

nos diversos, procurando delimitar ciertas características esenciales, coincidentes con lo relatado por los demás.

Lo importante no es el objeto de la vivencia, lo vivenciado, sino la vivencia misma, esto es, la forma en que el Yo toma conciencia de dicho objeto. Así, alguien puede imaginarse rey, lo que es en ese momento el objeto de la vivencia, pero cabe que la vivencia misma sea puro juego fantasioso, sin creerse de verdad que se es rey, lo cual es mera entretención; en cambio, cabe que la vivencia o conciencia de ese objeto, sea judicativa, que la persona se enjuicie como rey, crea que es rey y se acepte en cuanto tal; se trata entonces de un delirio. Si un paciente tiene la compulsión de lavarse las manos repetidas veces (objeto de la vivencia) y el Yo lo vivencia (lo vive) como absurdo, como enfermedad, se trata de una obsesión neurótica; si se somete pasivamente a ese lavado y hasta lo estima útil, la vivencia judicativa está alterada y se trata muy probablemente de una obsesión esquizofrénica. Es en suma, el modo de vivenciar aquello captado por la conciencia en su intimidad, en un acto de percepción, de juicio, de imaginación, etc., lo que ubica dicha vivencia en el rango de lo normal o patológico. Si, por ejemplo, en la mirada neutra de un transeúnte el Yo se percibe observado, u objeto de burla y su juicio le asegura tal significado, se trataría de una percepción delirante.

Toda vivencia se caracteriza por poseer intencionalidad, o sea, ser siempre vivencia de algo, y además, comunicabilidad, o sea, tendencia a expresarse en el gesto, en la palabra, en la conducta o incluso a disimularse, a disfrazar su posible percepción por terceros, si ello se estima importante. Tal comunicabilidad es especialmente notoria en las vivencias afectivas, pulsionales, volitivas.

Cuando este último rasgo de la vivencia se altera, se obstruye, y el enfermo tiende a una comunicabilidad mínima o a una ausencia de ella, se produce lo que hemos llamado nosotros lenguaje comunicativo o indicativo que a diferencia del que hemos denominado lenguaje notificativo, es patognomónico de las disfrenias y no de las neurosis; es lo que ocurre, por ejemplo, en el relato de la vivencia de robo o adivinación de pensamiento o de las pseudoalucinaciones, adquiriendo así el lenguaje en que se expresa la vivencia un rango diagnóstico decisivo.

En el orden de las vivencias de afectos y tendencias se han diferenciado los más variados tipos en relación con su hora de aparición, su relación o no con otras vivencias que las hagan comprensibles desde el punto de vista de su génesis, su grado de comprensibilidad o de absurdidad para el paciente, su tendencia a expresarla en gestos, conductas, lenguaje comunicativo o notificativo, lo que ha permitido circunscribir con bastante precisión trastornos tan frecuentes como las depresiones monopolares o bipolares, las depresiones reactivas, las esquizofrénicas, las epilépticas, las neuróticas, las caracterológicas, etc.

Las perturbaciones directas de la conciencia: estados deliriosos, crepusculares, amenciales, estuporosos, obnubilatorios, han logrado también un grado aceptable de diferenciación, que a veces se complica por su tendencia a combinarse o transformarse entre sí.

La fenomenología clínica desmiente, así, el descrédito que habitualmente alcanza en la ciencia la subjetividad, y es ella, con sus diagnósticos más precisos, la que de hecho ha permitido evaluar con cierto rigor el alcance terapéu-

tico de los fármacos, de los tratamientos conductistas o de las psicoterapias. Incluso actuales escalas cuantitativas para medir, por ejemplo, las depresiones, se basan en aquel conjunto de síntomas descritos antes por la fenomenología clínica.

Frente al valor meramente utilitario dado por el psicoanálisis al origen de la conciencia, la fenomenología ha rescatado el valor en sí de ésta por el solo hecho de serlo. En verdad si el hombre no tuviera conciencia de su existencia, aun cuando sus pulsiones adquirieran un juego perfecto de satisfacciones (descargas de energía), sería como si no existiese, pues no tener conciencia de ser, equivale, en cierto modo, a no ser, y la conciencia por definición es algo intransferible que sólo se vive en la intimidad de sí y que sólo puede captarla intuitivamente por empatía y de un modo *sui generis* otro ente también ya dotado de ella.

