

De alguna manera, nuestras ciencias están siendo dependientes del desarrollo de otras, y eso no es ni malo ni escandaloso; siempre ha sido así. Copérnico dijo lo que dijo, pero no pudo probarlo; Galileo pudo hacerlo porque existía una cosa tan simple como la producción de lentes, que no tenía nada que ver con la astronomía. A ésta, y siempre por el desarrollo de la óptica, siguió la microscopia, y nuestra anatomía patológica depende del manejo de los lentes, y su avance en microscopia electrónica dependió de la física. Estoy recordando cosas que olvidamos, porque pensamos en una unidireccionalidad del desarrollo científico desde las ciencias básicas hasta su aplicación; eso no es así, pues hay una enorme complejidad de personas, disciplinas y de procedimientos interactuando.

Esto significa, además, un mayor nivel de indeterminación, si estas demandas son tan múltiples y de tan distinto carácter; no es posible ajustar ninguna producción de capacidad científica a la demanda que se tiene en relación a un problema estrictamente coyuntural. Por ejemplo, si surge la necesidad de conocer por qué los niños de tal lugar están teniendo intoxicaciones de tal tipo, no se puede en ese momento empezar a producir pediatras que sepan de intoxicaciones, o montar laboratorios que puedan medir índices de distintos contaminantes en sangre o en leche. Deben existir previamente. Si bien la demanda es el más apropiado medio para ser efectiva, poner en movimiento y aplicación la capacidad científica disponible, ella no es capaz de generar la capacidad basal misma, porque ésta debe estar ya disponible a algún nivel.

Este es un problema bastante complicado, que suele ser uno de los mayores motivos de incompreensión por parte de la gente que distribuye dinero, que suele no entender que lo que entregan es una "posibilidad" de uso, nunca una seguridad de uso, y que el problema de planificar el desarrollo científico consiste en determinar qué área es más posible que en el futuro tenga demanda, pero nunca es seguro. Esto significa que en cualquier esfuerzo de desarrollo científico biomédico hay un porcentaje no pequeño de recursos que deben ir orientados hacia áreas o líneas que no son, en este momento, de primera prioridad, pero que pueden llegar a serlo. Significa, además, que no podemos concentrar todos los recursos en una sola área, ni siquiera dentro de la biomedicina. Necesitamos la conjunción de una enorme cantidad de conocimientos que vienen de zonas muy amplias del espectro científico y tecnológico. El efecto de la indeterminación es bastante notorio. En educación médica, por ejemplo, tenemos problemas para definir qué le enseñamos a los muchachos y cómo los preparamos para un desarrollo inesperado que ocurra en diez o quince años más, cuando ellos estén en vida médica activa.

¿Quién habría predicho que la investigación neurofisiológica dependería, tanto como ahora, de análisis de sistema y de cibernética, si deseamos saber cómo y por qué se interrelacionan los distintos sistemas neuronales? Por otra parte, la multiplicidad de causas y efectos implica no sólo posibilidades adicionales, sino también restricciones particulares. Voy a mencionar un ejemplo que se aplica a biomedicina en el área industrial farmacéutica. Una variación en los derechos de aduana que se pagan por la importación de medicamentos puede estimular o desincentivar la investigación nacional. Naturalmente ninguna industria que pueda comprar un producto barato y seguro al extranjero va a requerir, de un laboratorio bioquímico nacional, un producto

de calidad dudosa y caro. Es decir, hay condicionantes que no son académicas, científicas o técnicas, y que influyen en las posibilidades de generar demanda. Entre éstos están no sólo los aranceles aduaneros, sino también situaciones laborales, sueldos y salarios, tamaño del mercado nacional, etc.

Esto significa, entonces, que hay una gran multiplicidad de niveles y de opciones para el desarrollo científico, técnico, y su aplicación a la salud nacional. Por otra parte, ésta no depende sólo del conocimiento científico y técnico. Si se analizan nuestros problemas de salud nacional, se encuentra que estamos en una situación bastante curiosa. Tenemos evidencias estadísticas que muestran algunos indicadores de carácter global, que han mejorado ostensiblemente, como la mortalidad infantil. Pero hay otros que parecieran tender a desmejorar, y que no son los más utilizados, salvo como medios de investigación. Todos los que trabajamos en servicios del Estado nos damos cuenta de que la calidad de la atención médica ha desmejorado. En este momento en algunos hospitales docentes, entre el diagnóstico y la operación de una colecistitis pasa el doble o el triple del tiempo de lo que pasaba tradicionalmente. Esto no es un problema de conocimiento, sino simplemente de disponibilidad y de políticas sectoriales ajenos al conocimiento científico, clínico o quirúrgico.

Me interesa destacar cuál es el papel de la Facultad de Medicina, más bien para proponer algunos temas de discusión, que para dar respuestas concretas. Las Facultades, y más que las Facultades los centros académico-asistenciales, debieran ser lugar de integración de estos diversos estímulos en lo clínico, lo básico y la salud pública. Es requerido un tipo de organización en el cual el científico básico, capaz de resolver efectivamente los problemas que los clínicos le plantean, pueda interactuar habitualmente con ellos. Entre nosotros, debemos reconocerlo, esto ocurre cada vez más, pero no lo suficiente. Muchos de nosotros leemos revistas extranjeras y no sabemos lo que pasa con un compañero que trabaja en la oficina del lado. Esto sucede, por lo menos en mi Universidad y en mi Facultad, con más frecuencia de la debida.

Por otra parte, la Facultad, de alguna manera, debe organizar —detrás de metas generales comunes— la diversidad de objetivos y visiones de los distintos actores. Debe reconocer que los distintos actores, que de alguna manera terminan produciendo una mejor salud, tienen distintos objetivos. El científico real está interesado, como dice nuestro común amigo Joaquín Luco, casi estéticamente en encontrar la verdad; a veces al presentar un proyecto y obtener dinero debe decir, y algunos también lo creen realmente, que está interesado por la suerte de los desvalidos y de los que sufren. Yo creo que ese pensamiento es admirable cuando existe, aunque no consideraría malo estar interesado en conocer las funciones de la hipófisis, por interés de la hipófisis y no por interés de los enfermos de la hipófisis. De lo que en realidad se trata es lograr organizaciones que, asumiendo esa diversidad, logren articular las distintas formas de ver el problema. Eso constituye un desafío al modo como organizamos nuestras Facultades y nuestros centros académico-asistenciales.

Veamos algunos desafíos que se plantean al país a partir de los distintos aspectos indicados. Como objetivo de política científica deberíamos desarrollar un cierto nivel mínimo de todas las disciplinas científicas biomédicas mayores. Para ello, naturalmente, tienen que existir instrumentos organizativos que apoyen proyectos específicos, pero que, además, se preocupen de

formación de personal (en qué área falta gente, conseguir becas nacionales e internacionales, contratación de profesores extranjeros, etc.), qué biblioteca hay que mejorar, qué equipos hay que comprar, etc., ya que la investigación como tal es el resultado de un largo proceso de instalación de infraestructura científica; no empieza por la investigación.

Aquí, en esta sala, veo a meritorios y antiguos investigadores; ellos saben que la investigación es el resultado final de un largo camino, en el que se requiere desarrollar experiencia personal, para lo cual se necesitan maestros, algún equipo, información, etc. Sólo entonces se puede investigar con frutos. Esto implica que hay una cantidad de inversión y de planificación previa a empezar a recibir pequeños proyectos de investigación. En nuestro país, ¿quién ha estado preocupado de esta área?, ¿cómo deberíamos formular un programa que nos dé capacidad científica biomédica básica capaz de interactuar con otras áreas para enfrentar las múltiples y complejas demandas posibles de generar en el sector salud? CONICYT, que en la década del 60 estaba partiendo, dejó de hacerlo. Las universidades a su vez se han centrado cada vez más en financiar sólo proyectos de investigación, lo que supone que la gente, los equipos y las bibliotecas ya existen. Debo insistir en indicar que todo el esquema de proyectos de investigación supone, básicamente, que la capacidad científica mínima está ya instalada. Ninguno de los instrumentos organizacionales o financieros disponibles en este país está destinado a generar nueva capacidad científica; sólo está destinado a ayudar y mantener algo de lo ya existente. Esto es un problema grave a largo plazo.

