en contraste con las demás y concurren a discriminarlas; estos son la ausencia de todo estado febril y de toda lesión física y material; no obstante, es muy común que exista fiebre en un estado adelantado de los males nerviosos y que se encuentre por la inspección anatómica daños de tejido más o menos considerables, porque la afección haya degenerado de su simplicidad primitiva, o más bien porque se haya complicado con cualquier otro afecto.

Voy a concluir estas generalidades sobre los neuroses, notando que ellas están muy bien constituidas entre las diferentes partes de la patología interna y al lado de las hemorrágicas a quienes se asemejan por su periodicidad, y de las que se distinguen por el estado febril que acompaña con frecuencia a estas últimas. La falta del mismo estado las separa de las fiebres esenciales y de las flegmasías, cuya marcha y terminaciones son también diferentes y como las primeras no dependen de afección local primitiva que se reconoce en las flegmasías. Las lesiones orgánicas con mutación de tejido que vienen sin fiebre, tienen alguna similitud con los males del sistema nervioso por el retorno periódico de sus accesos; pero entre estos accesos sólo hay una remisión, porque la alteración material que los produce, nunca deja de existir en los intervalos y esto no sucede en las neuroses exentas de toda lesión división de los sentidos de nuestro cuadro.

Orden Primero

De las neuroses del oído. Los sentidos externos, cualquiera que sea la diferencia de su estructura, de sus funciones y de la sensación que excitan, convienen absolutamente en un destino general que es instruirnos por determinadas impresiones de la existencia y de las cualidades distintivas de los objetos exteriores. Las funciones que ellos ejercen en su estado natural, de las que trata la fisiología, pueden experimentar mutaciones sin ninguna lesión o modificación del organismo y suministrar diferentes órdenes de fenómenos patológicos, unos sintomáticos o dependientes de otra enfermedad y otros primitivos o que resultan de cualquiera causa física o moral que ha obrado sobre el origen común de los nervios, o sobre el trayecto particular del nervio que va a distribuirse al órgano. No admitiendo nosotros sino afecciones idiopáticas, vamos a ocuparnos de las del oído y de la vista, excluyendo las lesiones del gusto, del olfato y del tacto que casi siempre son secundarias.

Suborden Primero

Neuroses del oído. Yo supongo aquí los conocimientos anatómicos, físicos y fisiológicos relativos al sentido del oído, sin los cuales no sería posible entender este ramo de neuroses; no me detengo, pues, en semejante doctrina; pero voy a advertir de paso que no estamos convencidos con la explicación que dan Sauvages, Buffon, &a., acerca del mecanismo del oído, admitiendo que el laberinto está lleno de aire y que la sensación del sonido debe referirse a las vibraciones de las fibras de la lámina espiral, porque opinamos con Mechel, que en el laberinto existe constantemente un líquido albuminoso suministrado por los exhalantes que se abren en la superficie de la membrana que lo viste por dentro y que la percepción de los sonidos se verifica por las impresiones que reciben de la ondulación de dicho fluido, las expansiones del nervio acústico en la duplicatura del periostio flotante en el interior del vestíbulo que es lo que dicho autor llama *septum vestibulinervoso-membranaceum*.

Epilepsia

La epilepsia de los autores, es la pérdida del conocimiento con movimientos convulsivos y espasmódicos.

Esta enfermedad ha sido tan antiguamente conocida y compilada con tanta frecuencia, que se encuentra descrita en casi todas las obras de medicina. Tissot ha reunido las mejores nociones con respecto a sus causas, a su carácter

particular y a su curación y su tratado ciertamente equivale a un gran número de escritos sobre este objeto.

La causa de la epilepsia puede residir en el interior del cráneo o bien en cualquiera otra parte del cuerpo; de aquí la división de esta neuroses en idiopática y simpática.

La epilepsia sigue en ocasiones una marcha aguda, suele terminar por una meningitis o una apoplejía mortales, pero su tipo más general es el crónico. Ella repite por períodos, y cuando se ha manifestado una vez es susceptible de reproducirse por la acción de cualquiera de las causas que la determinan. Con la repetición se contrae un hábito de padecerla y es el hábito fundado sobre una movilidad creciente, principia por debilitar los poderes mentales y puede concluir produciendo el idiotismo o imbecilidad. Esta neuroses es simple o complicada, y muchas veces dependiente de otra enfermedad.

Tratamiento

Los ensayos practicados sobre la epilepsia en estos últimos tiempos por médicos instruidos, solo han servido para confirmar la ineficiencia de la mayor parte de los medicamentos, que estaban recomendados como felices e infalibles y para convencernos que es preciso variar y dirigirnos en el tratamiento, según las causas y las circunstancias particulares en que se encuentra el paciente.

Una epilepsia idiopática, si es originaria o proveniente de un vicio primitivo, se considera generalmente como incurable; pero es necesario corregir cuanto se pueda el defecto de la constitución, y precaver con todo cuidado las causas ocasionales a fin de evitar la frecuencia de los ataques y la mayor susceptibilidad que se adquiere por el hábito.

Cuando domina la plétora se emplean los medios propios para disiparla: dieta, ejercicio, evacuentes, exutorios. Reconociéndose una debilidad esencial; se ocurre a los tónicos vegetales y minerales. Los síntomas convulsivos sin diátesis inflamatoria, reclaman la aplicación de los antiespasmódicos, de los narcóticos como el castóreo, asafétida, alcanfor, opio, beleño, óxido de zinc, sulfato de cobre y de amoníaco, los etéreos, &a. Un caso gástrico o intestinal indican el vomitivo y los purgantes.

La variedad simpática nacida de lo que he llamado aura epiléptica, exige que se intercepte la comunicación de la parte de donde ella se levanta con el cerebro. Si es un punto muy circunscrito que pueda destruirse sin riesgo se procederá a ello cortando o destruyéndolo por el cauterio actual o potencial; si no se logra

este fin con estos medios, se establecerá una ligadura entre la cabeza y dicha parte para aislarla o interrumpir de algún modo la actividad de su influencia.

Los ejemplos de epilepsia sintomática se deben a distintos principios, y ellos cederán al tratamiento correspondiente a la naturaleza respectiva de cada uno de ellos; en la epilepsia verminosa se aplican los antihelmínticos, si es sifilítica los antiálgicos, &a.

Terminaré advirtiendo que esta enfermedad se incrementa por su repetición, y que muchas ocasiones ella subsiste sólo por el poder de la costumbre. Alguna vez podrán precaverse los accesos respirando el amoníaco en la proximidad de ellos; pero es en estos casos que llega la oportunidad y aún la necesidad de ordenar la mutación sensible de clima y del régimen de vida, único arbitrio capaz de destruir los hábitos del sistema.

Segundo Suborden

Vesantias, vesaniae. Las vesantias se caracterizan por lesiones más o menos notables de la percepción, de la memoria, del juicio o del discurso. Se tiene representaciones de objetos imaginarios, o se figuran de una manera que no existen. Se unen ideas inconexas, o se separan y dividen las que naturalmente deben estar unidas, deduciéndose conclusiones acerca de la relación de las cosas erróneas, diversas y aún enteramente opuestas a las que forman de ellas los demás hombres, y a las que el mismo paciente acostumbraba formar en otros tiempos. Estas lesiones excitan sentimientos y pasiones desusadas y en nada correspondientes con el motivo sobre que recaen, ya son de ira o de aversión, ya de miedo, de alegría o de deferencia, y se expresan con gestos y movimientos fuertes, extravagantes, ridículos; o bien se adopta a la taciturnidad y el quietismo más absoluto, se toma un aire sombrío y el hábito de una tristeza la más profunda. Unas veces se afectan simultáneamente todas las funciones del entendimiento, o llegan a serlo de un modo sucesivo, y en otras ocasiones el desorden o la irregularidad se limita o circunscribe a una sola función, o sólo es remarcable en uno de los poderes mentales.

Los hombres ofrecen infinitas variedades en las operaciones del entendimiento, no sólo con respecto a la energía y perfección de ellas, sino también relativamente a la facilidad de ejercerlas; pero estos diferentes grados de actividad espiritual, por los que se caracterizan los diversos talentos, pueden aparecer en su minimum entre los límites de la salud, y por difícil que sea fijar ese minimum o punto de demarcación, no es menos cierto que, solo partiendo des-

de él, es que debemos considerar como patológicas las alteraciones de que son susceptibles las facultades intelectuales.

Genero Decimotercero

Hipocondría

Es tal la confusión que reina en los escritos de medicina y tanto lo que se ha desfigurado con vanas teorías de la hipocondría, que es difícil dar de ella una idea justa y precisa que la distinga del histerismo y de la melancolía. Boerhaave habla de una materia tenaz inmóvil en los vasos de los hipocondrios y todo lo explica por las leyes hidráulicas. Su sabio comentador Wansvieten y Francacini, siguieron servilmente y aun se empeñaron en desenvolver más estos mismos principios que dominaron en la escuela de Leyden. Sauvages parece que se empleó solamente en compilarlos. Los médicos ingleses Sydenham, Cheyne, Whytt, que tuvieron la ventaja de observar con frecuencia la hipocondría muy común en Inglaterra la han descrito bien; pero ellos no procuraron analizar, y la presentan siempre con sus diversas complicaciones. Staahl es el único que satisface en esta parte y que enseña a discriminar esta afección de cualquiera otro mal nervioso, dándole el carácter que le es propio y distintivo. El dice: «la hipocondría es la mezcla o la sucesión de unos síntomas singularmente variados y anómalos; sentimiento de tensión, de peso o de dolor sin fiebre notable, sin tipo particular; perversión más bien que pérdida de apetito; flatuosidades intestinales que se detienen o se arrojan con estrépito; contracciones espasmódicas; ansiedades que se agravan por una vida inactiva y sedentaria o por las variaciones de la atmósfera; malestar sin causa conocida; estado vago de sufrimiento ya antes, ya después de comer; hinchazón dolorosa y alguna vez bastante grave en el hipocondrio izquierdo; exacerbación de síntomas que llegan hasta el extravío de la razón, o un desorden manifiesto pero fugaz y pasajero en las ideas, lo que distingue a la hipocondría de la melancolía».

Podemos pues, siguiendo los pasos de este exacto observador, decir: que la hipocondría es una enfermedad en que hay tensión espasmódica en diversas partes del cuerpo con dispepsia y males imaginarios.

Las circunstancias más propias para que esta afección se desarrolle, son: un fuerte terror, el abuso de los narcóticos, un régimen de vida desordenado, el pasar repentinamente de la actividad al ocio, los excesos en el estudio o en los placeres de Venus, la supresión del flujo hemorroidal o de los menstruos.

Las investigaciones anatómicas han enseñado que alguna vez la hipocondría se fomenta por lesiones de las vísceras abdominales, como un cirro de colon, un infarto del bazo, úlceras del páncreas, &a.

Los síntomas que acompañan a esta neurosis, residen unos en el abdomen, tales son la tensión, y por intervalos la hinchazón del estómago y de los intestinos, una especie de pulsación irregular en cualquier parte del vientre, las náuseas, inapetencia con alternativas de un apetito voraz.

CLASE QUINTA

Lesiones orgánicas

Llegamos por fin a la quinta y última clase del cuadro nosológico que admitimos para este curso de medicina práctica. Debemos tratar en ella de las lesiones orgánicas, esto es, de las mutaciones que sobrevienen en el tejido íntimo y la estructura de las partes.

Entre estas lesiones hay muchas que se refieren más particularmente, o que en rigor tocan y corresponden a la patología externa como las heridas, las úlceras, diferentes enfermedades de las vías urinarias o de la generación, algunas afecciones internas y externas de los órganos de los sentidos, las fracturas, &a., y otras que son objeto especial de la patología interna, por consiguiente a las que debemos dar lugar en la presente clase.

Las afecciones de esta naturaleza pueden aparecer de un modo primario y sin otro mal preexistente; pero generalmente ellas son un paso propio o una especie de degeneración de alguna enfermedad de las otras clases de que hemos hablado hasta aquí, y particularmente de las flegmasías y de las neurosis.

A la verdad, en toda flegmasía hay siempre alteración de tejido en la parte afecta, y si en caso de resolución o de otra terminación favorable, dicha alteración pasa y no queda vestigio de su existencia, otras veces resulta un cambio más o menos considerable en la organización, o más bien nacen nuevas afecciones que son un efecto del estado inflamatorio.

Por largos siglos un temor religioso esparcido por todos los pueblos de la tierra, impidió buscar en el cadáver del hombre los desórdenes causados por las enfermedades de que era víctima. Este respeto mal entendido por los despojos mortales, opuso grandes obstáculos a los progresos de la medicina, y es muy

prodigioso que Hipócrates hubiese sido capaz de dejarnos acerca de este asunto, con sólo su ingenio, un cuerpo de doctrina bastante regular.

Neurosis de hombres celebres de Venezuela

LISANDRO ALVARADO

Las observaciones siguientes han sido hechas bajo un aspecto puramente médico. Creo útil adelantar esta advertencia porque fácilmente podría tomarse como mal intencionado lo que en realidad no es más que una circunstancia notable que contribuye, aunque no sea más que en pequeñísima escala, a comprobar la hipótesis de Moreau y de Lombroso. Sería esta una redundancia para el hombre de ciencia por lo menos, si no fuera nueva la teoría en nuestro país y si no fueran la enajenación mental y el alcoholismo los estados que más sobrellevan una censura social invariable; y como esta última circunstancia pone trabas al esclarecimiento de copia de hechos referentes a los hombres de genio de Venezuela, porque no es fácil obtener ciertos datos, por decirlo así críticos, que revelarían a las claras casos patológicos o servirían de fuertes indicios para establecerlos, este ensayo tiene tal vez su razón de ser.