La conciencia desde un punto de vista fenomenológico está dotada céntricamente de reflexividad, identidad, mismidad, diferenciabilidad con otras y cabe una serie de alteraciones patológicas en cada una de esas propiedades, que a su vez, según su modo peculiar de ser vivenciadas y comunicadas, aun dentro de una apariencia similar, pueden ser esquizofrénicas, epilépticas, histéricas, tóxicas, etc.

La conciencia flota, dice Jaspers, sobre el infinito océano de lo extraconsciente, en parte psíquico, en parte somático, el cual sólo cabe postular, pero donde bulle todo lo que acrecerá a la conciencia en la medida en que ésta se vaya apropiando de ello; lo ocurrido ahí sólo cabe conjeturarlo, pero no probarlo.

La conciencia está en evolución constante y no es igual en las diversas edades de la vida y ni siquiera en días diferentes. Cuando esta evolución favorece desmesuradamente alguna de sus ideas y creencias hasta dejarla fuera de alcance de toda crítica propia o ajena, se produce un desarrollo paranoico; tales desarrollos son comprensibles en el sentido de que cabe comprender íntimamente cómo de determinadas ideas que ya desde antes se sobrevaloraban se pasa ahora a privilegiarlas en forma exclusiva y sagrada, convirtiéndolas en delirio. A veces la alteración mental viene de una interrupción brusca de la evolución por la introducción de elementos extraños incomprensibles desde el pensar anterior del enfermo, y que detienen su evolución. Jaspers los llama procesos y los divide en procesos psíquico-psicóticos, como la esquizofrenia, y procesos psicótico-orgánicos, como las demencias seniles y arterioescleróticas. Los procesos no son psicológicamente comprensibles, a la manera que es comprensible que de tal idea surja otra, o que de tal estado afectivo surja tal conducta, sino que son sólo explicables causalmente como productos de algo extraconsciente, de algo psíquico-somático que irrumpe en lo psíquico con nuevos modos de pensar, de sentir, de querer.

La conciencia no es algo pasivo, mera cámara fotográfica que registra cuanto a ella llega; al contrario, tiene un activo poder de selección, elaboración, sistematización, de sus vivencias; es capaz como todo lo vivo, de ocultación, disimulo y aún de defender su paz, ocultándose a ella misma lo ingrato, lo paralogizante y sin salida, como lo muestran en forma ejemplar las reacciones patológicas creadas por ella, desde las neuróticas a los estados crepusculares, que ocurren cuando se siente acosada por una realidad que le es altamente desagradable.

Jaspers ha ordenado así los cuadros mentales en procesos, desarrollos y reacciones, lo que ha tenido larga repercusión en la psiquiatría del siglo XX.

Sólo desde un valorar tan decisivo de la conciencia, no pensada ya ni siquiera a la manera de Jaspers como la espuma flotante sobre el oscuro océano de lo psíquico extraconsciente, sino como el fundamento mismo de la vida, que no puede dejar de ser en ningún momento, cabe postular —aunque no fenomenológicamente—, como lo hemos hecho nosotros, no sólo un extraconsciente infinito, sino una protopsique, una psique no consciente, pero a diferencia de lo planteado por Jaspers y Freud, destinada a salvaguardar la conciencia de un recargo excesivo y simultáneo de vivencias y sobre todo a permitirle elaborar en secreto —en un laboratorio—, lo que será una adquisición preciosa para la conciencia misma como las intuiciones fundamentales del arte, de la ciencia, de la existencia diaria. Al revés del inconsciente freudiano que en principio se basta a sí mismo, como se bastan las energías de la física, y que no especializaría la periferia del Ello en adquirir conciencia, si no fuera sólo para posesionarse mejor de los objetos que habrían de darle más placer, la protopsique es, según nos parece, exigida desde la conciencia misma —no desde el inconsciente—, a fin de que ésta se haga cada vez más conciencia en la medida en que es más capaz de tomar silenciosamente conocimiento y posesión de la realidad que le va entregando elaborada o semielaborada la protopsique. Para nosotros las altas creaciones no son meras sublimaciones de pulsiones, sino productos justificados por sí mismos, que tienen su razón de ser en su propio valor. Lo pulsional tiene también su razón de ser en sí, su derecho a gratificarse, a ser elaborado en busca de satisfacciones cada vez mejores sin necesidad de sublimarse, pero sí, sometiéndose, como el resto de las vivencias, a la elaboración crítica del Yo vivenciente, a las vivencias éticas de este Yo, a la ordenación coordinada que hace la conciencia de todas sus vivencias hacia una finalidad. La existencia de etapas en la evolución de los impulsos eróticos desde el nacimiento exigiría rigurosos estudios fenomenológicos para verificar su existencia, lo cual no significa que la aparición de dicho impulso desde el nacer no sea aceptado como algo altamente probable, lo que por lo demás había sido pensado por numerosos investigadores decenios antes de Freud.