Pero, veamos el otro aspecto mencionado: esto es "la demanda" por conocimientos. Si miramos, a modo de ejemplo, la organización norteamericana (tan lejana a nosotros, con tanto dinero, tanta gente, tantos recursos) nos encontramos con el énfasis y la importancia que asignan a la demanda de conocimientos. Por ejemplo, en el Depto. de Salud hay una Vicepresidencia de Asuntos Científicos. Su misión es determinar el componente científico y técnico de los planes y programas de desarrollo de la salud norteamericana. Es decir, definir las áreas del conocimiento que deberían desarrollarse a partir de esa necesidad de salud y los proyectos de investigación que deberían encargarse, a partir de un programa de salud. La organización que dirige la salud no es la única que efectivamente puede generar demandas reales. También la industria, y otros agentes. Sin embargo, en un país como el nuestro, el usuario mayor es naturalmente el demandante potencial más importante. El Ministerio de Salud nuestro no tiene ningún tipo de organización orientada a producir demandas; los proyectos, los programas de salud no implican acciones específicas, destinadas a producir investigaciones, a generar personal entrenado o mejorar facilidades en las áreas científicas y técnicas apropiadas. Los programas de salud nuestros "suponen" que estas capacidades ya existen, lo cual puede o no ser cierto. No hay recursos ni transferencia de recursos para contratar proyectos casi de ninguna naturaleza o estimular el desarrollo de áreas de las ciencias biomédicas que se perciban como importantes. Tener instrumentos organizacionales capaces de estimular la capacidad científica biomédica y demandar conocimiento supone, además, que algunos problemas de la patología o de la salud pública van a ser más frecuentes o importantes entre nosotros que en otros lugares. En algunos casos de enfermedad del sistema nervioso hay en Chile más casos por habitantes que en

todos los países desarrollados conocidos (enfermedad de Creutzfeld-Jacob). Esto se explica, en parte, porque tenemos un buen sistema de control y pesquisa sanitaria, pero las razones pudieran ser otras.

Sin duda, hay patologías que para nosotros son más importantes que las del mundo desarrollado y no hemos definido nuestras prioridades de desarrollo científico, orientándolo hacia ellas. Ni siquiera las hemos identificado. Decir que este país va a necesitar más conocimiento en cáncer gástrico que en enfermedades tropicales, parece de toda evidencia. Hay otras áreas de la medicina y la salud pública de especial relevancia en Chile. Si ustedes miran qué institución pública o privada, o qué instrumento de política científica, o de desarrollo de salud están interesados en identificar áreas de desarrollo científico prioritario para Chile, en concreto verán que ellas no existen.

Desearía, por último, enfatizar la necesidad de desarrollar capacidad científica y tecnológica equilibrada, y de disponer de algunos tipos de instrumentos o mecanismos para que eso ocurra. Las universidades chilenas, que obtienen sus recursos según el número de estudiantes de pregrado que ingresan, al invertir en investigación biomédica de alguna manera están esquivando la ley. Aquellas Facultades de Medicina que tienen un gran gasto en actividades científicas, están haciendo una especie de derivación indebida de los recursos que reciben, porque la mantención de infraestructura científica, en exceso a las necesidades docentes, no es un claro supuesto en nuestra manera de asignar recursos. Por otra parte ¿quién está en las universidades preocupado de las prioridades más allá de las inmediatas, de la prioridad del desarrollo científico de largo plazo? ¿Estamos generando capacidad utilizable en cinco o en diez años más, con respecto a cualquiera de las áreas del conocimiento biomédico? Naturalmente tenemos prioridades de salud, pero no es lo mismo prioridad de salud que prioridad de desarrollo científico. Por otra parte, ¿quién está demandando a los laboratorios de investigación? ¿Qué preguntas reales se les plantean? ¿Qué mecanismos institucionales o financieros debiéramos crear para lograr articular los programas de salud con la capacidad investigativa existente o por crear?

#### NOTA BIOGRAFICA

**Dr. Jaime Lavados Montes.** Nació el 13 de febrero de 1937. Realizó sus estudios universitarios en las Facultades de Medicina y de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile, obteniendo el título de Médico-Cirujano y de Licenciado en Filosofía en 1960. Se especializó en Neurología en la Escuela de Posgrado de la Universidad de Chile (1961-1964) y en el Instituto de Enfermedades Neurológicas de la Universidad de Londres (1970-1973), doctorándose en Ciencias Neurológicas (Ph D). En 1967, visitó Centros de Investigación y de Enseñanza del Sistema Nervioso en USA (Universidades de Johns Hopkins, Harvard y Columbia) y en 1969 realizó estudios de Política y Planificación Científica General y Biomédica, en Israel, Inglaterra y USA.

Inició su carrera académica como Ayudante-alumno de Fisiopatología, junto al Prof. Dr. E. Egaña (1957-1960). Cumplió con todas las etapas del currículum académico neurológico, desde Ayudante segundo, en 1964, hasta Profesor Titular de Neurología, en 1980. Desde 1974 se desempeña como Profesor encargado del Curso de Neurología y, desde 1977, es Director de Cursos de Posgrado de Neurología y Neurobiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En el campo de la administración académica se destacan sus actividades como Director Ejecutivo de CONICYT (1967-1970), Secretario General de la Facultad de Medicina de la U. de Chile, Sede Oriente (1973-1976), Director de la Oficina de Desarrollo Científico de la U. de

Chile (1973-1976), Presidente de la Corporación de Promoción Universitaria, desde 1975, y Director del Departamento de Ciencias Neurológicas de la Facultad de Medicina de la U. de Chile, División Oriente, desde 1979 hasta la fecha.

Ha participado en numerosas Comisiones científicas y académicas, dependientes del Consejo de Rectores, de la U. de Chile y de su Facultad de Medicina. Se destacó como Coordinador General de los Seminarios de Educación Médica en Chile, en 1984, tanto en el encuentro nacional como internacional. Ha colaborado activamente en la dirección de Sociedades científicas de su especialidad, como Organizaciones promotoras del avance de la Ciencia y de la Tecnología, chilenas y extranjeras.

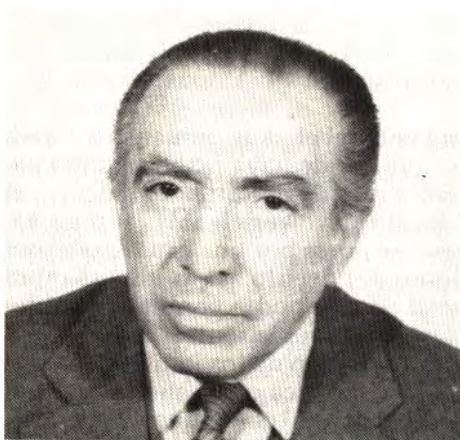
Es autor y coautor de treinta y ocho trabajos sobre temas neurológicos, desarrollo de la ciencia, organización universitaria, educación

médica, etc., publicados en revistas nacionales e internacionales. Es consultor de OMS, PNUD y OEA, en materia de desarrollo científico y tecnológico en Biomedicina, por lo cual, desde 1973 ha cumplido misiones en diversos países de América Latina.

Ha sido galardonado por la Universidad de Laval, Canadá, con la medalla que expresa el reconocimiento a servicios distinguidos (1965). En 1969, recibió la condecoración brasilera Márquez de Rio Branco y, en 1970, la medalla del National Council for Research and Development de Israel. En 1983 obtuvo el reconocimiento del Presidente de la República Dominicana, por servicios prestados a la Nación.

Se invitó especialmente al Dr. Lavados a participar en estas Jornadas, por sus méritos universitarios, científicos y por su dilatada experiencia en el tema sobre el cual disertó.

## Formas del pensar psiquiátrico en el siglo XX



Prof. Dr. Armando Roa R.

### Los orígenes de la psiquiatría

En verdad sería muy difícil abordar las múltiples formas del pensar psiquiátrico del siglo XX. Procuraremos sólo escoger algunas de sus líneas de desarrollo en busca de una cierta perspectiva, poniendo el acento en la correspondencia entre diferentes formas del pensar filosófico de una época y el desarrollo de la psiquiatría como ciencia, sin intentar, por eso, establecer relaciones causales sino apuntar a modos de ver la realidad tanto por parte de la ciencia como de la filosofía, que a veces son curiosamente coincidentes y esclarecedores.