Hoy, el concepto que se tiene del alcoholista disminuye su responsabilidad moral en gran número de ocasiones; es un enfermo que obedece de un modo irresistible a una conformación peculiar del individuo, resultado de los factores diversos que se han combinado para su creación y procreación; el alcoholismo es quizás una tendencia fatal de la época, un pensamiento colectivo de la humanidad; y en todo caso es de nuestro deber el examen del fenómeno por el lado científico y en atención a que de una o de otra manera existe en todos los pueblos de la tierra. En cuanto a la locura, no debemos olvidar las observaciones de Mandley respecto a las causas que mantienen vivo el horror a la enfermedad y el interés en disimularla de parte de las familias que tienen la mala suerte de abrigar enfermos en su seno. Nadie piensa ahora con seriedad en que un loco o un epiléptico están poseídos de espíritus malos a la luz de la moderna ciencia; mas lo que no se aparta nunca de la memoria es el hecho de que tal fue la teoría del cristianismo, y que las penas eran severísimas para el malaventurado enfermo, y que la responsabilidad se transmitía a lejanas generaciones. Esto sentado, vamos a nuestro objeto.

I
Este estudio lo comenzaremos con el distinguido ingeniero Don Juan Manuel Cajigal, en quien hubo un desarrollo tan característico de la meningoperiencefalitis difusa, que basta un poco de atención para conocerla. Es muy cierto que en la biografía publicada por uno de sus discípulos, el señor Olegario Meneses, hay un manto de discreción que sienta muy bien al género literario en boga en Venezuela¹ pero una reciente publicación del señor Aristides Rojas² pone fuera de toda duda el carácter de la lesión, que es, por lo demás, una de las más comunes en nuestro siglo. Cajigal nació en Barcelona en 1802.

Es muy probable que hayan existido antecedentes hereditarios en los varios miembros de su familia, establecida en el oriente de la República; lo que sí se sabe, es que habiendo completado en París su educación, volvió al país por los años de 1830 para fundar la Academia Militar de Matemáticas. Según Meneses, la movilidad de sus ideas era notable, pasando como pasaba de un tópico a otro en pocos momentos: «Hacia venir a la escena en sus ricos trajes y propios coloridos, lo mismo a Euclides que a Descartes; lo mismo a Homero que a Camöens; lo mismo a Fidias que a Miguel Ángel y Canova; a Rafael y a Murillo; a Herrera, Calderón y a Cervantes, como al chistoso Bretón y al satírico Larra de nuestros días.» A los ocho años, es decir, a los treinta y siete de su edad, se efectuó en él un gran cambio.

Torna a París como secretario del señor Fortique, ministro de Venezuela en Londres, y allí, para dar un almuerzo a sus antiguos condiscípulos, manda fabricar y marcar con su nombre vajilla de plata y oro; discurre alegremente por los museos y bibliotecas, asiste a los cursos públicos de la gran ciudad, frecuenta sus amistades y, por último, se prenda perdidamente de una artista del teatro francés, la señorita Duplessis —locura efectiva—. De esta pasión repentina quedan pocos recuerdos, sin duda por la rapidez con que pasó este estadio de la enfermedad; pero se sabe que terminó con poca suerte para él y que de seguida apareció una manifestación que pasaba por natural consecuencia de semejante contrariedad: el delirio de las persecuciones. «En Cajigal —dice Rojas— la desgracia comenzaba por la monomanía tranquila, tímida. Creía que iban a perseguirle, que querían asesinarle, y estas ideas, tomando creces en un cerebro que tanto había trabajado en el estudio y la enseñanza, fueron lentamente aislando del mundo científico y social inteligencia tan luminosa.»

¹ Biografía de J.M. Cajigal, fundador de los estudios matemáticos en Venezuela

² Recuerdos de Cajigal. Caracas, 1892; 16.

Vuelto a Caracas en 1844, continuó, no obstante, trabajando con actividad, pero sin determinación marcada de su espíritu y «salvando los casos en los cuales la monomanía se exacerbaba»; escribía tratados científicos, herborizaba, pintaba acuarelas. He visto un autógrafo suyo en esa época en el cual no me ha parecido notar signo alguno particular. Acompañado de su hermano J.M. Ruíz, Cajigal abandonó a Caracas en 1845, y buscó una morada a orillas del Yaguaraparo, en el Golfo Triste; allí fue la enfermedad progresando paulatinamente, y, sumida la víctima en un triste estado de mutismo, sucumbió por fin en febrero de 1856.

II

En el próximo orden tenemos que considerar al distinguido orador Idelfonso Riera Aguinagalde, natural de la antigua provincia de Barquisimeto. Pertenecía a una larga familia que tiene la mayor parte de sus representantes en la ciudad de Carora, donde nació el 1º de febrero de 1834. Era médico, pero se distinguió más como político y escritor. De estatura mediana y cabeza voluminosa, fue atacado de una afección cerebral —reblandecimiento según parece—. La enfermedad tuvo un curso bastante largo, manifestándose desde temprano la locura de sus ideas. Su fallecimiento tuvo lugar en París el 24 de marzo de 1882.

Poco antes de esto decía de él el señor Tejera: «En varios artículos de Riera advertimos que el escritor flaquea cuando le abandona su ardiente inspiración; y entonces es frío, desaliñado y desigual como que escribe forzado y de mala gana; entonces para hacerse sublime se hincha y produce conceptos campanudos, imitaciones pálidas y reminiscencias oscuras. Mas si de improviso le asiste el numen avanza como la nube de tormenta con relámpagos y truenos, y vuelve a ser el poeta orador lleno de pensamientos sublimes y exuberante fantasía».

El 7 de agosto de 1878 escribía en una de sus cartas —comienzo de la enfermedad— : «Toda impresión moral extraordinaria produce en mi el mismo efecto de la ráfaga tempestuosa sobre la antorcha encendida: o la luz vacila en agitación constante, o cediendo al impetuoso soplo, acaba por extinguirse. Si lo primero, perdida la claridad serena en que se mueve el pensamiento atropéllense las ideas en creciente confusión; y si lo segundo, a semejanza del nauta cuya brújula fuese rota, esta nave del alma, desmantelada, arroja su ancla, para quedar inmóvil sobre el mar muerto del dolor en que desfallece. *Similis factus sum cum pellicano solitudinis; factus sum sicut nycticora in domicilio*; me he vuelto semejante al pelicano que habita en la soledad; parézcome al triste búho en su

albergue. Pero el sufrimiento se mitiga, la reflexión nos conforta y en toda su altivez la dignidad humana, tornamos a la calma de la conciencia satisfecha. Fue todo ello una nube interpuesta ante el sol de nuestro camino; y es de ley que las sombras huyan y la luz permanezca.» El estudio de la Biblia parecía influir poderosamente en sus ideas y en su estilo oriental.

III

El general León de Febres Cordero sentó plaza en 1812, a la edad de quince años, y dejó el servicio en 1863. A los sesenta y nueve años fue atacado de una congestión cerebral, que dos meses más tarde trajo una recidiva, estableciéndose entonces el reblandecimiento del cerebro, que le causó la muerte a los setenta y cinco de su edad. Descendía de una antigua familia de Coro, y se distinguió por su actividad y su talento de organización y de orden. El señor C. Acosta lo definía así: «Es lo que se llama un hombre de profesión: conoce su arte, conoce el derecho público, la ciencia de administración y los libros han sido su vagar como se refiere de otros generales de nombre. Es, por lo dicho, hombre de pensamiento, y el orden, que es cualidad de organización y que él posee, hace que su pensar se vuelva en obra; por eso es tan movable y al mismo tiempo tan minucioso. Sus maneras son insinuas, sus conocimientos varios, su patriotismo probado; y tiene una cosa que vale mucho: gran conocimiento del mundo y de los hombres, amor a la orden y entusiasmo por las instituciones civiles.»

IV

Corriendo la tercera década del siglo nació en Caracas el licenciado Cecilio Acosta. Hiciéronse los siguientes diagnósticos de su última enfermedad que le arrebató el 8 de julio de 1881: ataxia locomotriz, atrofia muscular progresiva, esclerosis de los cordones laterales, reblandecimiento cerebral. Síntomas de enajenación no los tuvo, pero si le era habitual por momentos una ligera tartamudez, y en los días de su enfermedad un movimiento giratorio a la derecha: «Era de estatura regular, delgado y derecho, de rostro ancho y facciones abultadas, color trigueño encendido, ojos pequeños y vivaces, labios gruesos, pelo liso y negro; nunca usó barba. Vestía siempre de negro, como si tuviese que entrar en cualquier momento a la Academia, y andaba por la calle como abismado en profunda meditación, de manera que solía pasar distraído sin saludar a sus más íntimos amigos. No manifestaba en su conversación, algo monótona, las dotes que le adornaban en la tribuna; repetía una frase hasta la saciedad y giraba alrededor de un pensa-

miento con aquellas idas y venidas, vueltas y revueltas de la famosa ardilla de Iriarte; en ocasiones, sin embargo, brillaba con una idea radiosa que iluminaba su conversación como un relámpago. Su carácter era casi incalificable; constante en algunas cosas, inconstante en otras; de un corazón sensible e incapaz de odio; su único y grande amor fue el de su buena y virtuosa madre..»

«Por otra parte, el doctor Acosta parecía débil de carácter, o ya por bondad o por timidez; pero ello es que esta circunstancia le dañó sobradamente y le hizo poco a propósito para figurar, como sus dotes lo presumían, en cualquier ramo de la vida pública, y no era porque se quebrasen sus convicciones, sino porque cejaba ante la dificultad o rehusaba la contienda. Espíritu dúctil y en extremo cándido, pasaba en un instante de la certeza a la duda, de la afirmación a la negación, según las imprecisiones extrañas que recibía.» Acosta fue célibe siempre. Aunque miope, como Bello, no usó nunca anteojos, y de aquí el que se notara en ambos hechos de pasar de largo por las calles sin saludar a las personas que le eran conocidas.

V

Un escritor inglés que militó con Páez en los llanos de Venezuela escribe: «El general Páez padece de ataques epilépticos cuando se excita su sistema nervioso, y entonces sus soldados le sujetan durante el combate o inmediatamente después de él.»

La causa de estas accesos de gota coral deben ser atribuidos a circunstancias hereditarias, porque el género de vida que llevó Páez desde niño fue de los más a propósito para aguerrir y fortalecer su constitución. Se corrobora esto con la obsesión que la acompañaba de creer que al tragar la carne de pescado se convertía, una vez en el estómago, en carne de serpiente, y por la impresión de terror y espanto que la vista de un ofidio le causaba, hasta producirle, aun a la edad de ochenta años, un acceso de epilepsia inmediatamente. No es de extrañar que en estas condiciones, tanto las causas determinantes del mal como las obsesiones variasen hasta imitar bastante bien un estado histeroepiléptico. En el combate de Chire (1815) provoca las convulsiones una serpiente, y después de ellas y del hecho de armas, vaga todo el día en el campo con síntomas manifiestos de locura epiléptica. En una de las exhibiciones de Barnum, en Nueva York, excita las convulsiones una boa, y «sin perder el uso de la razón», manifiesta en medio de ellas que muchas serpientes le estrangulaban y bajaban enroscándose en los pulmones, corazón, vientre y piernas, pidiendo a gritos que le librasen de los horribles animales. En el curso del acceso reconoce al doctor Beales, que le

asistía. Otra vez, en 1858, fué la fractura de una pierna el motivo del ataque. Por lo demás, parece que en ocasiones se limitaba éste a la aura, mientras que en otras era completo, hasta aparecer la espuma en la boca; pero antes o después del mismo, acaecía de ordinario que despertase dando voces de mando, o con el grito de guerra: «¡Mi lanza! ¡Mi caballo!»

Escribe él es sus Memorias: «Al principio de todo combate, cuando sonaban los primeros tiros, apoderábase de mí una inmensa excitación nerviosa, que me impelía a lanzarme contra el enemigo para recibir los primeros golpes; lo que habría hecho siempre si mis compañeros, con grandes esfuerzos, no me hubieran retenido.»

No terminaremos sin manifestar la opinión del doctor Rojas en este punto. «Refieren las crónicas de familia —dice él— que Páez, en sus tiernos años, fue mordido primero por un perro hidrófobo y meses más tarde por una serpiente venenosa, sin que nadie hubiera podido sospechar que en un mozo acostumbrado al ejercicio corporal hubieran quedado manifestaciones ocultas, consecuencia de las heridas que recibiera, y que los años correrían sin que ningún síntoma se presentara en la constitución sana y robusta del joven llanero, hasta que fue presa de cruel idiosincrasia —se refiere a la ofidiofobia-, que le acompañó hasta el fin de la vida.» Crónica y opinión las creo muy dudosas.

VI

Pocos detalles característicos he podido obtener del célebre ministro de Estado Don Simón Planas. Nació en Barquisimeto en 1818 y murió en Caracas el 16 de junio de 1864, en momentos en que estaba empeñado en una lucha ministerial. Su educación no pasó de las materias de enseñanza primaria, que se procuró en su ciudad natal, y casi toda su juventud la gastó ocupado en empresas comerciales; sin embargo de esto, llegó a crearse un poder casi absoluto durante la administración del presidente J.G. Monagas, el que abolió la esclavitud en Venezuela. Según las referencias hechas por los doctores Medina y Frías, que le asistieron en su última enfermedad, fue ésta una apoplejía meníngea, con abundante extravasado, que se desarrolló en pocas horas después de una acalorada discusión del ministro con sus colegas.

VII

Un parecido conjunto de fenómenos cerebrales encontramos en el difunto arzobispo de Venezuela, doctor José A. Ponte, que murió en Caracas a los cincuenta

y un años de edad. Diagnósticos: trombo cerebral (Ríos, Frías): hemorragia cerebral. Los médicos citados atribuyeron la afección a causas cardíacas; pero la verdad es que el cerebro no fue examinado y que se averiguaron antecedentes hereditarios —su madre murió de un ataque análogo a la misma edad que él-.