### **El conductismo**

Otra línea de pensamiento psiquiátrico de nuestro siglo la forman las escuelas conductistas. Siguen en gran medida los postulados de Watson, Pavlov y Skinner; han tenido un notable desarrollo y aspiran a una objetividad pura, a diferenciar los trastornos desde lo observado y verificado perceptualmente por cualquiera, procurando cuantificarlo. Buscan explicar una serie de trastornos a través de las teorías del aprendizaje y recurren en sus trabajos a los condicionamientos y descondicionamientos de actitudes o síntomas. Ellas son bastante conocidas y no quisiéramos detenernos en su descripción. Han tenido éxito en el tratamiento de algunos síntomas neuróticos, éxito que también puede obtenerse por otros métodos. Sin embargo, no se podría decir que hayan contribuido muy fundamentalmente a la diferenciación de los cuadros psiquiátricos. Sus terapias breves son un avance apreciable. Quizás si pecan de un excesivo optimismo en su pretensión de reducir la explicación

científica de la conducta humana a la mera interacción casi mecánica hombre-ambiente, incluido en éste la educación y además una serie de estímulos denominados refuerzos.

### **El existencialismo**

Las escuelas existencialistas coincidentes en sus puntos de vista sobre el hombre con el pensamiento de Kierkegaard, Heidegger y Sartre y uno de cuyos representantes clínicos más importantes dentro de la psiquiatría es Ludwig Binswanger, han proporcionado claridad en torno a una serie de problemas psiquiátricos complejos, han insistido en ver al hombre y al mundo como una unidad cuyos límites son artificiosos o indiscernibles, pero han caído demasiado en lo especulativo puro y su contribución al avance de la psiquiatría, a la delimitación clínica de síntomas, síndromes y enfermedades, a los pronósticos y tratamientos, es difícilmente detectable.

### **La psiquiatría de los años recientes**

Tal vez la más grave crisis experimentada por nuestra disciplina desde su aparición en la época de Pinel, haya ocurrido en los últimos veinticinco años, en que se nota una diferencia cada vez más acentuada entre las antiguas descripciones de enfermos mentales de Esquirol, Baillarger, Falret, Meynert, Wernicke, y, sobre todo, Kraepelin, Bleuler, Jaspers y Schneider, y los pacientes que ve ahora a diario el clínico. Desde luego, el antiguo loco no se observa, salvo el enfermo llegado de zonas rurales muy aisladas. Las esquizofrenias, depresiones, manías, neurosis obsesivas o de angustia, clásicas, con su serie de manifestaciones más o menos definidas, no se muestran a la manera de entonces, o apenas se descubren tras una larga indagación, como si aquellos síntomas se hubiesen “interiorizado” demasiado. Incluso las viejas y variadas formas de presentarse de las demencias seniles, entre otras la presbionfrenia, pasan hoy a ser un hallazgo, aun cuando es preciso reconocer que enfermedades como las de Pick y Alzheimer y los delirios tóxicos agudos guardan mucha más semejanza con las descripciones anteriores.

En todo caso, el esquizofrénico o el depresivo de hoy, no aparecen a la simple vista como psicóticos en la antigua acepción peyorativa de esta palabra, sino como personas capaces de convivir con cualquiera y aun de cumplir responsabilidades mínimas. Se trataría de personas con alteraciones psíquicas, pero de ningún modo de locos.

Una tendencia actual en busca de la explicación de tales cambios, los atribuye al descubrimiento y abundante uso de los psicofármacos, cuyo auge comienza en los años 60. Sin embargo, el clínico acostumbrado a ver pacientes diariamente, sabe, por ejemplo, que un buen número de esquizofrénicos adolescentes cuyo mal data desde dos o tres años —mal al cual se le toma frecuentemente como algo banal—, no han recibido hasta ese momento ningún tratamiento que pudiera haber modificado su sintomatología. Igual ausencia de tratamiento ocurre en aquellos depresivos somatizados o depresivos psíquicos que van al médico por primera vez después de algunas semanas o meses, en que creyeron que sus molestias se debían a un mal estado de ánimo por motivos que les parecían precisables y pensaron que todo cedería espon-

táneamente con el tiempo. De este modo, sin negar el influjo de los psicofármacos en la evolución de las enfermedades, no se puede atribuir exclusivamente a los mismos, los cambios en la forma de aparición. Se sabe, por lo demás, que uno de los problemas frecuentes del psiquiatra es que los pacientes le llegan demasiado tarde cuando ya se ha perdido tiempo con terapias inútiles o insuficientes.