Empezaremos con la psiquiatría del siglo XIX, porque entre la del siglo XX y la del XIX hay muchos hiatos, pero también muchos puentes de paso. La psiquiatría es una disciplina joven, tal vez la más nueva de las disciplinas mayores de la medicina. Hubo antes figuras aisladas que se ocuparon de las enfermedades mentales o de problemas psicológicos, como Hipócrates, Galeno, Paracelso, y algunos españoles del Renacimiento, entre los cuales el más célebre es Luis Vives. Pero su esfuerzo no fue continuado y así no hicieron escuela. El enfermo mental estaba más bien estigmatizado por la sociedad occidental que le consideraba casi un ser de segunda clase. Se suponía que al no tener "alma" —como lo mostraba su vivir en la irrealidad—, no era un ser humano con todos sus derechos. Por ese y otros motivos, hasta el siglo XVIII no fue seriamente objeto de la atención de la medicina. Una nueva sensibilidad, en parte obra de la Ilustración, explica el repentino interés por la psiquiatría y su desarrollo continuado hasta hoy, gracias al cual las investigaciones en torno a la locura y otras perturbaciones men-

tales formarán una sección natural de la medicina. Esta nueva sensibilidad vendrá también de la confianza cada vez mayor de la ciencia en sí misma, que ya no se atemoriza frente a ningún área de la realidad, aún las más oscuras.

### **La razón como lo primordial humano**

La Ilustración definió a la razón como fundamental al alma humana. A través de Voltaire, Montesquieu, Lessing, señaló que donde haya razón siempre habrá un hombre, debiendo analizarse primero, antes de desestimar al loco, si él está definitivamente privado de razón, o si cabe devolvérsela. Más aún no pareció concebir que la razón puede perderse, si no es por una causa poderosa como sería un daño cerebral, pues la psique, por decirlo así, tratará siempre dentro de ella, de salvar lo que le es esencial. Menos podía permitir la indiferencia ante la posibilidad de abrir a la razón a quien no la tenía.

La Ilustración proclamó también el valor idéntico de los individuos y sus derechos, cualquiera sea su condición social, económica o de salud, y por boca de Juan Jacobo Rousseau, destacó la bondad natural como una virtud básica del hombre, pervertida después por la sociedad, bondad que debe recuperarse. Así, uno de los principios de la Revolución Francesa fue la fraternidad al lado de la libertad y la igualdad, lo que no hacía más que secularizar viejos principios por los cuales había luchado el cristianismo.

La psiquiatría aparece fundada en los días de la Revolución Francesa por Philippe Pinel. Su preocupación inicial será hacer más humana la vida del loco, desde el gozo de la libertad a la preocupación por una existencia cotidiana agradable, y en seguida, ver en qué medida y por qué está privado de razón, usando métodos científicos verificables por cualquiera, a fin de recuperarle la salud. Las primeras exploraciones indican que bajo el nombre de locura se encuentra una infinidad de cuadros diversos, de cursos distintos y que es necesario precisar, distinguiendo desde luego lo que es síntoma de lo que es síndrome o enfermedad. Sólo hecha, a lo menos en parte, esta larga labor, cabrá hablar de etiología, evolución, pronóstico, éxito o fracaso del tratamiento. Se observa, desde ya, que muchos enfermos no son tan irracionales o sus alteraciones vienen de otras esferas psíquicas como la de las pasiones. Por lo demás, desde la época de Hipócrates se conocían perturbaciones derivadas de exacerbaciones de los afectos: manías y melancolías, aunque va a ser una tarea prolongada hasta ahora, estudiarlas sistemáticamente en el curso del tiempo, ver su interrelación, la posibilidad de darse aisladas o de ser reactivas o sintomáticas a otros cuadros y en consecuencia con pronóstico y tratamiento diverso. Lógicamente, respecto a la razón seguirá manteniéndose, durante esa época, una especie de creencia de que en cuanto ella es lo sustantivo del hombre, no puede perderse primariamente, es decir, no podría haber locuras del alma en sí. Si la razón se pierde —dicen los estudiosos—, tiene que haber otra explicación: el sistema nervioso que la sustenta es quien tendría que estar lesionado. Se entra así en esa etapa anatomopatológica y fisiopatológica común a toda la medicina del siglo pasado; al respecto es de interés señalar que desde el comienzo hasta su etapa bioquímica actual, la psiquiatría ha tendido siempre hacia lo biológico.

## Las hipótesis iniciales

Por tales motivos se inician investigaciones dedicadas a estudiar el cerebro, suponiendo como hipótesis de partida que toda enfermedad mental, casi por fuerza, debía originarse en una lesión de él. Dicha idea, tan típica de la ciencia de ese tiempo y de la Ilustración, venía, sin embargo, desde antes, aunque no había encontrado mucho eco. La enuncia Morgagni (1682-1771) y aún Platter (1536-1614).

En 1822, Antoine Laurent Jessé Bayle descubre en cierto modo una primera enfermedad mental propiamente tal, la que puede presentarse con diversos síndromes de aire clínico parecido, la parálisis general, con un fondo demencial derivado de una lesión cerebral, una aracnoiditis crónica, siempre idéntica por su naturaleza y localización. Recordemos que la existencia de la espiroqueta en la corteza cerebral no se va a descubrir hasta el comienzo de nuestro siglo (Noguchi, 1913). Esta enfermedad, debida, como se sabrá después, a la sífilis, se planteó en seguida como ejemplar de toda investigación psiquiátrica, pues se conocía su cuadro clínico, su evolución y su pronóstico, lo que permitía ir en busca de su etiología y tratamiento. Además, no dejó de ser importante más tarde, aunque ya en el siglo XX, el hecho de que fuera ella una de las primeras que pudo prevenirse o eliminarse de raíz, pues buena parte de los pacientes de un hospital psiquiátrico, lo eran de parálisis general.

La descripción de Bayle se convirtió en algo clásico de la historia de la ciencia; cumplía con lo exigido por Hipócrates para delimitar una entidad mórbida. Sin embargo, ya se avanzaba más lejos y se empezaban a observar, con agudeza, males mentales que no eran parálisis general. Es decir, se descubren otros tipos de demencias. De ellos, la demencia senil y la que hoy llamaríamos demencia arterioesclerótica, tienen relación con una atrofia cerebral como daño que sigue apuntando al principio central de la psiquiatría de la época de la Ilustración, según el cual sólo un ataque grave al sistema nervioso central podría provocar una caída de la razón, de los sentimientos, de la voluntad.

Se observa y aísla otra serie de enfermos en los cuales no se descubren compromisos visibles del sistema nervioso, cuyas propiedades intelectuales no parecen lo primariamente alteradas y que, sin embargo, viven también en la irrealidad, o sea, son igualmente enfermos mentales. Se les llamaría más tarde psicóticos endógenos. Se acude entonces, entre otras, a la teoría del automatismo mental (Baillarger)<sup>1</sup> o a la de la degeneración (Morel)<sup>2</sup>; en acuerdo a esta última, se piensa que no es posible descubrir alteración orgánica porque se trata de una degeneración mental hereditaria, lenta e imperceptible, que sólo en la cuarta o quinta generación vendría a manifestarse tal vez en el sistema nervioso.

---

(1) Jules Falret y Baillarger habían aislado respectivamente, a base de consideraciones evolutivas, la "locura circular o alternante" y la "locura de doble forma", dos cuadros similares precursores, en cierto modo, de la psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin.

(2) Morel en 1852-53 y de nuevo en 1860 en su *Traité de Maladies Mentales*, describe un cuadro al cual llama demencia precoz y que de una manera u otra se asemeja a la Demencia Precox kraepeliniana.