VIII

Es sensible que no se hayan hecho practicar las mensuras convenientes en el esqueleto del general Bolívar, y por estas razones no hacemos sino indicarlo como un cerebro al parecer desequilibrado. Los historiadores nos le representaban en su niñez de un carácter inquieto, voluntarioso, inconstante, audaz. La respetabilidad de un tutor como el que tuvo, el licenciado Sanz, no pudo nada con él, ni parece que aprendió mucho con su preceptor, el Padre Andújar. Puede decirse que Bolívar se amañaba mejor con la locomotividad, la actividad de espíritu, hasta rayar en la locura de su último maestro don Simón Rodríguez; y, en efecto, fue éste quien más tiempo le acompañó y dirigió. Hasta la época de la revolución de la independencia, la opinión de Sanz fue que Bolívar era incapaz de grandes ideas; y Gual, otro testimonio de valía juzgó que hasta 1812 aquel no había revelado las grandes manifestaciones con que apareció más tarde. Los epítetos con que le calificó en todo tiempo don J.D. Díaz darán una idea de esta general creencia. Llamábale «el inhumano, el sedicioso, el tirano, el bárbaro, el insolente, el cobarde, el sacrílego, el insensato, el miserable, el déspota, el pérfido, el inepto, el presumido, el incapaz, el feroz, el ambicioso, el perjuro, el imprudente, el traidor, el aturcido, el malvado, el monstruo, el ignorante, el usurpador, el impío; y dice últimamente: «Ese hombre de quien nos hemos referido en ocasiones que era un corazón sin virtudes y el alma más feroz que se hubiera conocido.» De igual modo le trató el general Morillo antes del armisticio.

Por otra parte, las anécdotas referentes a Casacoima² y al banquete dado a Irwing en Angostura, en que manifestó impulsos dignos de notarse, se dan la mano con las cartas publicadas en el *Diario de Debates* de 1826.² Es, además, un hecho notable que el Libertador no tuvo sucesión, siendo él mismo descendiente de una antigua y numerosa familia y muriendo tuberculoso a los cuarenta y siete años de edad.

Cerraremos este ligero esbozo con parte del retrato físico del Libertador hecho por el doctor Roulin. «Era Bolívar hombre de talla poco menos que mediana, pero no exento de gallardía en sus mocedades: delgado y sin musculación vigorosa; de temperamento esencialmente nervioso y bastante bilioso, inquieto en

todos sus movimientos indicativos, de un carácter sobrado impresionable, impaciente e imperioso. En su juventud había sido muy blanco —aquel blanco mate del venezolano de raza española—, pero al cabo le había quedado la tez bastante morena, quemada por el sol y las intemperies de quince años de campañas y de viajes; y tenía el andar más bien rápido que mesurado, pero con frecuencia cruzaba los brazos y tomaba actitudes esculturales, sobre todo en los momentos solemnes. Tenía la cabeza de regular volumen, pero admirablemente conformada, deprimida en las sienes, prominente en las partes anterior y superior, y más abultada aún en la posterior. El desarrollo de la frente era enorme, pues ella sola comprendía bastante más de un tercio del rostro, cuyo óvalo era largo, anguloso, agudo en la barba y de pómulos pronunciados. Casi siempre estuvo el Libertador totalmente afeitado, fuese por sistema o por no tener barba graciosa ni abundante. Tenía los cabellos crespos y los llevaba siempre divididos entre una mecha enroscada sobre la parte superior de la frente y guedejas sobre las sienes peinadas hacia adelante. Algunos escritores han dicho que Bolívar tenía la nariz *aguileña*, seguramente por no dar a este adjetivo su aceptación verdadera, que es la de lo corvo, como el pico del águila. Lejos de esto, el Libertador tenía el perfil enteramente vascongado y griego, principalmente por el corte del rostro, la pequeñez de la boca, la amplitud de la frente y la rectitud de la nariz, muy finamente delineada, al propio tiempo que tenía la frente muy levantada en la región de los órganos de la imaginación, era prominente en las cejas, bien arqueadas y extensas, donde se ponían de manifiesto los signos de la perspicacia y de la prontitud y agudeza de percepción. Como tenía profundas las cuencas de los ojos, éstos, que eran negros, grandes y muy vivos, brillaban con un fulgor eléctrico, concentrando su fuego, cual si sus miradas surgieran de profundos focos.»

IX

Con la misma vacilación apuntaré, por último, el nombre del afamado médico doctor Guillermo Michelena, en quien, sin embargo, es posible seguir el curso de los caracteres y condiciones ideológicas por medio de una familia un tanto numerosa. El doctor Michelena tuvo ataques, a no dudar, de alucinaciones, abrazando con calor las doctrinas espiritistas en un tiempo en que estuvieron en boga en nuestro país. Viósele en otra ocasión confundirse con los cargadores de una imagen en las procesiones que se estilan en el rito hispánico, andando descalzo por la calle en semejante faena.

Viajeros de Indias

FRANCISCO HERRERA LUQUE

I. VIAJEROS DE INDIAS, INMIGRANTES, VOLUNTARIOS Y CRIMINALES

Si las tasas de enfermedades mentales están quintuplicadas en las poblaciones migratorias de nuestros días, es lícito admitir que las huestes de los Viajeros de Indias estaban sobrecargadas psicopáticamente, por el solo hecho de ser emigrantes. Si pensamos en las condiciones de navegación de aquella época y en los innumerables peligros que tenía que arrostrar el europeo en la América del siglo XVI, nos sentimos inclinados a suponer una incidencia más elevada de insania desde el momento en que ésta guarda una relación paralela con el temple y la audacia excepcional. Si los Viajeros de Indias fueron emigrantes de un valor y de un coraje inusitado, como lo prueban los hechos referidos en este estudio, es evidente, por las razones invocadas, que la proporción de enfermos mentales entre ellos ha tenido que ser sensiblemente muy elevada.

Si a esta lícita presunción añadimos su condición de guerrero nato o de voluntario y su perfil de cruel criminal es evidente que la perturbación psíquica fue muy elevada entre los contingentes de la Conquista. La serie de fenómenos que hemos analizado, muestra a las claras cómo la locura, la perversión y la extravagancia campearon extraordinariamente entre aquellos primeros pobladores del Nuevo Mundo.

II. PREGUNTAS Y OBJECIONES

¿Radica, pues, en este aflujo de población sobrecargada psicopáticamente el origen de nuestra actual sobrecarga psicopática y, por ende, de nuestra sobrecarga criminal?

Si la simiente hispana, por su peculiar posición en el vértice de nuestro crecimiento demográfico, tuvo tanta influencia proyectiva en la constitución

biológica del pueblo venezolano, es de suponer que había de continuarse hasta nuestros días esa trágica proyección, como creemos demostrar en nuestro libro *La Huella Perenne*.

Varias preguntas y objeciones cabe hacer a esta hipótesis: veamos la primera: ¿Puede mantenerse una herencia indeseable a través de los cuatrocientos años y doce generaciones que nos separan de los Viajeros de Indias? Veamos otra: ¿No es acaso predominante la herencia sana sobre la patológica? En el supuesto caso de que los conquistadores hubiesen sido constituciones anormales, ¿no se habría modificado ese aporte en todo el lapso transcurrido?

III. LA HERENCIA INDESEABLE A TRAVÉS DE CUATRO SIGLOS

En relación a la primera objeción, podemos afirmar categóricamente que la herencia patológica como la normal se mantienen indefinidamente en la descendencia, no sólo en los cuatrocientos años que han transcurrido desde la Conquista, sino a todo lo largo de la historia, salvo que el azar excluya de la progenie a los genes enfermos.

IV. RECESIVIDAD Y PREDOMINANCIA DE LA HERENCIA PATOLÓGICA

Ocupémonos de la segunda objeción: el hecho de que la herencia patológica sea recesiva ante la normal.

Es cierto que la herencia sana ante la patológica es predominante, como lo demuestran fácilmente las estadísticas sobre esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva. En la epilepsia es todavía más baja (8 a 30%). Dice Bumke que los portadores de estas enfermedades suelen sucumbir en la lucha por la existencia, pues la naturaleza elimina las desviaciones desfavorables al prototipo.

Cabría suponer entonces que la sobrecarga constitucional de los Viajeros de Indias, tuvo que disminuir o desaparecer después de cuatro siglos de acción eugenésica espontánea.

1. Apatía y lujuria en las enfermedades mentales

Por desgracia, ni las enfermedades mentales son tan recesivas, ni los Viajeros de Indias fueron precisamente sobrios en su vida sexual.

Si los esquizoides suelen ser fríos sexualmente, y padecen de perversiones sexuales que los excluyen de la descendencia, no sucede lo mismo con otros psicópatas.

Los cicloides se caracterizan especialmente por la voracidad de sus necesidades sexuales, y por una agresividad y acometividad proporcional en todos los aspectos de la vida humana.

Nivel Social	Distribución de la Población Normal	Distribución en Población Esquizofrénica
I y II	11,6%	3,4%
III	22,6%	9,8%
IV	47,4%	41,6%
V	18,4%	45,2%
Psicosis Maníaco-Depresivas		
I	8,7%	23,4%
II	67,0%	53,3%
III	20,1%	14,4%

Por esto se observa en todos los países, que los maníaco-depresivos abundan extraordinariamente en los sectores dirigentes, en tanto que las esquizofrenias tienen más incidencia en los sectores más depauperados de la población. Los epileptoides en materia sexual no ofrecen mayores diferencias con la población corriente, lo que quiere decir que en condiciones de ventajismo sexual y social tenderán a desbordar los límites de actividad sexual y, por ende, de progenie que toda sociedad organizada prescribe para sus miembros.

2. Prevalencia de la psicopatía y de la debilidad mental

Por otra parte, los estudios de genética, y en especial los trabajos de Kallman y Bleuler, señalan que si bien es cierto que la herencia de la esquizofrenia, de la psicosis maniaco-depresiva y de la epilepsia convulsiva es recesiva ante la herencia sana, no sucede lo mismo con sus respectivas personalidades básicas, o sean esquizoide, cicloides y epileptoides, las cuales se muestran predominantes. Sólo un 14,5% de los hijos de un padre psicópata son normales. Sólo el 30% de los hijos de un esquizofrénico están libres de tacha. En los maníaco-depresivos el índice de hijos cicloides es nada menos que el 12,5%. Muchos autores sostienen que la debilidad mental es predominante sobre la sana (100% cuando ambos padres son oligofrénicos); de la misma forma que el 70% de los hermanos de epi-

lépticos tienen trastornos de la personalidad. De modo que si en cifras porcentuales el índice de epilépticos, esquizofrénicos y maniaco-depresivos existentes entre los hijos de aquellos hombres era menor que en sus contingentes, en cifras absolutas y relativas debe traducirse para la tercera generación en un alza de las cifras porcentuales sobre psicosis y epilepsia, sobre las cuales volveremos luego de terminar de puntualizar los otros aspectos.

3. Prolifidad y limitación vital en los psicópatas

Si bien es cierto que los cicloides son más vulnerables que el hombre corriente a las afecciones orgánicas, esta menor resistencia no aparece sino a partir de la segunda mitad de la vida, lo que no impide, como es obvio, que a lo largo de toda su juventud despliegue una actividad genésica descomunal; lo que aunado a su sociabilidad, seductibilidad y audacia, suele asegurarle pingües beneficios en el campo erótico.

El cicloide, a diferencia del epileptoide (que suele ser muy feo y contrahecho), es más bien agraciado y en especial en su juventud. Las mujeres cicloides, a diferencia de las epileptoides y esquizoides, suelen ser prolíficas y buenas gestantes. A estos hechos sobre la sexualidad de los cicloides hay que añadir el comportamiento sexual de las esquizoides. Si el macho tiende a ser apático sexualmente y propende a desviaciones sexuales, sus hembras, por razones que se nos escapan, añaden a su naturaleza ardorosa, cierto entorpecimiento de sus sentimientos morales que las lleva a entregarse al comercio sexual ilegítimo con mayor libertad y ausencia de inhibiciones que en la mujer corriente. Con las oligofrénicas sucede otro tanto. Si en los varones esquizoides la eclosión de la enfermedad sexual antes de los 25 años suele descartarlos del matrimonio, la mayor precocidad de las mujeres y su pasividad durante el acto no las excluye ni de la actividad sexual legítima ni de la ilícita, siendo esa la razón —como señala Juda y Luxemburger— de que sea mayor el número de antecedentes femeninos de esquizofrenia que los procedentes del progenitor masculino.

4. Ventajismo social y sexual de los Viajeros de Indias

Si a la predominancia de la psicopatía añadimos el ventajismo económico-social de los Conquistadores, que les llevó necesariamente a aumentar su proyección demográfica hasta límites inconcebibles, comprendemos porque su aporte psicopático inicial —aunque indiscutiblemente se redujo por el mestizaje— sigue y continuará siendo excesivamente elevado.

Si pensamos que los grupos sociales que los sustituyeron como clases dirigentes, tenían constitucionalmente, por razones de castas, su misma estructura biológica, y que mantuvieron hasta nuestros días la tradición de serrallo que impusieron los Conquistadores, comprendemos que en la medida en que pasaron los siglos, lejos de reducirse, la proyección constitucional de los Viajeros de Indias sobre el pueblo venezolano tuvo tendencia al alza. Si a esto añadimos asimismo otros hechos, como el enclaustramiento genético de la clase dirigente, lejos de mitigarse con el paso del tiempo, tuvo que acentuarse.

Si se piensa que el mismo fenómeno es extensible a las masas populares mestizas, aunque en menor grado, no podemos menos que afirmar que la sobrecarga psicopática de los Conquistadores persiste en la Venezuela de nuestros días, como creemos haber demostrado por otras vías.

V. OTRAS CONSTATAIONES

El hecho señalado de que fue la inmigración psicopática de la Conquista el factor causal del problema que afecta a nuestra población, encuentra su ratificación en los hechos siguientes:

- a) La tremenda sobrecarga que aqueja a sus más directos y consanguíneos descendientes, los mantuanos u oligarcas de la sangre, como demostramos en los capítulos anteriores, y como veremos con toda amplitud en el segundo volumen de esta obra: *La Historia Detenida*;
- b) La muy baja incidencia de enfermedades mentales entre los negros de Venezuela; y
- c) El auge que el homicidio, la epilepsia y la oligofrenia tiene en ciertas regiones de Venezuela, como los Andes donde la raza blanca es la más elevada del país y, al mismo tiempo, la más consanguínea.

1. Baja incidencia de enfermedades mentales en los negros

Aunque no prestamos demasiada atención, al hacer el estudio sobre grupos étnicos, a la incidencia con que se presentaban las enfermedades mentales en los negros destruyendo la mayor parte de los protocolos acumulados, si nos llamó la atención, lo mismo que a González Melean, la baja frecuencia con que se presentaban dichas afecciones en ellos, como podrá observarse en tres pequeñas muestras contentivas de 800 casos. En la primera, sobre un total de 200 esquizofrénicos, encontramos un 8% de negros.