En relación a eso, se piensa que en tales cambios de la sintomatología psiquiátrica actual, por lo menos en la evolución de los cuadros sin delirios ni pseudopercepciones, pueden influir los tratamientos prolongados con neurolépticos, pero es de observación corriente que cuando tales neurolépticos se suspenden y aquellos síntomas productivos existían, ellos vuelven a reaparecer o a lo menos a insinuarse; en consecuencia no es algo definitivamente esclarecido que ellos sean borrados por los neurolépticos y sólo por eso sean hoy difíciles de ver. Apoya nuestra reserva en torno a tal punto de vista, el hecho de que en los casos de depresiones, por ejemplo, ocurridas en épocas de embarazo, donde por prudencia se evitan los psicofármacos y se prefiere la psicoterapia o algunos ansiolíticos inocuos, con lo cual pueden obtenerse éxitos satisfactorios, deberían verse con frecuencia los antiguos síntomas y sin embargo ello no es habitual. En esas y otras depresiones los síntomas cardinales son, ahora: la falta de vibración afectiva con las personas, el trabajo, las cosas, junto al sentimiento de desesperanza frente a la mejoría, a lo cual pueden agregarse trastornos del sueño (en el sentido de insomnio o hiperinsomnio), baja de peso, fatigabilidad corporal, pero no los antiguos síntomas dramáticos en torno a la culpa, el castigo, el menosprecio y las graves inhibiciones llegadas hasta el estupor, el mutismo, etc.

Mucho más importancia en tal transformación de los cuadros mentales parecieran tener, a nuestro juicio, los cambios en el modo de experimentar la realidad del hombre contemporáneo debido a las revoluciones de la ciencia y de la técnica, al nihilismo, a la pérdida de las creencias religiosas, al sentido cada vez menos trascendente de la vida terrena con su escasa preocupación escatológica por la vida eterna y la entonces natural consideración de la muerte como uno de los tantos acontecimientos naturales. Eso hace que la distancia con las generaciones anteriores sea más grande que la habida siempre entre las diversas generaciones y sería raro que esto, si influye en el modo normal de percibir la realidad, no influyera también en los modos de percibirla por parte del enfermo. Hay todavía delirios paranoicos, esquizofrénicos, depresivos, de viejo cuño, pero cada vez más excepcionales, y como lo señalara Roger Bastide —en una de las tantas interpretaciones de este hecho—, dichos delirios no aparecen tan sorprendentes si se les compara con la espectacularidad de los actuales descubrimientos científicos y tecnológicos, y por lo mismo no consiguen ya como antes llamar la atención, que sería uno de los motivos que tendrían las creaciones mentales patológicas con su aspecto fabuloso, a fin de obtener ayuda o conmiseración de la sociedad. En suma, los antiguos síntomas habrían perdido su razón de ser. Recordemos que los grandes cambios históricos pueden ocurrir a veces a través de una o dos generaciones y no es obligatorio que ellos exijan siglos para establecerse.

Las razones antes mencionadas han obligado a la psiquiatría actual a intentar nuevas clasificaciones que den cuenta de los cuadros tal cual se presentan a los ojos del clínico. Una de las clasificaciones importantes más recientes

es la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría, conocida como DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Dentro de ella señalaremos solamente algunos puntos representativos del criterio clasificatorio en el cual se fundamenta. Este es eminentemente clínico, ateo-rítico, salvo algunos influjos psicoanalistas en la aceptación de cuadro como trastorno límite (borderline) y trastorno narcisista de la personalidad, y el peso de la presión social en el considerar la homosexualidad egosintónica como normal. Sin embargo, en su conjunto marca una tendencia cada vez mayor en los Estados Unidos, hacia una vuelta a la clínica, lo llamado neo-kraepelinismo.

El DSM-III, elaborado en 1980, ha eliminado, para empezar, el nombre de psicosis, limitándose a clasificar los cuadros aisladamente: esquizofrenia, depresión mayor, etc., sin atarlos a un tronco común como había sido habitual hasta ahora, y no incluye nombres como psicosis exógenas, endógenas, y otros, con lo cual cree hacer justicia a lo ocurrido en la patología actual y velar por la dignidad de los enfermos.