## Los sentimientos y la voluntad como fundamento de la realidad humana

En esta época se produce un cambio en el modo de ver la realidad. Los afectos y sentimientos adquieren relieve en la vida del hombre por influjo del Romanticismo, y la razón como eje de la psique empieza a ser substituida por la voluntad. Kant había dicho, a fines del siglo XVIII, “que la razón sólo puede conocer fenómenos”, y que los conoce adecuadamente cuando los puede expresar como formulación matemática en la síntesis de la razón pura. El hombre a través de la razón jamás puede conocer el *nóumeno*, la cosa en sí, sino sólo fenómenos, o sea lo que llega a través de los sentidos, pero ordenado e inteligido en acuerdo a los modos peculiares que tiene la mente para hacerlo y que son algo así como el lente que le da transparencia al conocer. La manera cómo sea la realidad en sí, sin esos intermediarios (formas primarias de la sensibilidad, espacio y tiempo, y categorías del entendimiento), no la sabemos. A esta apariencia se la llama fenómeno cuando es verificable en lo sensorial y ratificable o expresable en lo posible en fórmulas matemáticas. Pero cuando se trata del conocimiento del hombre y su destino, no cabe contentarse, reduciéndolo a un conjunto de fenómenos que simplemente aparecen, ignorando cómo es el hombre en sí, pues esto trae desasosiego. El propio Kant vio la posibilidad de abrirse paso hasta la realidad misma humana por medio del imperativo categórico, constituido por esos mandatos morales que recibe la conciencia para obrar en función del bien en cuanto bien y que tal vez vendrían del fondo humano real directo y no de su mera expresión fenoménica; serían la voz del ser. A la luz de este pensamiento se produce en Europa un cierto alejamiento de la veneración por la razón, que había sido lo dominante hasta principios del siglo XIX, aceptándose ahora, siempre que se trate de las ciencias físicas o, incluso, de las ciencias biológicas, pero no cuando se trate del fondo del hombre, de ese sujeto que goza, sufre, vive y tiene un destino. Este es, si pudiera decirse, el origen de la postergación de la razón y la búsqueda de nuevas vías de acceso a la comprensión del hombre que ocurre en la psiquiatría alrededor de 1850, y que explica tal vez lo que viene en seguida.

De las líneas psiquiátricas desarrolladas a partir de aquí, tomaremos sólo dos —la francesa y la alemana—, a fin de no complicar la perspectiva. Tales líneas dan una visión más o menos global de los avances de la disciplina hasta 1914. Si el centro del cual dispone el hombre para conocerse a sí mismo, para conocer a su prójimo, a los seres que quiere, no puede estar constituido primariamente por la razón porque al hombre no se le puede considerar un simple fenómeno, entonces, ¿qué otra propiedad psíquica importante habrá en él que sirva de referencia para estudiar los trastornos mentales?

Al delimitarse las enfermedades mentales se vio que la razón decrece en la parálisis general y en las demencias orgánicas, pero también se descubrió una serie de pacientes mostrados por la clínica, que no tenían perturbación importante de la razón y que estaban, sin embargo, psíquicamente enfermos —las posteriores esquizofrenias y psicosis maniaco-depresivas—. Coincide la nueva época, por un lado, con el relieve adquirido por dichos cuadros clínicos, y, por otro, con la especie de escepticismo hacia la razón, ya aludido.

¿Qué se podría escoger, fuera de la razón o de la inteligencia, para ordenar cuadros mentales? En el ámbito psíquico quedan la voluntad, los senti-

mientos, las pulsiones, porque el resto es lo sensorial, que no es, en cierto modo, la esencia del alma, y sólo está al servicio de la psique, porque ésta, a su vez, no es un mero receptor de sensaciones de los órganos de los sentidos. Entonces, ¿qué sería lo psíquico en sí?, ¿qué sería la voluntad?, ¿qué serían los sentimientos?, ¿qué serían las pulsiones?

### **Las enfermedades psíquicas vistas como perturbaciones de la voluntad**

Schopenhauer pasará a tener importancia en la historia posterior de la psiquiatría al crear una atmósfera cultural nueva, pues verá en el mundo de la ciencia, en acuerdo con Kant, un mundo de fenómenos, por lo tanto algo que toca cosas importantes, pero no lo céntrico del destino humano. Lo céntrico de ese ser, según él, es la voluntad. Su sucesor inmediato, Nietzsche, con su enorme influjo, acentuará eso a través del postular a la voluntad de poder como eje rector de la actuación. Lo que nos interesa acá, en todo caso, es señalar que la línea de la voluntad tendrá un peso enorme en el descubrimiento y precisión de cuadros psiquiátricos y ello ocurre cuando dicha disciplina médica, que había nacido en Francia y se había desarrollado ahí, pasa a ser fundamentalmente alemana en la segunda mitad del siglo. También recibirá ese influjo en Francia la notable figura de Pierre Janet, como se ve en su teoría de la caída de la tensión psíquica en el manejo de la función de lo real, función donde predominan jerárquicamente los actos voluntarios. Sin embargo, serán Griesinger, Kahlbaum, Kraepelin, Wernicke los que tomarán su dirección. Esta nueva línea coge como uno de sus elementos centrales para estudiar los cuadros psiquiátricos las perturbaciones de la voluntad y de los afectos. Así, la psiquiatría alemana considerará que toda alteración psíquica en las enfermedades mentales más frecuentes puede comprometer la razón también, pero como algo, por decirlo así, más accidental y secundario; tal vez una mera consecuencia. Se exceptúan las demencias orgánicas, donde la quiebra de la razón es primordial. Fuera de ellas hay perturbación psíquica en sí desde el momento en que se perturba la voluntad, la actuación, el modo de comportarse.

A Kraepelin debemos el descubrimiento de la demencia precoz (llamada más tarde, por Bleuler, esquizofrenia) y el de la psicosis maniaco-depresiva, gracias, entre otras cosas, a haber unificado diversos cuadros que eran considerados enfermedades distintas, muchos de los cuales habían sido bien descritos y a veces con nombres casi similares por psiquiatras franceses. También se le debe el descubrimiento de la paranoia y la parafrenia, las cuales fueron puestas más tarde en tela de juicio por otros investigadores que las incluyen en la esquizofrenia. Lo abrieron a estos descubrimientos su gran perspicacia clínica para delimitar síntomas y el haber tomado en cuenta la evolución de los diversos cuadros, antes de denominarlos entidades mórbidas.

Dada la importancia que otorga a la voluntad en la comprensión de los síntomas motores o corporales de la demencia precoz (los síntomas catatónicos), voluntad que no sería capaz ya de gobernar la motilidad, la cual se anarquizaría, entonces, y daría lugar a la pérdida de la gracia, a los amaneramientos, a las estereotipias, al lenguaje disgregado, creemos que no nos alejamos de su pensamiento si intentamos a nuestro modo, para un mayor esclarecimiento, dividir por lo menos a las psicosis llamadas entonces endógenas, en

acuerdo a las dos funciones más importantes de la voluntad que aquí se descalabraban: las funciones del hacer y del obrar.

En la línea del hacer, la voluntad pone lo corporal y lo psíquico al servicio de la fabricación, de la construcción de algo. En la línea del obrar, la voluntad se pone al servicio de las acciones en su relación con lo ético, con el bien y el mal, con el pecado, con la responsabilidad, con la decisión, con la entrega de afecto a los seres que se debería querer. Suponiendo que acá interpretáramos correctamente el horizonte kraepeliniano, diríamos que existirían de un lado las enfermedades mentales orgánicas, conocidas desde varios decenios y que se seguían investigando, tales como la parálisis general y la demencia arterioesclerótica, y por otro, estarían las nuevas, las endógenas, en las cuales la inteligencia no se había comprometido y tampoco había evidencias de compromisos del sistema nervioso, al menos comprobables por los medios de que entonces se disponía, pero que Kraepelin confiaba que algún día se descubriría. Las últimas son las que cabría dividir en dos grandes grupos: 1) aquellas en que se altera la voluntad en cuanto al obrar, y 2) las otras, en las que se altera la voluntad en cuanto al hacer.