En la segunda, sobre 500 historias revisadas en una consulta asistencial externa, fue el 12%. Si se toma en cuenta que el índice de negros en el Centro del país y en los sectores populares de Caracas es de 45%, no deja de ser tan estrepitosa la impresión que nos produce una discordancia semejante, como la que nos ofreciera en sentido inverso la raza blanca.

Recuérdese los datos que arrojan las matriculas eclesiásticas sobre incidencia de locos entre los negros (0,6 por mil). Sobre un total de 2.081 negros no aparece ningún loco.

Tan sólo hay un negro loco en los 43 locos que tenía la ciudad de Caracas para 1792 (estas sumas se refieren a población total de Caracas y de locos), lo que hace una proporción de negros dentro de la población alienada de 2,3%, siendo su proporción, dentro de la población de aquella época, diez veces mayor exactamente.

Aunque no tenemos observaciones directas sobre la escasa criminalidad del negro en relación con la población general, ciertos hechos nos hacen presumirlo, como son los que siguen.

Si en los estados del Centro del país (zona a la cual está confinada la mayor parte de la población negra) la señalada tiene una representación de 85% (45% de negros puros y 40% de mulatos) y tiene los más bajos índices de homicidios junto con Margarita, a pesar de todos los factores criminógenos que pudieran invocarse (densidad de población, civilización, etc.), no puede menos que pensarse en la intervención del factor de sanidad biológica, de compararse con los Estados andinos, de máxima criminalidad, máxima población blanca y mínima población negra.

El negro, a diferencia del blanco, tiene una historia biológica reflejo de la política, totalmente diferente a la del blanco. Si el blanco fue conquistador o aventurero, emigrante o inconforme carne de presidio o criminal, asegurándose por su superioridad técnica y cultural el predominio social y político, sobre los otros grupos, el negro por el contrario, no fue aventurero, ni emigrante, ni criminal, sino cautivo. Sometido a los más duros tratos desde que caía en poder de los traficantes de esclavos, era sometido a una dura prueba de selección biológica desde este momento hasta que llegaba al Nuevo Mundo, muriendo más de 60% en esta travesía. Como es lógico, tan solo los más fuertes sobrevivían a ese trato inhumano. ¿No estará en ese hecho la explicación de la higiene mental del negro?

Por ende, si el negro, desde su captura como esclavo hasta nuestros días, ha sido sometido a toda clase de privaciones y malos tratos, es obvio suponer que al ser mayores los factores nocivos que lo envolvieron, hubo de ser mayor la mortalidad entre los constitucionalmente más débiles, siendo esto la causa, no solo de su baja incidencia dentro de la población psiquiátrica y criminal, sino de su gran fortaleza, alegría y bienestar en contraposición con los estratos populares mestizos endeble, enfermizos y tristes. Prueba de ellos es la escasa incidencia que tienen dentro de los hospitales generales (14, 12 y 17%), como hemos encontrado entre muestras de 660 individuos en total.

2. La sobretasa criminal andina

Si por razones económico-políticas, el negro y sus mezclas constituyen el 85% de la población del Centro de Venezuela, siendo el 15% la porción de blancos, y si esta distribución es diferente en otras regiones como los Andes, donde el blanco tiene una proporción del 25%, es lógico, por las razones expuestas, que el índice de psicopatía en los Estados andinos sea superior al de los centrales.

De acuerdo a la proporción de grupos étnicos y al índice psicopático asignado a cada grupo, la tasa de psicópatas en las referidas regiones debería ser aproximadamente como sigue: Centro: 21,15%; y Andes: 32,75%, lo que significaría un aumento sensible tanto de la criminalidad como de las cifras de psicosis en los Estados andinos en relación con los centrales.

VI. LOS VIAJEROS DE INDIAS ANTE SISTEMAS EXPLICATIVOS MÁS AMPLIOS

No hay manera de establecer una verdad —señala la epistemología— sino mostrando su congruencia con otras verdades dentro de un sistema.

Si la Conquista atrajo masas de población biológicamente indeseables, y si ellas han de pagar fatalmente un tributo al crimen y a las enfermedades mentales, es de forzosa comprobación, para la validez de esta tesis, que el mismo fenómeno se presente en los otros pueblos que, como Venezuela, son una expresión de la Europa trasplantada. ¿No es eso precisamente lo que señalábamos cuando hablábamos de la inmigración y de la criminalidad? ¿No es dieciséis veces mayor la tasa de homicidio de Estados Unidos respecto a Inglaterra, a pesar de la homogeneidad cultural y técnica? Las tasas de homicidio de Australia son tres veces mayor que las de Inglaterra. Las de Iberoamérica son dieciséis veces ma-

yor que las de España y Portugal. Las de Venezuela, como demostraremos, en las mejores condiciones antidelictivas fue simple de 8 puntos, es decir, el cuádruple de las de España y el doble de los países subdesarrollados de África y Asia. ¿No es proverbial que la locura y las neurosis asolen a los pueblos del Nuevo Mundo, tal como señalamos para Venezuela? Si en todos esos pueblos tiene que haber una sobrecarga psicopática en relación a las poblaciones sedentarias de Europa, siempre la Europa transplantada tendrá un superavit de psicopatía, homicidios y perversiones, aunque dichas cifras oscilen hacia arriba de acuerdo a ciertos factores ambientales. Si la verdad de una teoría se demuestra por su eficacia, nos atrevemos a asegurar que las trágicas tasas señaladas serán en América inferiores a las de Europa, porque ellas pagan un tributo constante a un *sustratum* biológico que estadísticamente mantiene su constante de generación en generación. Que dichas tasas se reduzcan hasta un límite que no se pueda sobrepasar y que la sobrecarga psicopática se ponga al servicio de la creación, del progreso y del bienestar material, como se observa en los países australes y en Norteamérica, nadie lo discute, pero que la sobrecarga psicopática le concede a todos estos países un sesgo muy particular para el trato de sus enfermos mentales y de sus criminales, es también otro hecho que para Venezuela, hasta la fecha, no se ha tomado en cuenta.

Algo más nos resta añadir a la tesis que hemos sostenido en este libro sobre el legado biológico de los Viajeros de Indias. Los Conquistadores españoles del siglo XVI y del XVIII fueron algo más, pero mucho más que un aporte biológico indeseable; ellos fueron la primera conciencia occidental de América, los artífices de un mundo que despertó es sus manos, los que llevaron sobre sus hombros la tradición dos veces milenaria de la cultura grecolatina, semítica y cristiana.

Ellos fueron más, pero mucho más que un simple semental que hizo germinar su esencia en las mujeres de las razas vencidas. No es un simple problema, que ya lo es y grave, de genética humana que se proyecta en una monstruosa progresión geométrica. No se trata tan sólo de que en la casi totalidad de los hombres de Venezuela palpite la irredenta estructura de los Viajeros de Indias, ni que en los cromosomas se mantengan perennes los cantos de lujuria y muerte; el problema fundamental de los Viajeros de Indias es que ellos escribieron las primeras páginas de la historia nuestra, y que la siguen escribiendo, aunque se revista de nombres y de expresiones diferentes. De Viajeros de Indias rebosan nuestros arquetipos. Viajeros de Indias son nuestros héroes, aunque se llamen libertadores; caudillos de montonera o tributos de madrugadas trágicas. Los

Viajeros de Indias no han muerto con la segunda mitad del siglo XVII; todavía agitan e irrumpen en los momentos cumbres de la historia contemporánea o en los instantes más lóbregos de la cotidianidad. Por eso decimos que la historia de Venezuela, además de estar silenciada, es una historia detenida.

NOTAS

1. Tan sólo el 16% de los hijos de un esquizofrénico padecen la enfermedad. Ni siquiera más de un 40% la sufren cuando ambos padres son esquizofrénicos. En los maniaco-depresivos la incidencia sobre los hijos en ambos casos nunca es superior al 30 y al 60%, respectivamente.

2. La naturaleza esgrime numerosos instrumentos reguladores destinados a excluir a los genes enfermos, como son:

- a) La mayor vulnerabilidad de los enfermos mentales a las enfermedades orgánicas, especialmente las infecciosas. Luxemburger ha constatado que los hermanos de esquizofrénicos mueren de tuberculosis cuatro veces más que el promedio de la población. Como está demostrado, la personalidad anormal tiene un índice de mortalidad ocho veces superior al de la persona normal. Si se piensa en las condiciones sanitarias de la época (fiebres, parasitismo, cólera, viruela, gastroenteritis), es de suponer que la naturaleza no habría sido muy pródiga con aquellas individualidades, especialmente si se tiene en cuenta la inadaptación biológica del europeo al trópico.
- b) Dificultades en el orden genésico y sexual. Los índices de esterilidad esencial son más elevados entre las personalidades anormales que en las normales; lo mismo que es mucho menor su prolijidad. Las psicópatas tienen más convenientes durante el embarazo y el parto que las personas corrientes, de la misma forma que es muy elevada la mortalidad infantil en los primeros meses.

Del mismo modo que la psicopatía se singulariza por imperfecciones morales y psicológicas, el índice de displasias, dismorfias y distrofias en estos sujetos es muy elevado, repercutiendo como es obvio sobre su seductibilidad, actividad sexual y prolijidad. La fealdad y las anomalías de la estruc-

tura corporal son casi patognomónicas de una estructura interna biológica indeseable. La belleza física es, por el contrario, sintomática de armonía constitucional. Hecho que intuitivamente conocían griegos y romanos y los pueblos de África. De así sus prácticas eutanásicas con los seres deformes.

- c) A esas características que tienden a excluir a un buen número de psicópatas del comercio sexual, restringiendo por consiguiente su proyección demográfica, habría que añadir las que emanan de la intensidad y dirección de su energía sexual. Es casi característica de los esquizoides la apatía sexual, de la misma forma que es muy frecuente en los esquizofrénicos y pre-esquizofrénicos su tendencia a las perversiones sexuales y en especial a la homosexualidad; hecho que los excluye automáticamente de la proyección demográfica.
- d) Por el hecho de ser la esquizofrenia una enfermedad juvenil (que hace su aparición en el 70% de los casos antes de los 25 años), un gran número de esquizofrénicos, primero por su timidez pre-psicótica y luego por razones derivadas de la enfermedad, se abstienen la actividad sexual o son rechazados (en especial o casi exclusivamente los enfermos del sexo masculino).

3.

Siendo por esta razón que se desplace y sostenga más que ningún otro en los estratos más altos del orden social, en tanto que el esquizoide desciende a los estratos inferiores. Esto se observa claramente en estos dos estudios sobre la diversa incidencia que tienen las psicosis maniaco-depresivas y esquizofrenias en los grupos sociales superiores e inferiores.

4.

La Dismorfia (especialmente la obesidad) y el envejecimiento precoz que lo aparta de las lides amorosas, aparecen en la segunda mitad de la vida.

5.

Cuando la herencia es por línea paterna, es frecuente encontrar a un tío o a un tío abuelo célibe por lo general, como antecedente hereditario y no al padre o al abuelo: con lo cual queda asegurada la continuidad de la herencia esquizofrénica y esquizoide, ya que de otra forma hubiese menguado y desaparecido de la herencia humana ante condiciones de inferioridad biológica tan marcada. La esquizoidia, sin embargo, sigue siendo la psicopatía más frecuente (2,9% de

la población general y 48% de las existentes) contra un 0,8% de cicloides en la población general y un 13% sobre las existentes; los epileptoides son un 2,5% en la población general, con lo cual queda demostrado la acentuada predominancia de la referida psicopatía. Un hecho señalado por Kallman o Bleuler, y que resulta muy significativo, es el fenómeno que si los hijos de esquizofrénicos y esquizoides, jamás son cicloides, entre los hijos de cicloides y maniaco-depresivos hay esquizoides y esquizofrénicos.

6.

Si los pueblos de América y en especial los de Venezuela, por razones de aislamiento geográfico (como puede medirse por las cifras de inmigración), no pudieron renovar su sangre, como hicieron otros pueblos a través de las guerras y de las invasiones, es necesario admitir que la consanguinidad de nuestra gente es extraordinaria, aún para los que habitaban el mismo territorio. Aunque la consanguinidad en ausencia de predisposiciones no es causa obligada de enfermedad mental, es tal el peligro que representa para la etiología de las enfermedades mentales que Bumke llega a considerar la unión entre parientes como altamente peligrosa. Si se piensa que de Caracas a Mérida existían distancias increíbles (La Guaira, La Victoria, Barlovento, quedaban a un día de jornada), es difícil pensar que la transmutación de pueblos venezolanos a pueblos venezolanos fuese frecuente (aunque descendían en última instancia de los mismos seres), siendo más lógico pensar que el crecimiento demográfico de cada región se hiciera a expensas de los pequeños grupos iniciales, que, como hemos visto, nunca fueron mayores de 60 españoles, como lo demuestra la extraordinaria similitud que tienen en Venezuela los habitantes de cada región, especialmente si son blancos criollos. Todo eso nos revela la extraordinaria consanguinidad que privó y priva en nuestro crecimiento demográfico. Si a esto se añade que la renovación que pudieran aportar los nuevos inmigrantes desde 1650 hasta 1960 estaba sobrecargada, como hemos demostrado, es inapelable admitir que en todos los hechos expuestos radica la explicación de nuestra sobrecarga psicopática.

7.

La proyección cultural e histórica de los Viajeros de Indias es analizada en la segunda parte de este Ensayo de Interpretación de la Sociología Venezolana o sea *La Historia Detenida*.

La estructura familiar atípica y el fracaso histórico cultural en Venezuela

JOSÉ LUIS VENTHENCOURT

CLASIFICACIÓN DE LOS PUEBLOS LATINOAMERICANOS

Compartimos la clasificación de Darcy Ribeiro, acerca de los pueblos americanos (véase del mismo autor el libro intitulado «Las Américas y la Civilización») en tres clases: los pueblos trasplantados y los pueblos nuevos. Nos parece que tal clasificación responde a la diversidad en el origen y constitución histórico-cultural de las distintas naciones americanas. Como se sabe, la clasificación de Darcy Ribeiro se basa en la presencia o ausencia de un ser cultural previo que haya permanecido intacto en lo esencial. Los pueblos nuevos de América, dentro de los cuales se encuentra Venezuela, se caracterizan por la debilidad y consiguiente destrucción inicial de las culturas autóctonas, agregándose a esto el fracaso en el trasplante de las formas de vida propias del país colonizador. Tal fracaso del trasplante se tradujo en un mero mimetismo exterior de formas de vida foráneas para la mayor parte de la población y en la formación de enclaves culturales, pretendidamente legítimos en el seno de los grupos dominantes, los cuales de todos modos habrían sufrido una cierta deformación respecto a su modelo europeo.