Lo anterior está de acuerdo con lo observado en la actuación clínica diaria, aunque nos parece impropio no procurar una clasificación de los cuadros, en géneros, clases, especies, en base a ciertas coincidencias fundamentales, más allá de sus respectivas identificaciones particulares, pues eso abre perspectivas a miradas de conjunto con su natural repercusión en diagnósticos, pronósticos y tratamientos, sobre todo cuando a veces cuadros de diversas clases se parecen tanto entre sí, que es incluso difícil diferenciarlos.

Teniendo presente dicha razón, nosotros hemos agrupado a las antiguas psicosis endógenas y a los cuadros reactivos que se les asemejan —esquizofrenia, manía, depresión mono y bipolar, parafrenia y paranoia, además de las clásicas psicosis exógenas agudas y crónicas— en una clase que hemos llamado disfrenias, término que sólo significa pensamiento o psique alterada, sin prejuzgar sobre etiología, o rango valorativo, dentro de los cuadros mentales tomados en su conjunto. Las hemos definido como un modo anormal de vivenciar la realidad en total, o sea, en el fondo, una perturbación en las aspiraciones del hombre normal a realizarse en la familia, la sociedad, el trabajo. Esa perturbación, por motivos o causas diversas, y con fisonomías distintas, es lo visto en el esquizofrénico, el paranoico, el depresivo, el maniaco, el delirioso, el demente senil, como factor común, sea dicha perturbación breve o prolongada. Las hemos subdividido a su vez en neodisfrenias —las clásicas psicosis endógenas— y arquidisfrenias —clásicas psicosis exógenas. Cuando la alteración de la vivencia de la realidad es de aspectos parciales de ella, como por ejemplo miedo a la calle, a los espacios cerrados, a la llegada a deshora de un familiar, hablamos de neurosis o de personalidades paranormales (antes personalidades psicopáticas), según se acompañen o no de grave repercusión en el trabajo cotidiano.

El DSM-III ubica los antiguos trastornos funcionales sexuales (impotencia, frigidez, eyaculación precoz o retardada) entre las disfunciones sexuales para evitar lo peyorativo de aquellos nombres. Nosotros aún estimamos peyorativo el término disfunción referido a lo sexual y las llamamos irregularidades sexuales.

Las perversiones: fetichismo, voyerismo, travestismo, sadismo, masoquismo, las agrupa el DSM-III bajo el nombre de parafilias —amor o amistad

hacia un objeto desviado—, y a la homosexualidad la deja aparte como pérdida de la orientación sexual. En seguida viene algo sorprendente en un investigador: si el homosexual está contento con su propio estado, es un normal; si se angustia o se avergüenza por tal estado es anormal; según sean lo uno o lo otro se los llama homosexuales egosintónicos o egodistónicos. De ese modo, al revés del criterio habitual en clínica, quien está satisfecho con su anormalidad, es normal, y quien se da cuenta de su anormalidad, sufre con ella y desea mejorarse, es anormal, criterio que si se impusiera en el resto de la psiquiatría imposibilitaría toda clasificación; los maníacos, felices con su estado, algunos crepusculares histéricos, también felices, serían normales. La normalidad o la anormalidad las enjuicia el observador y no el sujeto de observación, principio en el cual parece basarse el DSM-III para el resto de los trastornos mentales, pero no para la homosexualidad.

A nuestro juicio, dentro de los diversos modos de trascender del hombre a través de la amistad, el amor erótico, la admiración, entre las cuales está la trascendencia hacia el amigo, hacia Dios, hacia la naturaleza, juega un papel muy importante la trascendencia hacia el otro sexo, a través del amor erótico, que es el imposible en el homosexual, y esto es una anormalidad clara, aun cuando tenga a la mano otras formas de trascender.

Volviendo al problema de la clasificación como nosotros la pensamos, y tomando como punto de partida las relaciones del hombre con la realidad, creemos facilitar su comprensión si dividimos dichas relaciones en aspiraciones y apetencias<sup>1</sup>. Se aspira, como se acaba de enunciar más atrás, a tener una familia, una profesión, un prestigio, una situación económica, una cultura, todas cosas a largo plazo, meditadas y buscadas con prudencia, sagacidad y astucia. Las aspiraciones son algo predominantemente psíquico y tienen un sentido, son comprensibles. Junto a ellas existen los apetitos, venidos también de lo psíquico, pero sobre todo de lo somático; en general, son más imperiosos, de tendencia a llevarse a cabo cuanto antes. Se expresan a través del cuerpo, usan el cuerpo, repercuten de inmediato sobre él y satisfacen necesidades corpóreas de alimento, bebida, vestido, reposo, distracción, juego, buena presencia.