Las psicosis en las que se altera la voluntad en cuanto al obrar se subdividirían a su vez, en dos: a) la psicosis maníaca, donde el individuo se siente contento, animoso, pródigo, capaz de hacer la felicidad de sí y de los demás, deseoso de que no haya nadie triste a su alrededor, pues se siente en condiciones de ayudar a resolver cualquier problema, y b) la depresión, donde la persona se siente culpable de todos los pecados, indecisa, incapaz de dar afecto, de creer en su mejoría, de cuidar de su propio bien y el de los demás, de verle sentido a la vida. El que con cierta frecuencia se den en la misma persona fases maníacas y depresivas lleva a hablar de psicosis maniaco-depresiva. Hoy parece que la depresión tiende más a darse aislada; ahora, según sea el caso —sola o asociada—, se habla de depresiones monopolares o bipolares. Así, la psicosis maniaco-depresiva sería una alteración fundamental del obrar, que es de la voluntad, porque es la voluntad la que obra, lo cual no significa que no existan también trastornos del hacer, pues obrar y hacer no son algo separado, sino, al contrario, muy interrelacionados.

Refirámonos ahora a las alteraciones del hacer. Kraepelin decía que el demente precoz tiene una voluntad menoscabada y entonces el cuerpo se desbanda, “dedicándose” no a hacer cosas útiles, sino cosas raras o bizarras. Recordemos los gestos de los tipos que hacen musarañas, o de aquél que produce constantemente movimientos estereotípicos, o del otro inmóvil en una actitud de jarro arqueológico, o el que se dedica a fabricar lenguajes raros, disgregados o poéticos. Incluso en las hebefrenias y demencias paranoides con cierto cuidado se descubren dichos fenómenos.

De ese modo, las dos grandes psicosis que siguen acompañándonos hasta hoy podrían ser vistas como alteraciones fundamentales de la voluntad; en un caso como alteraciones del obrar, y en el otro, del hacer. Así llegamos en este breve recorrido histórico a 1920.

Recordemos que, desde el último tercio del siglo XIX, el trabajo clínico había logrado circunscribir un tercer grupo de trastornos psíquicos relacionado con las perturbaciones de conciencia, diferenciándose cada vez mejor el delirio agudo, la amencia, el estado crepuscular, el estado estuporoso, muchos de los cuales se incorporan al grupo de las llamadas psicosis exógenas

agudas, y cuyo valor para el diagnóstico y pronóstico será a veces lo decisivo. Algunos tienen origen tóxico, otros epiléptico, unos terceros son reactivos a motivos psíquicos. Entre las contribuciones más importantes en este aspecto se encuentra la hecha a principios de nuestro siglo por Karl Bonhoeffer.

En otra dirección, en la de las investigaciones relacionadas con la histeria y las neurosis influyó también el pensamiento de Schopenhauer y Nietzsche, sobre todo en esa capacidad de la voluntad, puesta de relieve por ellos, de crear mundos ilusorios para autosatisfacerse o inventarse apetencias que impulsen constantemente su dinamismo. En buenas cuentas, mucho de lo que la conciencia de cada uno ve como real son, según ellos, engaños creados por los deseos para entusiasmar a la voluntad, y es necesario entonces una verdadera tarea hermenéutica para saber dónde está la verdad y dónde el engaño.

Lógicamente, la atmósfera filosófica de una época histórica es importante si logra facilitar, orientar o al menos avalar lo que en el fondo esté descubriendo la clínica, pero no debe olvidarse que es la clínica quien muestra el material y sugiere las posibles orientaciones en su ordenación. La filosofía de la época sólo puede dar luz, intrepidez, para preferir una de esas orientaciones, pero siempre a base de lo insinuado por el material a la mano. Es lo que ocurre con Freud, que era un observador e investigador clínico notable, y que desde la clínica penetra el mundo íntimo de las neurosis cuya interpretación de la etiología se la da la propia clínica. El mismo se asombra de repente cuando nota la coincidencia entre observaciones obtenidas de sus enfermos y afirmaciones similares sobre el fondo del hombre, hechas por Schopenhauer y Nietzsche, cuya atmósfera intelectual penetraba a la época y a quienes confiesa haber leído tardíamente.

### **Freud. Su concepción del hombre como haz de pulsiones**

La psiquiatría hasta entonces consideraba a la psique como un conjunto de disposiciones a la vista, pesquisables por el sentido común: inteligencia, memoria, afectividad, voluntad, imaginación, sensorialidad, conciencia, y era el diverso modo de alterarse cada una lo que avalaba la distinción entre síntomas, síndromes, enfermedades. Esas disposiciones estaban ahí como un hecho fácil de comprobar por cualquiera y se las suponía abiertas a coger, entender, responder a la realidad. Freud inicia algo nuevo: se interesa por saber cuál es el fundamento de lo psíquico y cómo se engendran la conciencia de la realidad, el yo, el sí mismo, el interés por el trabajo creador, el sentimiento de culpa y la moral, la vida social, y qué es lo que hace posible desde ahí el origen de la enfermedad y de la muerte. Tomará como punto de partida lo revelado por sus estudios sobre la histeria, hechos en un comienzo junto a Breuer, y que en parte coinciden con los realizados en forma independiente por Pierre Janet.

Como se sabe, en época temprana Freud ve que los síntomas histéricos desaparecen cuando se da expresión verbal a un afecto desagradable, que en el momento de aparición hubo de ocultarse por inoportuno y censurable, pero que sigue operando en forma de síntomas hasta que sale de nuevo a la luz y se le permite descargarse en una especie de operación catártica. Ya

Breuer había dicho que el síntoma morboso es un símbolo de algo oculto a descubrir, lo que se llamarían, poco más tarde, los afectos reprimidos.

No es nuestro deseo seguir paso a paso el desarrollo de los postulados freudianos, sino mostrar algunas de sus ideas significativas. El lugar de la voluntad de Schopenhauer lo ocupará aquí el instinto o las pulsiones eróticas. Lo erótico será el núcleo de donde parte la vida y es producto de los quimismos celulares. El deseo vehemente de satisfacer estas pulsiones es un truco para restablecer desniveles orgánicos de energía y su cebo es el placer. Las pulsiones son diversas en las diversas edades de la vida y se relacionan con la estimulación de determinadas zonas erógenas. En el primer año la sexualidad del niño es autoerótica, es lo designado etapa oral, predominantemente narcisística. En seguida en el segundo año, la sexualidad gira en torno a lo anal y las funciones relacionadas con la retención y evacuación de excrementos, es la fase sádico-anal; sádica, porque se relaciona con impulsos destructivos. Entre los tres y cinco años aparece la fase fálica, que se desarrolla junto al período álgido del complejo de Edipo, en el cual se experimenta amor por la madre y una actitud ambivalente de amor y odio por el padre. De la solución defectuosa del complejo de Edipo por parte del niño, se originará la mayoría de las neurosis. El complejo de castración, y en las mujeres la envidia del pene y el deseo de substituir el pene por el engendro de un hijo, aparecen en esta época. Pasados los cinco años viene un período de latencia hasta que en la pubertad se inicia la etapa genital madura definitiva. Como se acaba de decir, las pulsiones eróticas o de vida, ya en la época sádico-anal aparecen intrincadamente unidas a pulsiones destructivas o de muerte que no abandonarán al individuo a lo largo de la existencia; el problema es que se combinen armoniosamente a fin de que durante un largo tiempo predominen las fuerzas destinadas a prolongar la existencia de la persona y de la especie. A la postre las pulsiones de muerte misteriosamente ocultas, en parte, en la intimidad de la psique, acabarán desintegrando la vida y reduciéndola a aquello de donde algún día emergió: lo mineral.

Sostiene el freudismo que las diversas pulsiones eróticas ligadas a determinadas zonas biológicas erógenas: boca, ano, pene, vagina, si bien tienden a satisfacerse en acuerdo a su modo de ser primordial, son lo suficientemente plásticas como para desplazar su fin hacia otros objetivos y así contribuir por ejemplo, a través de una sublimación a emplear su energía en la creación de objetos culturales, o de ponerse al servicio de inclinaciones sexuales de etapas posteriores como la genital, prestándose para prepararlas con placeres previos del tipo de los besos, las caricias, las palabras amorosas, las miradas tiernas, junto a cierto grado de agresividad necesario para romper la timidez e iniciar la vida sexual madura.