En los pueblos testimonio, como es el caso de México y Perú, se produjo una tensión entre estructuras desarrolladas de cultura autóctona y la cultura invasora. No podía darse aquel típico proceso de colonización y persistieron en inmensos sectores populares ciertas formas de vida familiar y social, que fueron capaces de asumir e integrar estilos y principios de la cultura impuesta. La tragedia no estuvo aquí tanto en la muerte cultural como en el desarraigo económico y la destrucción física de los habitantes, por obra y gracia de una violencia colonizadora exacerbada por la resistencia que ofrecía un sistema económico-social bien estructurado.

En las regiones de América donde no existían culturas desarrolladas fue mucho más fácil producir un desarraigo humano de proporciones mucho más trágicas en cuanto a sus consecuencias familiares e individuales; verdadero vacío cultural aún no colmado. La misma endeblez del patrón cultural autóctono incapaz de ofrecer una verdadera resistencia estructural, hizo propicia la pseudo-adaptación individual y la creación, en estos sujetos, de un estado absolutamente inauténtico, en el cual no eran verdaderamente ni una cosa ni otra.

Las características de la colonización hispánica en estas tierras son totalmente diferentes de los procesos de dominación colonial por parte de otros países europeos y de la misma España en territorios asiáticos y africanos.

Una primera diferencia estriba en que para la época de la expansión europea hacia el Asia y el África, ya había cambiado la mentalidad de los europeos, quienes se encontraban en plena revolución industrial y por tanto les interesaba solo la explotación capitalista de los territorios conquistados. Las estructuras culturales de esos países los dejaban indiferentes siempre y cuando no se constituyeran en obstáculo activo para la explotación de las materias primas, la dominación militar y la formación de grupos de colonos trasplantados desde la metrópoli. Una segunda diferencia estaría constituida por el hecho de que muchas de las regiones dominadas por el nuevo estilo imperialista eran civilizaciones teocráticas profundamente diferenciadas y algunas de ellas más viejas que la misma civilización occidental.

Después de la independencia de América del dominio español les tocó también a las noveles repúblicas latinoamericanas sufrir la nueva forma de dominación colonial capitalista. En este proceso fuimos protegidos de un nuevo dominio militar, por ser estados nacionales incipientes y por la «protección» que ejerció sobre estos países el imperialismo económico de los Estados Unidos. Sin embargo, los efectos psicosociales fueron muy profundos, pues ahora recibíamos por vía económica una aculturación que impidió nuevamente la estructura de un ser cultural más genuino.

EL IMPACTO DE ESPAÑA

La peculiaridades del proceso de colonización de América por la España de los siglos XV, XVI y XVII, tienen muchísimo que ver con lo que era ese país en aquellos tiempos. Se trataba de una potencia que se caracterizó por ser una sociedad tradicional bien estructurada, religiosamente fanática, pero con una terrible

contradicción entre sus ansias irrestrictas de explotación económica, con los deberes ideales de la doctrina cristiana que la conducían a un impulso salvacionista. Esta contradicción no se debe desestimar, porque de lo contrario no podría entenderse el proceso de desarraigo cultural que sufrieron indígenas y mucho menos la violencia moral que ocurrió después.

Parte de este proceso es la regresión psicológica-cultural que presentaron los conquistadores y sus descendientes, los criollos mantuanos. Estos se entregaron casi por completo a vivir un doble vínculo en su moral sexual, que trajo como consecuencia desde el comienzo de nuestra historia, la formación de dos ámbitos familiares opuestos. La familia legítima constituida con familias traídas de la metrópoli o con indias favorecidas, y la ilegítima, formada simultánea y sucesivamente con indias menos estimadas. La despoblación masculina de los núcleos indígenas y la depresión moral de los hombres que quedaban, pueden haber sido factores coadyuvantes en este proceso, que entre otras cosas contribuyó a modelar la futura existencia familiar de las clases económicas socialmente explotadas. Al mismo tiempo, el régimen de explotación de «comiendas» que fueron creadas con la intención idealista de proteger a indígenas, las concesiones dadas por el rey a los comendadores, militares burócratas, las mismas propiedades de la iglesia y por último las «plantaciones» produjeron un desarraigo, «in situ», de todos aquellos habitantes autóctonos y nuevos que habían quedado fuera de los grupos de colonizadores y «godos» descendientes. Hubo una total ausencia de propiedad del suelo para la mayoría compuesta de indígenas, mestizos, pardos y mulatos. El hijo natural no heredaba nada y formaba parte de la peonada de las haciendas, o se ocupaba en trabajos de servicio doméstico y otras tareas del sector terciario.

Al lado o en combinación con la absoluta carencia de propiedad, estas mayorías crecientes fueron adoctrinadas oficialmente por la Iglesia y el poder civil, así como incitadas por el «elegante» ejemplo de los godos, a constituir un tipo de estructura familiar autárquico con su ética correspondiente, el cual no pasó de ser, como era de esperarse, sino una mera aspiración formal que jamás llegó a realizarse; puesto que, dadas las relaciones sociales de producción propias de un sistema de explotación colonial directo, no eran posibles las condiciones de estabilidad y seguridad mínimas para el desarrollo consistente de unidades familiares similares a las europeas. Más adelante, los mismos núcleos de europeización de la vida ciudadana y familiar, no obstante encontrarse económicamente capacitados para recibir la impronta directa del modelo metropolitano,

tampoco funcionaron adecuadamente, apareciendo en dichos sectores síntomas evidentes y bastantes generalizados de atipicidad e incongruencia; como ocurrió por ejemplo, con la institución verbalmente condenada pero factualmente premiada de la «querida».

Para extensos sectores populares que funcionaban a base de unidades familiares ilegítimas generadas por el criollo propietario y de los concubinatos estables (formados por caporales y pequeños pisatarios), se presentaba una imposibilidad económica de base para su consolidación y por tanto, un mimetismo puramente exterior respecto a ciertos ideales de vida y formas de convivencia familiar según el modelo conyugal hispano. Todo esto impidió el desarrollo de otras formas de parentesco y de regulación tribal de la vida familiar.

Se presentó pues, por motivos ético-religiosos, la obligación formal de constituirse en familia conyugal, en ausencia de condiciones económicas para su buen funcionamiento y en ausencia sobre todo de otras formas de solidaridad social que hubiesen podido aliviar la angustia de la pareja frente a las responsabilidades de todo tipo que involucra la paternidad. La ausencia, en los más auténticos pueblos latinoamericanos, de un sistema de verdaderas comunidades familiares consanguíneas bien estatuido, se explica por el impacto oficial de la cultura europea que ya había dejado atrás estas formas, por la ausencia de tierras propias para que tales comunidades hubiesen podido funcionar y por ser una realidad socio-económica que desde el principio de su historia miraba hacia la «polis». Pero sabemos que la naturaleza aborrece el vacío y también la naturaleza humana, que a este nivel es muy terca en sus exigencias psicológicas básicas. Todo grupo social busca un equilibrio en sus formas de convivencia fundamental; la relación entre los sexos y la paternidad lo son y cuando tal equilibrio básico se le dificulta, no le queda sino dos caminos: o inventa formas nuevas o hace una regresión a niveles primarios. Esto sería lo que ocurrió en nuestros pueblos desarraigados e inestructurados.

A la postre nuestros países carecieron de un ser propio en sus instituciones básicas y se han deslizado entre un pertenecer y no pertenecer, entre un ser y no ser, que ha dificultado y empobrecido su existencia a nivel económico, regional, familiar y personal.

EL IMPACTO DEL COLONIALISMO ECONÓMICO

Al sobrevenir más adelante el colonialismo económico de la Europa capitalista y tecnológica, básicamente anglosajona y francesa, se produjeron nuevos disturbios en este sentido. Tal explotación económica constituyó, como se sabe, una ventaja humana evidente para la minoría autoconsciente de la población, pero no así para las mayorías nacionales constituidas por una población rural desarraigada en un país de pequeños pueblos y caseríos doblegados por el caciquismo y el latifundio. Esta última fue quizás una condición que las potencias capitalistas no tardaron en aprovechar para hacer innecesario el dominio militar, pues bastaba arreglárselas con la minoría dominante para obtener los mejores beneficios al más bajo costo político-militar. Esto fue precisamente lo que ocurrió. Lo cierto es que la colonización moderna desquició aún más las estructuras existentes y en un primer momento agravó la situación familiar por la migración rural-urbana, desordenada y masiva, que produjo al crear sus factorías mineras e industriales.

El efecto disruptivo que tal fenómeno generó sobre la vida familiar fue sencillamente demoleedor en las clases rurales y semi-rurales económicamente desposeídas que, como se dijo, no habían podido integrar un sistema familiar coherente y estable. Sobre los sectores minoritarios que habían alcanzado una aceptable estructuración conyugal y generado familias extendidas atípicas, la influencia de los islotes de modernización produjo los siguientes efectos: debilitamiento y desmembración de la familia extendida, migración del pequeño pueblo a la gran ciudad en forma ordenada y más o menos controlada y la formación de hogares islas en la gran ciudad.

Si es cierto que en nuestra historia se ha dado una carencia o inestructuración de formas sociales en áreas importantes de la existencia —como es el caso de la vida familiar— tenemos que tomar en cuenta las proyecciones psicosociales de una tal carencia. Una de las más importantes está constituida por la deserción de la subjetividad y por ende la producción de formas acomodaticias de emergencia, generalmente espúreas, regresivas y egocéntricas, de la conducta individual. No está de más recordar que en el extremo opuesto, la presencia de formas robustas en lo sociocultural trae como consecuencia la tendencia a articular fácilmente la vida subjetiva, dentro de los roles sociales preestablecidos, que a veces más bien tienden a rigidizar la vida y el cambio social.

En la plasmación socio-económica de nuestros países se habría producido pues, un vacío cultural. Tal vacío cultural trajo como consecuencia una regre-

sión que le devolvió a las mujeres un predominio absoluto sobre los hijos y a los hombres el predominio, dominación y explotación sexual sobre las mujeres (machismo). El sexo se hizo entre ellos asunto de honor y vergüenza. Se acabó todo tipo de inserción trascendente de la actividad sexual dentro de un marco sexual estatuido.

CONSECUENCIAS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Matricentrismo y machismo deben estar muy unidos como polaridades opuestas de un mismo proceso regresivo y compensatorio, que induce una cierta guerra de los sexos. El matricentrismo sería un intento fallido de establecer una consanguinidad matrilineal, que no cumple con su función por ausencia total de las otras condiciones típicas y a la postre desemboca en una muy frecuente poliginia sucesiva e itinerante y a la vez en una frecuente poliandria, también sucesiva, pero menos itinerante. Formas atípicas, indiferenciadas, nada alegres y tocadas por la culpa y la vergüenza.

El hijo natural suele crecer así, por regla general, en un territorio ambiguo que le dificulta su plena realización.

Sabemos que la satisfacción sexual en las culturas primitivas organizadas o en las sociedades muy civilizadas de la actualidad (sociedades industriales) no coincide necesariamente con la procreación; pero en nuestra historia satisfacción sexual y procreación se han superpuesto. Ocurre que si el simple ejercicio de la sexualidad no se ve balanceado en momentos posteriores de la vida de los jóvenes por una estructura social reguladora y asumidora con el fin de lograr una procreación responsable y ritualizada, el efecto es dramático en cuanto al abandono de la mujer y de los hijos en medio de un total o casi total vacío estructural, por la carencia de sistemas coherentes que aseguren la estabilidad de uniones conyugales o de comunidades consanguíneas unilineales también de familias extendidas; estructuras todas que pueden asumir la protección, crianza y educación de la prole.

Repetimos que el tipo de colonización que produjo los pueblos latinoamericanos nuevos, no permitió la formación de sistemas típicos. La carencia de propiedad y la obligación de adecuarse a una forma matrimonial monogámica dieron como resultado un producto amorfo, indiferenciado y culturalmente endeble en cuanto se refiere al grupo familiar. De estos se libraron las llamadas

clases patriciales, pero con las irregularidades y atipicidades que también les son propias.

REPERCUSIÓN EN LOS INDIVIDUOS

A su vez, la endeblez de la vida familiar organizada trae repercusiones relativas a la estructuración intrapsíquica de los individuos. En efecto, la coherencia intrapsíquica de un individuo depende de la coherencia del núcleo familiar o de la comunidad consanguínea dentro de la cual fue creado. La desorganización familiar profunda tiende a reflejarse en una tendencia a la desorganización de la personalidad (desorganización no necesariamente patológica), y la inestructuración del núcleo familiar tiende a reflejarse en una cierta inestructuración personal (no necesariamente patológica).

Todo depende del momento evolutivo del individuo sobre el cual actúe el tipo peculiar de desorganización familiar. Distinguimos tres determinaciones básicas del individuo humano que para ciertos efectos pueden conceptualizarse como niveles. La primera determinación o primer nivel es la consolidación del núcleo subjetivo unitario y auto-consciente; la segunda determinación es el papel sexual; y la tercera es el papel o papeles sociales propiamente dichos (no es necesario recordar que todo ello se da dentro de un magma social generatriz).

Es probable que la desorganización familiar de nuestro país en las clases marginales actúe negativamente en la plasmación de la segunda y tercera determinantes y logre funcionar con su mínimo potencial para sacar adelante la primera, que como ya se dijo, constituye el núcleo subjetivo unitario auto-consciente. Esto se debe a la presencia de la madre, presencia primitiva suficiente para la crianza básica, pero insuficiente por regla general para lograr una adecuada diferenciación sexual y una proyección e intereses sociales creativos. Sobre todo cuando la madre es una persona socialmente indiferenciada. No es lo mismo una madre soltera en Dinamarca que una madre soltera en cualquier cerro de Caracas. La ausencia sistemática del padre unas veces, la fugaz presencia otras y la franca negatividad de la presencia masculina en el núcleo hogareño matricentrista, produce una hipertrofia de la figura materna que se traduce en proyecciones individuales muy limitadas y en problemas internos con la figura femenina.

En este sentido es un tema digno de examen el asunto de la madre como devoción central y a veces única de la existencia, coexistiendo con un profundo

desprecio por la mujer al protegerse la relación con la madre de todo el resentimiento y de los celos que ha causado su conducta promiscua. Deberemos reflexionar sobre el desarrollo de una imagen materna posesiva y fálica que se extroyecta sobre las otras mujeres. También tenemos planteada la consideración sobre la identificación con un padre abandonante que rehúye todo compromiso amoroso estable con la mujer y los hijos que en ella haya podido engendrar.

Es también digna de examen la posibilidad de que el matricentrismo y machismo sean dos formas de conducta sexual regresivas, compensatorias y egocéntricas que se intercondicionan, pero que repercuten estancando la evolución psicológica de los niños y las niñas al tornar inestables las uniones conyugales. El honor viril de tener varias mujeres en forma simultánea y sucesiva es fomentado en sus hijos varones por algunas madres, lo cual entraña una verdadera admiración de la mujer por lo que sería para ella un «verdadero macho», aun cuando ellas hayan sido víctimas de algunos de ellos.

La desorganización familiar obra produciendo condiciones subjetivas a nivel individual e interpersonal, que multiplica o tiende a multiplicar el tipo de evolución y la falta de conciencia crítica del grupo para enfrentarse a la injusticia del mundo. Es pues muy probable que una organización familiar demasiado laxa pueda traer trastornos psicosociales en los vástagos (inercia, falta de ímpetu para la autorrealización) lo cual se agrava frente a la implacabilidad de las dificultades exteriores creadas por el sistema de explotación. Cualquier educación para el desarrollo se ve obstaculizada en nuestros países, no tanto por faltas culturales tradicionales, sino más bien por la desorganización individual de la segunda y tercera determinaciones del hombre y la mujer en extensos sectores de nuestra población.

Una organización familiar estable y autoconsciente, es decir que posea cierta autoidentidad como grupo, es un estímulo para la autorrealización, para la lucha y para caer en formas extremas de indigencia económico-social. También es cierto que las organizaciones familiares cerradas y demasiado rígidas pueden traer inconvenientes psicológicos de otra índole, pero ese no es el asunto que ahora nos ocupa.

Una estructura conyugal laxa puede funcionar bien en cuanto a la integración de la personalidad de los vástagos, si se da dentro del contexto de una organización familiar consanguínea rígida, que opera en este caso como ámbito fundamental de socialización. No es este el caso del matricentrismo vicariante y compensatorio que nos parece ser una realidad profunda de nuestra socie-

dad en los niveles marginales e incluso en otras clases. Parece evidente que una profunda desorganización y desculturización en un grupo humano cualquiera, produce un debilitamiento del papel masculino y una intensificación compensatoria del papel de la madre. El matricentrismo sería, además, una condición limitante para las tendencias de afiliación extrahogareña, y en general para todo tipo de proyección religiosa y creadora en el ámbito comunitario. Matricentrismo y egocentrismo estarían altamente correlacionados.

Resumiendo diremos que las condiciones económicas de explotación y expropiación, típicas de nuestra historia, han contribuido a producir trastornos graves de la integración familiar, pero parece indudable que a su vez los efectos psicológicos a nivel individual, condicionados por tal situación deficitaria de la vida familiar, se asocian a la miseria económica para quienes han tenido la desgracia de nacer en estas condiciones.

El tipo de colonización en los pueblos de América Latina no ha permitido la formación de una cultura familiar verdadera, pues la carencia de propiedad de las tierras y la obligación de adecuarse a unas formas matrimoniales monogámica y patriarcalista por imperativos ético-religiosos y por un cierto mimetismo, dieron como resultado un producto amorfo, culturalmente endeble en cuanto a la existencia familiar y al mismo tiempo la reducción de la solidaridad humana en otros campos a formas mínimas, caprichosas y no estatuidas.

El exiliado como modelo del hombre. Universalidad del modelo

JOSÉ SOLANES VILAPREÑO

El viejo Henry James, padre de William y Henry, afirma rotundamente que el mayor servicio que Eva presta a Adán consiste en echarlo del Paraíso. En otras palabras, sólo después de haber perdido el Paraíso empieza el hombre a convertirse en sí mismo.

Mircea Eliade

HUIR Y AHUYENTAR, AHUYENTAR Y HUIR

Numerosas son las especies que han organizado en colectividades la vida de sus miembros: van desde las de los insectos sociales hasta la humana. El hombre es un animal social más, uno entre tantos. La manera como dispone de la socialidad es sin embargo única.

Una ojeada al mundo zoológico nos permite observar animales que, hechos para vivir en soledad, mantienen entre sí relaciones tan sueltas que, ignorándose casi unos a otros, no podríamos hablar a su propósito de rechazo o recíproco repudio. Existen otros que integran formaciones apretadas y viven ceñidos en una solidaridad tan exigente y una tal independencia, que a su respecto no tendría sentido hablar de soledad: no la conocen, y la muerte viene a ser la única alternativa a su forma compartida de vida. Al animal humano no podría incluirse en ninguno de estos grupos. Las sociedades que forma se distinguen, entre otras cosas, por la parsimonia con que en ellas se aplican la socialidad. Se la escatima, se la dispensa meticulosamente, quizás porque se le da un valor extremo que, como todo lo que cuesta mucho, hay que administrar con avaricia. En todo caso es en ellas que se dan en mayor número las exclusiones y se dispone de más variados modos de hacer efectiva la segregación. En las otras

especies no se acostumbra a discriminar sino a los ejemplares morfológicamente contrastantes, y los excluidos son sacrificados, a menudo simplemente devorados. Pero si el canibalismo se practica cada vez menos entre los hombres, ellos son los que han inventado las castas, los *ghettos*, las cárceles, la marginalidad, las deportaciones, el exilio, las «desapariciones»... Y los individuos físicamente contrastantes están lejos de ser los únicos que saben por experiencia personal que ésas son invenciones a las que se sigue indefinidamente recurriendo.

El rasgo más distintivo de la socialidad humana no es, sin embargo, la amplitud alcanzada en ella por el repertorio de rechazos, ni tampoco el refinamiento que ha sabido encontrar para sancionarlos.

Hay una forma de rechazo, el exilio, que, muy curiosamente, es visto como especialmente significativo de la condición humana tanto por aquellos que rechazan como por los rechazados. El exiliado es el paradigma del hombre. Se considera a los exiliados como hombres por excelencia, y son muchos los pueblos que hacen remontar su linaje hasta algún real o fabuloso exiliado. Es decir, la sociedad rechaza a los que se desvían del modelo escogido para todos, y una vez ahuyentados los que se desvían, se declara que son ellos precisamente quienes representan a todos. Es a través de la institución del exilio, tan propia de nuestras sociedades, como se manifiesta del modo más ostensible lo que hay de más singular en la socialidad humana, y ello en términos caso paradójicos. No ajustarse a modelo: ¿Sería eso lo modélico? ¿A qué vendría entonces el ansia por ajustarse —y la de hacer ajustar— a patrón?

Pese a la amplitud alcanzada por el exilio en nuestro siglo, al que se conoce ya como el *homeless man century*, la mayoría de los hombres habitan todavía en sus propios países. Ahora bien, si éstos no saben que, a pesar de esa feliz circunstancia, también ellos son exiliados, es porque se han empeñado en ignorarlo.

Se enseña a rezar a los niños haciéndoles repetir que son *exiliados hijos de Eva*. Los niños deben comprender, no que se le llama exiliados por el hecho de ser hijos de Eva, de quién la *Salve* no dice siquiera si fue exiliada alguna vez, sino que es precisamente a ellos a quienes se aplica el calificativo, que son ellos, personalmente, los exiliados. Si además les ocurre más tarde leer la *Imitación*, sabrán que «es bueno» sufrir, soportar penas y afrontar dificultades, pues ello es lo que «hace que el hombre se recoja y recuerde que está en exilio.» Eva, con Adán, fue ciertamente expulsada del Paraíso, ese glorioso jardín. Ahora bien, ya no es de un vergel sino de una tierra nada edénica que, al matar a Abel, se siente rechazado Caín. «Ora perseguidos, ora perseguidores», los hombres

no cesan desde entonces de expulsarse o de ser expulsados, y tanto de tierras fértiles como de desiertos. No ha habido más que un Paraíso, los exilios son incontables. Y no se sabe ya si los destierros son el castigo del crimen o una forma nueva, que se quiere suavizada, del fratricidio. Tal vez no sean, simplemente, sino la ilustración de las palabras de Jehová que Moisés se encargó de transmitirnos a todos: «Mía es la tierra. No sois para mí sino extranjeros y peregrinos». Muchos siglos después, un rabino amigo de un rey cristiano, el poeta Dom Sem Tob de Carrión, que dedicó su obra a Pedro I de Castilla, hace sentir en un solo verso de sus *Glosas de sabiduría*, el alejamiento radical y el carácter convencional de este mundo, para nosotros, sin embargo, tan real que nos parece el corazón mismo de la realidad:

A esta lueñe tierra mundo pusimos nombre

Muy extendida, de origen muy antiguo, la idea de no estar en nuestra casa sobre esta tierra se encontraría en religiones muy diferentes a las judeo-cristianas, y ciertamente no queda inexpresada en la literatura profana: algunos de sus reflejos pueden incluso descubrirse en la prosa científica.

Entre los presocráticos, Bolingbroke ha mencionado a Anaxágoras como habiendo señalado al cielo cuando le preguntaron dónde estaba su patria. Después de Cristo, el emperador Marco Aurelio escribió que «la vida es una guerra cotidiana y una breve estadía en país extranjero». Y si para no demorarnos, acudimos a nuestro siglo, tendremos, como nuevo y preciso ejemplo de la opinión de los sabios laicos, las declaraciones de Ortega y Gasset, quien observa en sus *Lecciones de metafísica* «que el hombre existe fuera de sí en el otro, en país extranjero», y ello «siempre y esencialmente. Vivir es existir fuera de sí, echado de sí, consignado a éste que es otro. El hombre es por esencia *extranjero*, *emigrado*, *exilado*». Como Alain Guy no deja de señalarlo en su estudio tan lleno de enseñanza sobre el filósofo español, las referencias de Ortega a este exilios radical del hombre no se limitan a las *Lecciones de metafísica*; se las encuentra igualmente en *La idea del principio en Leibniz* (donde Guy recoge alusiones al «Mundo, este extranjero perpetuo») y en *El hombre y la masa* (donde, nos recuerda todavía Guy, Ortega formula observaciones sobre el modo en que el hombre se encuentra «a *nativitate* abierto al ser otro que él, al ser extranjero.» Conviene igualmente citar a un contemporáneo de Ortega, pero bien opuesto a él: Sartre, de quien basta recordar que su frase tantas veces repetida: «estoy condenado a

ser libre», aparece en *El aplazamiento* como corolario del pensamiento inmediatamente precedente: «la libertad es el exilio». «No soy nada» puede leerse todavía, «no tengo nada, Tan inseparable del mundo como la luz, resbalando por encima de las piedras sin nada nunca donde agarrarme, sin arenas en qué encalle».

Y en el mundo de la biología, hay que citar una frase de Hipócrates donde el acto de nacer es presentado como caída en un más allá extranjero. En su tratado sobre *El feto de ocho meses*, el padre de la medicina escribía en efecto que, con el nacimiento (y es Littré quien traduce): «el niño es puesto en uso de cosas del todo extrañas, más crudas, menos humanizadas, de donde necesariamente resultan muchos sufrimientos y muchas muertes». Y como si tuviera que aclarar bien el paralelo entre el nacimiento y la experiencia que nos ocupa, Hipócrates añade: «Aun entre los hombres el cambio de país y de régimen es a menudo causa de enfermedades». El nacimiento como primer antecedente de lo que últimamente ha dado en llamarse, con Champion, *Patología de la movilidad geográfica*. Muchos siglos después de *El feto de ocho meses*, apareció la obra de Otto Rank, *El trauma del nacimiento*. Los puntos de vista allí expuestos despertaron gran interés y dieron lugar a desarrollos médicos-psicológicos muy complicados, por parte de otros analistas. Más directo se mostró Groddeck, médico general a quien, sin embargo, correspondió la distinción de haber dado nombre al *ello*, la tercera de las instancias que, con el *yo* y el *super-yo*, forman la trinidad del psicoanálisis. También le toca a él, según creemos, la distinción de ser el único hombre de ciencia moderno en servirse del estilo epistolar para exponer sus teorías, y no simplemente para divulgarlas. En una de sus cartas, publicadas bajo el título *Libro de ello* y que se suponen dirigidas a una dama, escribe: «¿Se acuerda usted todavía del aspecto de su hijo cuando nació?» Y agrega: «¿Se dijo usted alguna vez: soy yo quien ha hecho esto? ¡Oh! no, todas las madres hacen alarde de sus sufrimientos; pero que durante horas constriñeron a un pobre ser frágil y sin defensas a meterse, la cabeza por delante, en un corredor estrecho, que allí lo presionaron, que lo aplastaron allí como si estuviera completamente desprovisto de sensibilidad, ésta es una idea que no les viene al espíritu». Añade aún: «y cuando el pequeño viene al mundo sin respirar, la comadrona le administra unas buenas nalgadas, hasta que grita, dando así testimonio de su capacidad de sufrimiento» ¿Cómo era entonces el niño? ¿Qué aspecto tenía? «Hinchado, magullado, se diría un gusano maltrecho». ¡Un gusano! Aunque la observación no revista sino interés marginal, haremos notar que *gusano* es el

nombre dado en Cuba a los anticastistas que emigraron en el momento de la revolución.