Las pulsiones eróticas o destructivas nacen del organismo y necesitan satisfacerse en algo externo a ellas con el objeto de descargarse y restablecer el equilibrio o la paz íntima del cuerpo, que es lo constitutivo del placer y de su búsqueda. Tales pulsiones, dice Freud, son ajenas a un deseo de perseverar en la existencia y para lograr su deseo se lanzarían ciegamente sin importarles consecuencias como la posible reacción adversa destructiva de la realidad con la cual aspiran a satisfacerse. A fin de percibir la realidad a su alcance, la parte más periférica del Ello —así se llama el reservorio de tales pulsiones, la parte cortical en palabras de Freud—, se especializa, por usar una expresión, en

percibir y discernir esa realidad y adquirir, a través de la acción, un cierto manejo motor sobre ella, buscando alejar obstáculos, producir situaciones favorables, facilitar satisfacciones placenteras, o inhibirlas o rechazarlas cuando su puesta en marcha trajera violentas respuestas del contorno familiar o social.

La parte del Ello encargada de tal tarea de vigilancia, y que para ser eficaz debe enjuiciar con certeza las más diversas situaciones mediante una especialización crítica, se diferenciará rápidamente del Ello —puro asiento de pulsiones, deseos, fantasías—, y constituirá una instancia o provincia psíquica con características propias: el Yo. El Yo, para cumplir sus funciones de vigilante informado, tiene a su servicio todo el sistema de las percepciones, de la motilidad para desplazarse y modificar a su favor la realidad, y por supuesto la conciencia, pues tiene a cada instante que darse cuenta de lo que ocurre y retenerlo. La memoria le es, pues, una de sus cualidades básicas. La memoria, a su vez, no tiene constantemente presente ante el Yo todos sus datos, lo cual se prestaría a una confusión por atiborramiento; al contrario, los guarda para ponerlos a disposición de la conciencia del Yo cuando los necesite. Este lugar oculto se llama preconsciente, y a diferencia del inconsciente donde están las pulsiones del Ello, puede hacerse consciente en cualquier momento a gusto del Yo. Lo que perdura en el inconsciente, en el Ello, por el contrario, no puede evocarse voluntariamente, sino a través de un trabajo de exploración e interpretación, como el realizado en el psicoanálisis terapéutico.

En el preconsciente yacen las palabras, sin las cuales las percepciones no podrían recibir un nombre y diferenciarse, la conciencia no sería capaz de distinguir sus pensamientos, de enjuiciar y razonar, y el Yo en su conjunto quedaría ciego, no pudiendo ejercer su función primordial de servir de enlace entre el Ello y la realidad.

El Yo, desde la partida, posee fuertes cargas de libido, o es aún el reservorio primordial de ella, y la libido es aquella virtud de lo erótico de convertir en estimable algo si es que ella se deposita ahí. En ese sentido el Yo, en cuanto reservorio de la libido, se ama a sí mismo y desea perdurar en la existencia; tomará entonces todas las medidas imaginables a fin de no ser rechazado, marginado o destruido por la realidad en medio de la cual vive, si por descuido satisface indiscriminadamente deseos repudiados por ésta. Por eso es opuesto al Ello que vive del instante y desea imperiosamente obtener un placer, sin importarle las consecuencias; el Ello es ajeno al deseo de perduración o no lo tiene en cuenta.

Tales motivos llevan al Yo (que formó parte del Ello y en cierto modo fue creado por él para informarlo de las posibles realidades a la mano que le proporcionarían un amplio repertorio de placeres), a autonomizarse, a convertirse en instancia o provincia con intereses propios, encargado, entre otras cosas, de vigilar al Ello, de no permitirle el paso de pulsiones prohibidas, peligrosas para la perduración, de reprimir a las que, pese a todo, intenten hacerlo, de desplazar a otras, de sublimarlas, de transformarlas en rasgos del carácter y todos los conocidos mecanismos de defensa del Yo.

Una de las defensas notables será la usada en la época edípica para poseer en cierto modo al progenitor amado y salvarse del progenitor rival, que debido a los celos podría destruirlo. Dicha defensa consiste fundamentalmente en identificarse con ellos, lo cual es facilitado por los largos años de convivencia

del niño con sus padres. Tales identificaciones empiezan en las etapas pre-  
edípicas, pero se afianzan ahora en definitiva. A la madre amada y al padre  
temido, pero a quien también se ama en cuanto progenitor, se les traslada  
“en imagen” a la intimidad de sí y ahí guardan como quien dijera, su propia  
vida. Se constituyen en una nueva instancia al lado del Yo y el Ello, es el  
Superyó. Al identificarse con los progenitores se lleva a la psique las normas  
morales, sociales y culturales de que eran portadores y así establecen la con-  
tinuidad histórica con la nueva generación. Al Superyó se agregan los maes-  
tros y las diversas personas influyentes en la formación del niño. Como dice  
Freud, el Ello arrastra todo el pasado biológico; el Superyó, el pasado adqui-  
rido, el histórico, el del pueblo o de la raza; y el Yo conquista el presente y  
procura, a través del trabajo, de la creación, de la formación de una nueva fa-  
milia, abrir el porvenir.

El Superyó como portador de los valores morales vigilará al Yo para que  
no deje lugar a la satisfacción de pulsiones prohibidas del Ello, amenazándolo  
con la castración, vivida en forma de penoso sentimiento de culpa. El Yo, a  
su vez amenazará al Ello con el sentimiento de angustia para obligarlo a re-  
troceder, sentimiento que en sí, es sumamente doloroso.

El gran problema del Yo es adaptarse a la realidad exterior, desde luego a  
la poderosa realidad cultural y social; de esa manera podrá conservarse y go-  
zar de la existencia; tiene que dar paso a la expresión de pulsiones eróticas y  
destructoras, escogiendo entre las destructoras las que sean permitidas por los  
demás porque de algún modo construyen algo, pues se puede destruir para  
hacer algo mejor, como la digestión destruye el alimento para asimilarlo, en  
acuerdo al ejemplo dado por Freud.

Un Yo fuerte, bien estructurado, logra conciliar las exigencias éticas del  
Superyó, las de la realidad, las de sus propios deseos, y a su vez reprimir las  
pulsiones del Ello no aceptables ni por el Superyó ni por la realidad. Sin em-  
bargo, el estar equilibrando tantas exigencias, hace trabajosa la labor del Yo,  
y bastaría un Superyó demasiado estricto, como el derivado de identificacio-  
nes con padres autoritarios, o pulsiones del Ello exacerbadas por no haberse  
satisfecho en la infancia, o porque han experimentado una regresión a esta-  
dos infantiles debido a dificultades en la vida sexual adulta, para que las de-  
fensas del Yo cedan y tengan que entrar en transacciones a fin de que dichas  
pulsiones no procuren satisfacerse desenfrenadamente con peligro para su  
supervivencia. Estas transacciones son los diversos síntomas de las neurosis,  
que en tal sentido son símbolos de satisfacciones a medias de pulsiones pro-  
hibidas, pero con un semifracaso de las tres instancias psíquicas. El síntoma  
satisface a medias al Ello en cuanto la pulsión ha encontrado salida hacia el  
Yo para expresarle su deseo aunque no se gratifica a su pleno gusto; satisfa-  
ce a medias al Yo, pues aunque se libera de una presión insoportable, de al-  
gún modo queda en descubierto lo innoble que apetecería y su incapacidad  
para rechazarlo completamente; satisface, por último, a medias al Superyó al  
castigar al Yo con la molestia del síntoma, pero sin lograr éxito total en su  
repudio a la presencia en el Yo de pulsiones prohibidas.

En caso de pulsiones del Ello demasiado fuertes y ruptura muy grave de  
las defensas del Yo, éste es invadido por aquéllas, a las cuales no interesa lo  
exigido por la realidad sino el dominio del Yo, y se cae en la psicosis.

El tratamiento, a lo menos de las neurosis, se cifra en la transferencia, en la cual el Superyó de algún modo se identifica con el médico y entonces el enfermo en presencia ahora de un Superyó comprensivo y bondadoso, ajeno a las amenazas de un violento castigo, da entrada a la conciencia, a los contenidos reprimidos del Ello; así los revive y actúa en una especie de regresión a la infancia, dándose cuenta de que bien pensados, no representan peligro alguno y tampoco habría interés especial en satisfacerlos ahora. El Yo se enriquece con la posesión de contenidos antes ignorados, inconscientes, y adquiere poder y seguridad en sí mismo.