Sin insistir sobre lo que hay de extraño, de parte de la sociedad, en el hecho de explicar la condición de sus miembros por la condición de aquellos a quienes rechaza, debemos observar que no se dirá lo que es el hombre si, después de haber dicho que es un exilado, no se precisa qué cosa es un exilado. ¿No debería hacerse comenzar toda antropología por un estudio sobre el exilio? Ahora bien, es más bien al final que Edgar Morin cierra el formidable estudio sobre la unidad del hombre, dirigido en equipo con Piattelli-Palmarini, con páginas que nos parecen del mayor interés y de las que citamos algunos párrafos: «La unidad del hombre se perdió desde la prehistoria hace 130.000 años, con la diáspora de *sapiens* y a partir del momento en que cada cultura se encerró sobre sí misma, atribuyendo la noción de hombre sólo a sus propios miembros y considerando al otro, extranjero, sea como un perro, sea como un dios». «Entre el utensilio paleolítico y el *computer* ultramoderno» escribe todavía: «hay la fabulosa diáspora en que la humanidad se perdió de vista a sí misma, separada, desgarrada, reapareciendo tardíamente y sólo como idea abstracta». Morin observa no obstante, que con el desarrollo de las ciencias modernas y su movimiento de convergencia, la idea de unidad se ha tornado concreta. Mas debemos preguntarnos si, antes de manifestarse en esta idea concreta que los sabios se esfuerzan (no siempre con éxito, hay que decirlo) en hacer coherente, la noción de la unidad del hombre (perdida, como el Paraíso) ha estado siempre verdaderamente ausente o ha permanecido como abstracción. Se puede en todo caso pensar que esta idea tenía su contraparte afectiva, cuya expresión era el sentimiento del exilio. Bajo esta forma, no ha dejado nunca de estar presente en el espíritu de los hombres, lo más frecuentemente bajo la especie del sufrimiento: dolor, escribe el poeta Rafael Morales, «dolor, dolor de ser hombre, es decir, dolor de ser exilio».

Los niños desde hace siglos se entretienen en el juego de escapar y perseguir, perseguir y escapar. Y desde hace siglos los hombres vienen, sin jugar, ahuyentando y huyendo, huyendo y ahuyentando. Huir, decía Víctor Hugo, «*huir*, este monosílabo contiene abismos». Al misterio de alguno de ellos deberíamos por lo menos asomarnos. Señalaremos en todo caso ahora que, una vez emprendido, el estudio del exilio nos coloca en presencia de un hecho extraño: la imagen curiosamente no humana pero bien aceptada que de él se da tanto en la literatura como en la ciencia.

Referencias de los textos

- Alvarado, José María. «Contribución al estudio de la enuresis. Referencias de su tratamiento nativo». *Gaceta Boliviana de Neuro-Psiquiatría* 1, núm. 2 (octubre a diciembre 1965): 115-125.
- Alvarado, José María. «Salud mental en Bolivia». En *Memoria de la V Jornada Nacional de Psiquiatría*, La Paz, Bolivia, s.p.i., 49-55.
- Alvarado, Lisandro. *Obras Completas de Lisandro Alvarado. Misceláneos de Letras e Historia. Vol. vii. Ministerio de Educación. Caracas-Venezuela 1958 (264-273)*
- Arvelo y Guevara, Carlos. *Curso de Patología Interna. Universidad Central de Caracas. Imprenta Corsen. Caracas. 1839 (226-255).*
- Bustamante O’Leary, José Ángel y Antonio Santa Cruz. *Psiquiatría transcultural. Editorial Científico-Técnica. La Habana: Instituto del Libro, 1975.*
- Cabral, César Augusto. «El autismo esquizofrénico». *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 56, núm. 2 (2010): 126-131.
- Custodio Muñoz, Luis. «¿Qué es la psiquiatría social?». *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* IV, 1 (1955): 78-82.
- Custodio Muñoz, Luis. *Introducción a la higiene mental. Santiago de Chile: Servicio Nacional de Salud, 1962, 69 pp.*
- De la Cruz, Sor Juana Inés: *Obras Completas, Tomo I, Lírica Personal. FCE, México, 1951.*
- De la Fuente, Ramón. «El estudio de la conciencia: estado actual», *Salud Mental* 25, núm. 5 (octubre 2002): 1-9.
- Delgado, Honorio. «En torno al alma ajena», en Delgado H., *Contribuciones a la Psicología y a la Psicopatología. Lima: Ediciones Peri Psyches, 1962, pp. 1-13.*

- Delgado, Honorio. «La psicopatología fundamental de la esquizofrenia desde el punto de vista funcional», en Delgado H., Contribuciones a la Psicología y a la Psicopatología. Lima: Ediciones Peri Psyches, 1962, pp. 341-351.
- García-Austt, Elio. La hipomanía considerada como reacción psicótica autónoma. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 1937 (8):21-69.
- Guevara Oropesa, Manuel. Psicoanálisis. Tesis que presenta para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Victoria, S.A, Victoria 92, 1923.
- Herrera Luque, Francisco. Los viajeros de Indias. Monte Ávila Editores C.A. Caracas 1979 (293-306).
- Ingenieros, José. «Los estudios psicológicos en la Argentina». Revista de Filosofía. Cultura-Ciencias-Educación V, núm. 5 (septiembre 1919): 296-314.
- Larragoiti Alonso, Rafael J. Estado actual del tratamiento de la esquizofrenia. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana; 1983, N° 2: 197-211
- Letelier Grez, Jerónimo. Informe sobre la asistencia de los Alienados que presenta a la Honorable Junta de Beneficencia. Santiago de Chile: Imprenta Selecta, 1925.
- Marconi Tassara, Juan. Una teoría estructural de la psicosis. Tesis para optar al título de Profesor Extraordinario de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile: Imprenta La Novela Cosmopolita, 1964, 142 pp.
- Matte Blanco, Ignacio. The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-logic. Londres: Compton Printing, 1975.
- Moreira, Juliano y Afrânio Peixoto. «As doenças mentais nos climas tropicais». Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental 8, núm. 4, (2005): 788-793.
- Moreira, Juliano. «A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental». Arquivos Brasileiros de Higiene Mental 1 (marzo 1925): 109-115.
- Muñoz, J. Joaquín, «Établissements d'aliénés: quelques considerations critiques sur l'histoire et la situation actuelle de l'asile d'aliénés de l'île de Cuba», Annales médico-psychologiques, 1866, No 8, pp: 75-87. La revista se encuentra en: Bibliothèque médicale Henri Ey, Centre Hospitalier Sainte-Anne.
- Murguía, Daniel L. «El síndrome de despersonalización. Aportes fenomenológicos a la observación clínica de los pacientes». Anales de la clínica Psiquiátrica, Fac. de Medicina, Uruguay. Signo: Montevideo; 1961: 115-152.
- Nieto, Dionisio y A. Escobar. «Major psychoses». En: Minkler, J., ed. Pathology of the nervous system, vol. 3 (1972), Nueva York: McGraw-Hill: 2654-2665.
- Nina-Rodrigues, Raimundo. «A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil». En As coletividades anormais, Artur Ramos (coord.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939, 23-49.
- Nina-Rodrigues, Raimundo. «A loucura epidêmica de Canudos: Antonio Conselheiro e os jagunços». En As coletividades anormais, Artur Ramos (coord.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939, 50-77.
- Orrego Luco, Augusto. «Causas indirectas de la alucinación mental». Revista Médica Chile II (1873): 441-450, 490-493.
- Pagés, Larraya Fernando. «Los significados del uso de la ayahuasca entre los aborígenes chama (Ese'Ejja) del oriente de Bolivia: una investigación transcultural». Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 25, núm. 3 (1979): 253-268.
- Patiño Rojas, Jose Luis. «El mundo del esquizofrénico». En Psiquiatría clínica. (2a ed.) México: Salvat.
- Pernambucano, Ulysses. «A ação social do psiquiatra». Neurobiologia 6, núm. 4 (diciembre 1943).
- Roa Rebolledo, Armando. «El método de investigación clínico-fenomenológico en Psiquiatría». Revista Psiquiatría Clínica 7-8 (1969): 137-156
- Rotondo Grimaldi, Humberto. «Cultura de la pobreza, salud emocional y vida de familia», en Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas. 1967; 4: 240-252.
- Saurí, José Joaquín. «La textura de un delirio. II. Momento de distorsión». Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 26, núm. 2 (1980): 114-124.
- Seguín, Carlos Alberto y Javier Mariátegui. Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América latina. Sesión plenaria «Perspectivas en Investigación Psiquiátrica» del VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Acapulco (México), Mayo de 1975.
- Seguín, Carlos Alberto. Amor y Psicoterapia. Acta Psychotherapeutica, 1962; 10: 173-192.
- Seguín, Carlos Alberto. El Eros Psicoterapeutico. Buenos Aires, Paidós, 1963; pp. 111.
- Sicco, Antonio. «Hipocondría y manifestaciones hipocondriacas». En Las Neurosis. Buenos Aires: H. Matera; 1951: 137-192.
- Solanes Vilapreño, José. Los Nombres del Exilio. Monte Ávila. Editores Latinoamericanos C.A. Caracas. (1991 (17-24).
- Venthencourt, José Luis. La estructura familiar atípica y el fracaso histórico cultural en Venezuela. Revista SIC, Caracas, en el año 1974.
- Vidal, Guillermo. «¿Por qué cura el psicoterapeuta?». En Las psicoterapias y el psicoterapeuta, de Gregorio Bermann. Buenos Aires: Paidós, 1964, 74-175.

Colaboradores

ARGENTINA

César Augusto Cabral[†]

Médico psiquiatra y profesor, egresado de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Falleció en Buenos Aires el 16 de enero de 2011. Véase la semblanza en la página 57.

Alejandra Niño Amieva

Abogada, Licenciada en Historia, Doctoranda en Epistemología e Historia de la Ciencia. Docente (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras; Universidad del Museo Social Argentino, Facultad de Ciencias Humanas. Buenos Aires, Argentina). Investigadora (UBA, FFyL; Instituto Italo-argentino di Recerca Sociale Roma-Buenos Aires).

BOLIVIA

Mario Gabriel Hollweg

Especialista en psiquiatría por la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil; doctor en Medicina Psiquiátrica en la Universidad de Heidelberg, Alemania. Formado en Psiquiatría Forense en el Instituto de Psiquiatría Forense de la Universidad Libre de Berlín, Alemania. Ha sido miembro del directorio de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA) y miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural. Miembro de número de la Academia de Historia de la Medicina. Miembro activo del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

BRASIL

Dalgalarrondo Paulo

Psiquiatra, doutor em Psiquiatria (Ruprecht Karl Universität Heidelberg, Mannheim, Alemanha, 1994). Professor Titular de Psicopatologia na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Como psiquiatra e professor, trabalha na Enfermaria de Psiquiatria e no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital universitário da Unicamp. Pesquisa nas áreas de Psicopatologia, Psiquiatria Cultural, Antropologia Social e Psiquiatria de Crianças e Adolescentes. Atualmente, realiza tese de doutorado em Antropologia Social, sobre a singularidade do humano no pensamento antropológico contemporâneo. É editor associado da Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (segão História da Psiquiatria) e atual vice-coordenador do Departamento de História da Associação Brasileira de Psiquiatria. É também músico.

Ana Maria Galdini Raimundo Oda

Psiquiatra, doutora em Ciências Médicas (Universidade Estadual de Campinas, Brasil, 2003). Professora Adjunta do Departamento de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Pesquisa na área de História das Ciências da Saúde (Medicina, Psiquiatria, Psicopatologia). Entre 2004 e 2008, desenvolveu investigado sobre escravidão e psicopatologia no Brasil do século dezanove, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; atualmente investiga a história da psicopatologia dos negros escravos no mundo atlântico dos séculos dezoito e dezanove. É editora associada da Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (segão História da Psiquiatria), atual coordenadora do Departamento de História da Associação Brasileira de Psiquiatria e membro da Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatria.

Walmor J. Piccinini

Psiquiatra, Professor na Fundação Mário Martins de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil) e na Residência em Psiquiatria do Hospital São Pedro (Porto Alegre). Atual secretário do Departamento de História da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Curador do Museu Digital da ABP. Criador do Índice Bibliográfico de Psiquiatria (biblioserver.com/walpicci), co-editor da Revista Eletrônica

ca Psychiatry Online Brazil (www.polbr.med.br) e responsável pela coluna sobre História da Psiquiatria Brasileira desta revista.

CHILE

Eduardo Ramón Medina Cárdenas

Médico-cirurgano por la Universidad de Chile (1966). Psiquiatra clínico de adultos formado en la misma Universidad (1973). Maestro en Antropología Social (Universidad Iberoamericana, México DF, 1981). Especialista en Salud Pública (Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas-CONACEM, 1991). Profesor Asociado, Departamento de Ciencias Históricas, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, desde 1985 a la fecha. Socio fundador de la Sociedad Chilena de Salud Mental. Editor de la Revista Psiquiatria y Salud Mental desde 2007, y de su antecesora Revista de Psiquiatria en 1992-1996, de la misma Sociedad. Miembro fundador del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

César Ojeda Figueroa

Realizó sus estudios en medicina y en psiquiatria en la Universidad de Chile. Cursó estudios de filosofía en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Expresidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatria y Neurocirugía de Chile. Socio Fundador y Presidente de la Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatria (SODEPSI). Actualmente es director académico de la revista Gaceta de psiquiatria universitaria.

CUBA

Jesús Dueñas Becerra

Psicólogo, crítico y periodista. Profesor-asesor (jubilado) del Hospital Psiquiátrico de La Habana «Cde. Dr. Eduardo Bernabé Ordaz», ejerce el periodismo científico y cultural, así como la crítica artístico-literaria en varios medios nacionales de prensa. Socio Honorario de la Scuola Romana Rorschach, miembro activo de

la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA-USA), del Consejo Internacional de la Danza (Cid-Unesco), de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, de la Sociedad de Neurociencias de Cuba, de la Unión Nacional de Escritores y Artistas de Cuba (UNEAC), y de la Comisión de Prensa de la Asociación Cubana de Naciones Unidas.