Lo nuevo de esta mirada a las perturbaciones mentales frente a las escuelas del siglo XIX, es que la psique aparece dinámica y astuta para organizarse en acuerdo a un mejor cumplimiento de sus intereses. La conciencia se desarrolla, si así pudiera decirse, por la exigencia de las pulsiones a satisfacerse sin herir peligrosamente a la realidad, la cual, por lo mismo, necesita discernirse sin equívocos. El hogar en que se nace, los padres y maestros que se tienen, la cultura en que se vive, sumado a la energía de las pulsiones biológicas, todo en conjugación, son configuradores de las diversas instancias psíquicas: Yo, Superyó y Ello. El deseo de conservarse en la existencia, propio del Yo (deseo derivado de ser el principal reservorio de libido, la que lo hace estimable y adorable por esencia), le lleva a “crearse” una conciencia alerta a las múltiples gratificaciones y peligros de la realidad social. La parte del Yo encargada de defenderse del Ello junto a parte del Superyó, y al Ello mismo, es inconsciente. Al Ello le interesa satisfacer deseos, con independencia del ansia de perdurar, y, por lo tanto, de la necesidad de acumular y evaluar datos de los peligros puestos por la realidad, lo que sí exige poseer conciencia, o crearse una conciencia. Cuando una pulsión, por su propia dinámica, sólo desea satisfacerse cuanto antes, sin cuidarse de las consecuencia ni de las posibles reacciones aniquiladoras de aquellos con quien se satisfará, como ocurre en el Ello, no tiene razón para preocuparse —si se nos permite hablar así—, por poseer conciencia, por darse cuenta crítica de la realidad, y nada tiene de extraño su cualidad psíquica de inconsciente.

Algo también novedoso del freudismo, influido tal vez por el darwinismo, es el desarrollo psíquico en etapas, que van substituyéndose y superponiéndose, contribuyendo unas al mejor despliegue de las otras, en lugar del antiguo concepto de simple crecimiento de las potencias —sensorialidad, sexualidad, inteligencia, memoria, voluntad—, a lo largo de la infancia y la adolescencia y el cual puede ser detenido por causas alterantes del sistema nervioso orgánico, y no como acá, por circunstancias biográficas: autoritarismo, sobreprotección, vivencias sexuales truculentas, desamparo y traumas psíquicos variados.

Por último, la diferencia entre normalidad y anormalidad, tan nítida para las edades anteriores e incluso para el siglo XIX, se hace cada vez más imperceptible, y ahora depende en su manifestación, como acaba de señalarse, en parte de la energía pulsional biológica, pero en gran parte de las circunstancias en que la vida pone al individuo, de los padres que toca tener, de la situación cultural, política, social, racial. Una neurosis obsesiva no es un mero defecto orgánico cerebral; con padres menos severos, pudo no haberse tenido y llevar una existencia tranquila, normal. Incluso también lo heredado de antepasados remotos o lo integrante de la filogénesis puede influir en el modo de



vivenciar algo; eso explicaría, según Freud, el que algunas veces padres bondadosos den lugar a un Superyó severo y castigador, pues la identificación se habría hecho más que con los padres individuales, con la herencia filogenética de padres ancestrales. En suma, la anormalidad puede regresar a la normalidad y cualquier normal puede caer en aquélla, no siendo entonces la normalidad un privilegio especial invulnerable.

Hay diversas escuelas psicoanalíticas derivadas del freudismo, en algunas de las cuales se ha acentuado el influjo de lo cultural, del inconsciente colectivo, de la evolución económico-social, etc., pero lo singular de todas es coincidir con las características anteriores, que son algunas de las tantas que podrían señalarse.

Todas estas escuelas giran, en mayor o menor medida, en torno al psicoanálisis y a la idea de que todo se centra al final en la biología. Freud había aventurado de que algún día se conocería más el origen y manejo de las energías celulares, por lo tanto de las pulsiones, y entonces en vez de costosos tratamientos todo podría regularse saludablemente gracias a psicofármacos.

### Nuestros reparos al psicoanálisis

En todo caso, frente a lo pensado sobre la locura antes del siglo XVIII, estimada algo incomprensible, degradante y estigmatizante, la polémica en el siglo XX ha venido a situarse en términos inversos. Entre psicosis, neurosis y normalidad no se divisan ahora hiatos infranqueables, se hace cada vez más difícil diferenciar al loco del sano, no se advierte un estigma en la locura, y con la célebre declaración de Freud (antes lo dijo en cierto modo Moreau de Tours), se hace participar a todo sano en la alienación, pues a lo menos mientras duerme y sueña, o sea, alrededor de un tercio de su vida, es un loco completo, se sumerge en la irrealidad total<sup>1</sup>.

De cualquier manera que siga la evolución de la ciencia, el hecho es que tal como el psicoanálisis se ha desarrollado, después de su vigoroso punto de partida en una experiencia clínica rigurosa, se aleja de ella para terminar en sofisticadas construcciones difíciles de probar, como lo son la existencia de tres instancias psíquicas –Yo, Superyó y Ello–, un complejo de Edipo de ardua solución, origen de las neurosis, sentimientos de culpa iniciados en el complejo de castración, envidia del pene en las mujeres también venida de la época edípica, etc. Todos los fenómenos observados por Freud, como la sexualidad infantil, la ligazón a los padres, la inseguridad, la timidez, el temor a lo sexual, el miedo a aceptar la responsabilidad adulta, pueden interpretarse de maneras muy diversas a aquélla y quizás si más cercana a la clínica o al mismo sentido común. Desde luego, creemos que es incierto que la esencia de la vida humana se centre en el juego básico entre lo erótico y lo destructivo, dándoles a ambos el alcance de meras traducciones psíquicas de lo que es pura y simplemente biológico, resultado de quimismos celulares. El significado de las palabras eros (amor) y tanatos (muerte), a nuestro juicio, es mucho más amplio que un juego biológico de atracciones o repulsiones para

---

(1) Moreau de Tours dice en su obra *Du haschisch et de l'aliénation mentale* (1845): "La locura es el sueño del hombre despierto".

cumplir la ley que según Freud gobierna las pulsiones, las cuales serían, según él, por esencia conservadoras. En acuerdo a dicha ley el impulso busca restablecer siempre el reposo de su estado anterior al actual de excitación; así los impulsos de muerte ansían volver al estado mineral de dormición que es anterior a la vida. Respecto a los impulsos eróticos, en nuestra opinión pareciera contradecirse, pues si ellos aspiran a construir formas vitales cada vez más complejas —como lo piensa Freud—, no queda clara cuál sería el estado anterior ansiado que en acuerdo a dicha ley conservadora debería ser menos complejo, en cierto modo lo opuesto a lo erótico, salvo que se estime por tal el reposo después del placer.

La terapia psicoanalítica procura persuadir a quien se somete a ella que aquel complicado aparato psíquico no es algo hipotético, sino una realidad comprobada, y que, en la medida en que el enfermo lo comprenda bien y aprenda a manejar sus complejos originados en una supuesta desviada dinámica de ellos, se mejorará. En ese sentido, en cuanto lleva a substituir la psique del enfermo por una creencia hipotética del psicoanalista, hace una especie de trasplante de mente; el enfermo operará en lo sucesivo con otra alma, aquella en la cual pone su fe el psicoanalista, y en esa medida merece llamarse terapia substitutiva.

El psicoanálisis, desde el punto de vista de una teoría de la ciencia, se ha ubicado entre los sistemas cerrados, lo que no es propio de las investigaciones comunes a cualquier ciencia.

Esta especie de lujuria por lo interpretativo en manos de un genio imaginativo y seductor como Freud lo llevó a descuidar la clínica, que había sido su fuerza, y a entrar osadamente en la lucubración, forzando a veces a los fenómenos mostrados por la vida sana o patológica a servir de avales. No distinguió, por ejemplo, las angustias según su relación con acontecimientos, hora de producirse, asociación con fantasías, etc., que es lo que permite hacer el diagnóstico, el pronóstico y elegir el tratamiento. No le interesaron las diferencias entre las formas del delirio, de las alucinaciones, de las pérdidas de memoria, de las alteraciones de la conciencia, de las pérdidas o exaltaciones del humor, según fueran meramente reactivas, o bien procesales; en ninguna parte estableció criterios diagnósticos diferenciales. Ni siquiera en su campo predilecto, las neurosis, logró señalar la distinta configuración de una angustia neurótica o psicótica, o el diverso modo de darse una obsesión neurótica, depresiva, esquizofrénica, epiléptica u orgánica. Detrás de las obsesiones, por ejemplo, como si fueran todas idénticas, tendía a ver problemas sádico-anales, tendencia al autocastigo, deseo de borrar el pasado para cursar de nuevo el tiempo, como si no hubiera obsesiones que no se acompañan de sentimiento de culpa, y donde lo importante puede ser el simple hecho de que por no poder concentrar la atención en el instante de realizar el acto, o por defecto en la memoria de retención, viene la urgencia imperiosa de ejecutarlo de nuevo a fin de realizarlo bien, o darle su completud, como decían Wernicke o Janet.

### **El enfermo mental como invento de la sociedad. La antipsiquiatría**

La antipsiquiatría, cuyos representantes más conocidos son Laing y Cooper, ocupó la atención de las dos décadas recientes, fundamentándose, entre otros,

en el psicoanálisis, el análisis existencial, el marxismo. Su tesis básica es que el enfermo mental —se alude en especial al esquizofrénico— es alguien que huye a refugiarse en su intimidad, tal vez en la intimidad de las etapas narcisísticas fetales, presionado por una sociedad enferma, alienada, que vive de sus intereses materiales y no acepta la voz de quien se opone a ella tratando de llevar una vida auténtica. Tal persona haría el papel de denunciante de dicha sociedad, sería un testigo elocuente de su falsía; por eso la sociedad lo moteja de loco y procura encerrarlo. A su vez, el llamado esquizofrénico desea lavarse de las manchas que esta sociedad ha ido imprimiendo en su persona y procura retrotraerse a edades arcaicas de desarrollo —lo que la sociedad llama esquizofrenia—, a fin de nacer de nuevo purificado de tales taras. Lo que debe hacerse con ellos, dicen Laing y Cooper, es facilitar su regresión y enseguida su renacimiento. Si no hubiese una sociedad loca, no habría necesidad de purificación y desaparecerían los llamados psicóticos. La brecha es entre una sociedad loca que se esmera por fines falsos: prestigio, poder, dinero y grupos de individuos deseosos de vivir una verdadera existencia, brecha entre lo inhumano y lo humano.

Esta postura psiquiátrica se impuso en varios centros y llevó a un cambio radical en los tratamientos, dejando al paciente libre de hacer lo que quisiese, aun cuando fuera embadurnar las paredes de su cuarto con excrementos, o cantar horas a voz en cuello, y además con amplia posibilidad de moverse por donde quisiera. Se han relatado algunos casos de mejorías sorprendentes.

Sin embargo, los resultados totales no han tenido los éxitos esperados; de algunos enfermos no queda claro si son esquizofrénicos reactivos o procesales; y no se logra explicar por qué en las sociedades capitalistas y en otras, asiáticas, africanas o sudamericanas, donde el supuesto motivo de represión debe ser diverso, cuantitativa y cualitativamente, el número de esquizofrénicos es constante, no mayor del 1 ó 2% de la población.

Más lejos que los antipsiquiatras va Tomás Szasz, quien no cree que los esquizofrénicos sean enfermos, y ni siquiera individuos especiales que inicien una regresión defensiva hacia la etapa fetal que los convierta en seres extraños, dando pábulo a considerarlos alienados. El hablar disgregado, el manierismo, las posturas rígidas, son a lo más expresión de una conducta desviada, como la que tienen muchos hombres si se les mira con atención, pero de ningún modo signo de una alteración somática, único caso en que cabría, según él, hablar de enfermedad. Dice Szasz: “Los pioneros psiquiátricos inventaron nuevas enfermedades y formularon nuevas teorías de la etiología de estas enfermedades para justificar en nombrar “tratamiento” a ciertas intervenciones sociales preexistentes. Kraepelin inventó la *demencia precox*, y Bleuler la esquizofrenia, para justificar llamar “hospitalización mental” al encarcelamiento psiquiátrico y contemplarlo como una forma de tratamiento médico; teniendo nuevas enfermedades en sus manos, las atribuyeron a defectos del cerebro todavía no detectados. Freud inventó las neurosis para justificar el llamar “psicoanálisis” a la conversación y la confesión y contemplarlo también como una forma de tratamiento médico”<sup>1</sup>.

---

(1) SZASZ, T.: *Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la Psiquiatría*. Trad. Mercedes Benet. Premia Editora. México, 1978. Pág. 38.

Las objeciones a Szasz son parecidas a las hechas a la antipsiquiatría y, sin ir más lejos, cabe preguntarse por qué Kraepelin, Bleuler y Freud consideraron tan peligrosos a individuos autistas, poco influyentes sobre el devenir social, inventándoles un nombre ominoso a fin de encerrarlos, en vez de hacerlo con otros que conviven e influyen intensamente en la vida diaria y pudieran ser mucho peores desde el punto de vista que Szasz defiende. En los numerosos ejemplos que cita, no queda claro su espíritu crítico, como cuando considera “tan loco”, si cabe decirlo, el afirmar “yo soy Napoleón”, o el afirmar este pan y este vino son el cuerpo y la sangre real de Cristo, como ocurre en la misa. Parece confundir una supuesta evidencia de la razón afirmada por el esquizofrénico o el paranoico, y una humilde aceptación de fe, frente a la cual la razón acepta de inmediato su obscuridad y su impotencia. Sus variados ejemplos caen en confusiones de tal tipo, sin agregar el que no toma en cuenta la ineficacia para enriquecer la realidad ajena o la propia que es típica del esquizofrénico, y en cambio, la eficacia de los llamados neuróticos y sobre todo de los normales. Nunca se ha hecho la división entre esquizofrénicos y normales, basándose en los modos de hablar metafóricos o no, o en los gestos corporales singulares de cada persona o grupo humano, como afirma Szasz, sino que se ha fundado en el grado de asentamiento, influjo y modificación positiva de la realidad en que se desenvuelven.

### **La fenomenología y la revaloración clínica de la conciencia**

Tal vez de esa necesidad de precisar los síntomas, los síndromes y las enfermedades, sobre todo cuando aparecen iguales a la mirada ligera, nació la escuela fenomenológica, cuyos principales representantes se dieron en Alemania, y entre ellos, Karl Jaspers y Kurt Schneider. Se inspiró fundamentalmente en la clínica, y en lo filosófico en la obra de Edmundo Husserl y Max Scheler, y también, como en parte le ocurrió a Freud, en la psicología de Teodoro Lipps. Jaspers cita como modelos de investigaciones fenomenológicas anteriores algunas de Wernicke y el célebre trabajo sobre pseudoalucinaciones de Kandinsky.

Si en el freudismo lo importante es el juego de las pulsiones para satisfacerse, y el Yo y la conciencia son más bien puntos de observación “inventados” por el Ello, según nuestra interpretación, para saber cuál es el mejor objeto y el mejor momento de satisfacerse, poniendo el aparato motor al servicio de eso, en la fenomenología la existencia de la conciencia tiene su justificación en sí; como todo lo existente, posee de suyo su propia esencia y sus funciones. Lo observable dentro de ella pasa a ser lo decisivo, lo cual no significa que se dejen de apreciar todos los otros posibles modos de investigación psiquiátrica, como los rendimientos medibles, la conducta, la biología, y desde luego ese fenómeno básico de la vida, de la cual la conciencia es una de sus expresiones.

La fenomenología es el estudio de las vivencias y en el caso de la psiquiatría, de las vivencias anormales, procurando su intuición por una especie de convivirlas con el paciente, tal como él las experimenta, o a lo menos, de la manera más aproximada posible. Se vale de la descripción exhaustiva, de la comparación con fenómenos semejantes o parecidos que haya tenido el observador o haya escuchado de otros pacientes, del contrastarlos con fenóme-