Ángel Arturo Otero Ojeda

Miembro titular de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Secretario de la Junta Directiva de la Sociedad Cubana de Psiquiatría (1983-1992). Secretario de la Sección de Clasificación de la Sociedad Cubana de Psiquiatría (desde 1983). Investigador Principal (OMS) Trabajos de campo de la C.I.E.10. Miembro de la Sección de Clasificación, Evaluación, Diagnóstico y Nomenclatura de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Presidente de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina desde el 2000. Presidente del Comité de Dirección del Glosario Cubano de Psiquiatría (1990.). Presidente de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación de Psiquiatría Latinoamericana. Miembro fundador del Comité de Dirección de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) 1998. Presidente del Comité de Dirección del GC 4. 2009. Profesor Consultante de la Facultad Enrique Cabrerías de la Universidad de La Habana.

José Francisco Pérez Milán

Especialista de segundo grado en psiquiatría y máster en farmacología. Profesor auxiliar y jefe del departamento docente de la asignatura de psiquiatría en la Facultad «Enrique Cabrera» perteneciente al Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Profesor principal del curso de actualización en Imagenología y Psiquiatría que anualmente forma parte de la programación de actividades científicas del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Ha sido profesor principal y docente sistemático de actividades de postgrado en cursos de Psiquiatría Forense. Afiliado de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, Sociedad de Neurociencias de Cuba, Past-President del Colegio Cubano, asesor consultor del Colegio Latinoamericano (CLANP) y miembro del Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología (CINP).

FRANCIA

Jean Garrabé de Lara

Doctor en medicina de la facultad de París (1958). Psiquiatra honorario de los hospitales de París. Director de enseñanza clínica de la Universidad René Descartes. Profesor honorario de la Universidad de Guadalajara, México. Presidente de la Société médico-psychologique (2002). Presidente honorario de L'évolution psychiatrique. Presidente del Congreso del Jubileo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (París 2000). Miembro a título individual de la Asociación Mundial (Yokohama 2002). Socio de honor de la Sociedad Española de Psiquiatría (2003). Coautor de las antologías francesa y española de textos clásicos de la psiquiatría de la Asociación Mundial. Miembro honorario del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

MÉXICO

Gastón Castellanos Villegas

Profesor de psiquiatría de la UNAM Miembro fundador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la ciudad de México. Ex-director de psiquiatría biológica de la OMS Miembro de la Academia de Medicina de México.

José Luis Díaz Gómez

Médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Investigador titular de tiempo completo en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina. Profesor y tutor de Maestría y Doctorado en Neurobiología, Centro de Neurobiología, UNAM, México; de igual manera en la Maestría y Doctorado en Filosofía de la Ciencia: Filosofía de las Ciencias Cognitivas. Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM. Miembro de: American Society for Neurochemistry, Society for Neuroscience (hasta 1979), International Society for Neurochemistry, Sociedad Mexicana de Ciencias Fisiológicas, Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, Asociación Mexicana de Epistemología, Sociedad Mexicana de Primatología, American Association for the Advancement of Science, New York Academy of Sciences, Sociedad Colombiana de Psiquiatría Biológica.

Héctor Pérez-Rincón García

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina (México) y Correspondiente Extranjero de las Reales Academias de Medicina de Cataluña y de Madrid. Miembro del Comité Científico Internacional de las Secciones «Arte y Psiquiatría» y «Literatura y Psiquiatría» de la World Psychiatric Association. Miembro de la Société Internationale d'Histoire de la Psychiatrie et de la Psychanalyse. Miembro fundador del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

María Cristina Sacristán

Investigadora en el Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, centro público de investigación del Sistema Conacyt. Maestra en Historia, Doctora en Antropología y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Ha recibido el Premio Nacional de Historia y Filosofía de la Medicina 2006 al mejor artículo de investigación, el Premio Francisco Javier Clavijero 1999 a la mejor tesis de doctorado en historia y el Premio Silvio Zavala 1994 al mejor libro de historia colonial de América.

Sergio Javier Villaseñor Bayardo

Médico cirujano, Universidad de Guadalajara. Especialista en Psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México y por el Hospital Fray Bernardino Álvarez de la Secretaría de Salud. Maestría y Doctorado en Antropología Social y Etnología. E.H.E.S.S. de París. Adscrito al Servicio de Psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México. Profesor investigador titular de la Universidad de Guadalajara. Miembro Fundador y Presidente del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, A. C. (GLADET). Presidente electo de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP). Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Fundador de la secciones de Etnopsiquiatría de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Distinción de la Orden Rectoral Alejo Zuloaga en su única clase por la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

PERÚ**Renato D. Alarcón**

Graduado como Médico-Cirujano en la UPCH, Residente de Psiquiatría en el Hospital Johns Hopkins, Master en Salud Pública de la Escuela de Higiene y Salud Pública de Hopkins. Profesor y consultor en psiquiatría de la Clínica Mayo y de su Escuela de Medicina en Rochester, Minnesota, EU, Profesor Honorario en varias Universidades latinoamericanas y españolas. Miembro del Comité de Publicaciones de la Asociación Psiquiátrica Mundial, de Comités Editoriales de quince publicaciones internacionales, de los Comités Científicos de APA y ACP y del Comité de APA para la preparación del DSM-5. Miembro de la Academia Nacional de Medicina del Perú. Miembro Honorario de sociedades psiquiátricas profesionales y científicas en América Latina y Europa. Miembro fundador del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

URUGUAY**Humberto Casarotti**

Psiquiatra, neurólogo y médico legista. Departamento de Epilepsia, Instituto de Neurología. Docente en psiquiatría y medicina legal (Facultad de Medicina) y en Psicopatología (Universidad Católica del Uruguay). Perito psiquiatra del Instituto Técnico Forense del Poder Judicial. Miembro activo de diversas sociedades psiquiátricas nacionales e internacionales. Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey. Miembro honorífico del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

VENEZUELA**Néstor De la Portilla Geada**

Médico cirujano, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Médico residente del Hospital Psiquiátrico de Bárbula, Valencia, Venezuela. Postgrado de psiquiatría en el Maudsley Hospital, Instituto de Psiquiatría, King's College London, Reino Unido. Profesor de psicopatología y clínica psiquiátrica del Departamento de Salud Mental, Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia,

Venezuela. Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Profesor Honorífico y Miembro Ordinario del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. Miembro extranjero de la Société Médico Psychologique. Miembro activo del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

Carlos Rojas Malpica

Médico-Psiquiatra. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Psiquiatría y del Doctorado en Ciencias Médicas y Ciencias Sociales en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Investigador Calificado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología en el Programa de Estímulo a la Investigación (PEI), Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Coordinador de la Sección de Psiquiatría Cultural de la APAL, Académico Correspondiente Extranjero de la Real Academia Nacional de Medicina de España, Miembro Correspondiente Extranjero de la Société Médico-Psychologique, Miembro fundador y secretario del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET).

Pedro Téllez Pacheco

Medico Psiquiatra. Fue director del Instituto de Altos Estudios de Salud Publica Arnoldo Gabaldon; y coordinador nacional del Postgrado de Medicina General Integral del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Mision Barrio Adentro; director académico del primer curso de postgrado de Psiquiatría Comunitaria del hospital psiquiátrico Dr. José Ortega Durán (Bárbula). Miembro de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

Índice

Proemio	7
Presentación (Jean Garrabé)	9
Prefacio (Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica)	15
ARGENTINA	
Psiquiatría y humanismo en la Republica Argentina (Alejandra Niño Amieva)	23
José Ingenieros (César A. Cabral)	27
Los estudios psicológicos en la Argentina (José Ingenieros)	33
Guillermo Vidal (Alejandra Niño Amieva)	53
Por qué cura el psicoterapeuta (Guillermo Vidal)	55
César Augusto Cabral (Alejandra Niño Amieva)	59
El autismo esquizofrénico (César Augusto Cabral)	61
Jorge Joaquín Saurí (Alejandra Niño Amieva)	71
La textura de un delirio (Jorge Joaquín Saurí)	73
Fernando Pagés Larraya (Alejandra Niño Amieva)	91
Los significados del uso de la ayahuasca entre los aborígenes chama (Ese'ejja) del Oriente de Bolivia: Una investigación transcultural (Fernando Pagés Larraya)	93
BOLIVIA	
José María Alvarado (Mario Gabriel Hollweg)	119
Salud mental en Bolivia (José María Alvarado)	123
Contribución al estudio de la enuresis. Referencias de su tratamiento nativo (José María Alvarado)	131

BRASIL

Raimundo Nina-Rodrigues (Ana Maria Galdini Raimundo Oda, Paulo Dalgalarroondo)	145
A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil (Raimundo Nina-Rodrigues)	149
A loucura epidêmica de Canudos: Antonio Conselheiro e os jagunços (Raimundo Nina-Rodrigues)	163
Juliano Moreira (Ana Maria Galdini Raimundo Oda)	177
As doenças mentais nos climas tropicais (Juliano Moreira e Afrânio Peixoto)	183
A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental (Juliano Moreira)	203
Ulysses Pernambucano (Walmor J. Piccinini)	209
A ação social do psiquiatra (Ulysses Pernambucano)	213

CHILE

Las enfermedades nerviosas y mentales en Chile independiente: algunas personalidades e imágenes de siglo y medio de acción (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	223
Augusto Orrego Luco (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	229
Causas indirectas de la alucinación mental (Augusto Orrego Luco)	233
Jerónimo Letelier Grez (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	243
Informe sobre la asistencia de los Alienados que presenta a la Honorable Junta de Beneficencia (Jerónimo Letelier Grez)	245
Armando Roa Rebolledo (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	261
El método de investigación clínico-fenomenológico en Psiquiatría (Armando Roa Rebolledo)	263
Ignacio Matte Blanco (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	283
The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-logic (Ignacio Matte Blanco)	285
Juan Marconi Tassara (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	301
Una teoría estructural de la psicosis (Juan Marconi)	305
Luis Custodio Muñoz Muñoz (Eduardo Medina Cárdenas, César Ojeda Figueroa)	315
¿Qué es la psiquiatría social? (Luis Custodio Muñoz)	317
Introducción a la higiene mental (Luis Custodio Muñoz)	323

CUBA

José Ángel Bustamante O'Leary (Silvia Bustamante)	333
Psiquiatría transcultural: su concepto y factores que intervienen en su desarrollo (José Ángel Bustamante O'Leary)	337
El asilo de alienados de La Habana (Jean Garrabé)	357
Établissements d'aliénés. Quelques considérations critiques sur l'histoire et la situation actuelle de l'asile d'aliénés de l'île de Cuba (J. Joaquín Muñoz)	359
Rafael Larragoiti Alonso (José Francisco Pérez Milán)	369
Estado actual del tratamiento de la esquizofrenia (Rafael Larragoiti Alonso)	371
Carlos Acosta Nodal (Ángel Arturo Otero Ojeda)	387
Profesor Carlos Acosta Nodal (1921-2010): psicoanalista ortodoxo hasta el último aliento (Jesús Dueñas Becerra)	395
Hiram Castro-López Ginard (Isidro Baly, Ana María Martínez, Octavio Gárciga)	397
Teoría sobre las neurosis (Hiram Castro-López Ginard)	399

MEXICO

Maestros de la psiquiatría mexicana (Sergio Javier Villaseñor Bayardo)	427
José Luis Patiño Rojas (Sergio Javier Villaseñor Bayardo)	435
El mundo del esquizofrénico (José Luis Patiño Rojas)	439
Ramón de la Fuente (Héctor Pérez-Rincón García)	457
El estudio de la conciencia: estado actual (Ramón de la Fuente)	461
Dionisio Nieto Gómez (José Luis Díaz)	477
Major psychoses (Dionisio Nieto, Alfonso Escobar)	481
Manuel Guevara Oropeza (Ma. Cristina Sacristán)	499
Psicoanálisis (Manuel Guevara Oropeza)	503
Sor Juana Inés de la Cruz (Héctor Pérez-Rincón)	511
Primero Sueño (fragmento) (Sor Juana Inés de la Cruz)	513

PERU

Bocetos de la psiquiatría peruana (Renato D. Alarcón)	519
Honorio Delgado (Renato D. Alarcón)	523
En torno al alma ajena (Honorio Delgado)	531
La psicopatología fundamental de la esquizofrenia desde el punto de vista funcional (Honorio Delgado)	541

ANTOLOGÍA DE TEXTOS CLÁSICOS DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

Carlos Alberto Seguín (Renato D. Alarcón)	549
Amor y psicoterapia (Carlos Alberto Seguín)	553
El Eros psicoterapéutico (Carlos Alberto Seguín)	569
Humberto Rotondo Grimaldi (Renato D. Alarcón)	581
Cultura de la pobreza, salud emocional y vida de familia (Humberto Rotondo Grimaldi)	585
Javier Mariátegui (Renato D. Alarcón)	601
Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina (Carlos Alberto Seguín, Javier Mariátegui)	605
URUGUAY	
Antología de textos de la psiquiatría de Uruguay (Humberto Casarotti)	625
Antonio Sicco (Humberto Casarotti)	629
Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas (Antonio Sicco)	631
Elio García-Austt (Humberto Casarotti)	663
La hipomanía considerada como reacción psicótica autónoma (Elio García-Austt)	665
Daniel Murguía (Humberto Casarotti)	685
El síndrome de despersonalización. Aportes fenomenológicos a la observación clínica de los pacientes (Daniel L. Murguía)	687
VENEZUELA	
Antología de textos de la psiquiatría venezolana (Carlos Rojas Malpica, Néstor de la Portilla Geada, Pedro Téllez Pacheco)	711
Curso de patología interna (Carlos Arvelo y Guevara)	717
Neurosis de hombres celebres de Venezuela (Lisandro Alvarado)	731
Viajeros de Indias (Francisco Herrera Luque)	739
La estructura familiar atípica y el fracaso histórico cultural en Venezuela (José Luis Venthencourt)	751
El exiliado como modelo del hombre. Universalidad del modelo (José Solanes Vilapreño)	761
Referencias de los textos	767
Colaboradores	771

Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana

se terminó de imprimir en octubre de 2015 en

Editorial Página Seis, S.A. de C.V.

Morelos 1742, Col. Americana, CP 44160

Guadalajara, Jalisco, México

Tels. (33) 3657-3786 y 3657-5045

www.pagina6.com.mx • p6@pagina6.com.mx

Se tiraron 500 ejemplares más sobrantes para reposición.

Coordinación editorial: Felipe Ponce

Diagramación y cuidado del texto: Mónica Millán

Diseño de cubierta: David Pérez

Fotografía de cubierta: Thinkstock