Las alteraciones psíquicas frente a la realidad pueden ser entonces de preferencia de las aspiraciones o de los apetitos. Las primeras son las disfrenias, las neurosis y las personalidades paranormales, según sean alteraciones totales o parciales del modo de experimentar la realidad. Las segundas, o sea, las alteraciones de los apetitos, dado el singular compromiso del propio cuerpo como actor, beneficiario o víctima y no exclusivamente de lo apetecido (alimento, alcohol, droga), merecen colocarse en una clase aparte, paralela a la otra, ya que además de los caracteres propios de las apetencias, el cuerpo es una realidad *sui generis* no comparable a las demás. Por un lado, el cuerpo forma parte íntima del Yo consciente; por otro, puede ser considerado como un objeto externo a ser analizado por el Yo; de una parte aparece integrado a la conciencia y ésta lo experimenta como formando parte de sí mis-

---

(1) Hemos aludido a nuestro modo de ver las aspiraciones al exponer nuestra interpretación del pensamiento de von Weiszaecker, en *Formas del Pensar Psiquiátrico*, Ed. Universitaria, Santiago, 1971: 217-226.

ma, pero, en contraste con ello, una porción importante (visceral y aún periférica) aparece imperceptible, ajena a la conciencia.

En esta relación tan singular con el Yo lo que hace que sus alteraciones, por heterogéneas que sean, adquieran en el fondo características muy propias y sea más esclarecedor colocarlas en una clase diversa. Incluso cuadros como la anorexia nerviosa o paranoia de belleza merecen por lo mismo ubicarse fuera de las paranoias clásicas, pues en estas paranoias las fundamentalmente alteradas son las aspiraciones en relación con la conquista de la realidad ajena al Yo, trátase de inventos, celos, perjuicios, persecuciones, etc. En cambio, en el delirio de belleza es el propio cuerpo el que jugaría el papel fundamental en la conquista de un buen destino. No se trata aquí de una mera manía de adelgazar porque sí, sino de una búsqueda "racional" de la belleza corpórea a base de un cierto tipo ideal; no es ni siquiera el afán de adelgazar banal, que en acuerdo a la moda sigue casi todo el mundo, sino el descubrimiento de que si disminuyen de volumen determinadas partes precisas del cuerpo se alcanza un envidiable modelo de belleza; hay horror a la gordura. A dicho respecto, conviene decir una palabra sobre algo que nosotros mismos habíamos afirmado cuando iniciamos el estudio de este cuadro, en el sentido de que muchas anorexias no serían anorexias, pues la persona no pierde el deseo de comer, como lo probaría la ingestión de alimentos a hurtadillas y las no raras crisis de bulimia. Sin embargo, nos obliga a rectificar tal afirmación el observar en la clínica diaria que no se trata de un apetito donde se saboreen con agrado o tranquilidad los alimentos, como en el verdadero apetito, sino de un deseo ansioso de comer a deshora, lo cual es un apetito desfigurado, una mera ansia angustiosa de ingerir algo. Pudiera considerarse un fenómeno parecido a la irregularidad erectiva (impotencia sexual) en la cual suele haber erección del pene a horas desusadas, pero no cuando debía ocurrir y que no por eso deja de ser impotencia. Tampoco del alcohólico que bebe ansiosamente sin tomarle gusto a la bebida puede decirse que tiene un apetito exagerado, sino al contrario, en sentido estricto, un ansia de alcohol, pero no un apetito normal de alcohol.

Se trata, en suma, de alteraciones en una de las expresiones fundamentales en que se hace presente el cuerpo en cuanto cuerpo y por eso —dada a su vez la singularidad única del cuerpo como realidad ya aludida— las agrupamos aparte de las alteraciones de las aspiraciones (disfrenias, neurosis y personalidades paranormales) y con fines esclarecedores las denominamos sencillamente alteraciones de las apetencias.

Quizás si un problema especial dentro de las alteraciones de las apetencias lo presentan las anormalidades sexuales, ya que el sexo, igual que el soma en total, representa un nuevo tipo de singularidad por su importancia para la relación fácil, atractiva y creadora con esa realidad inmensa y primordial que es el otro sexo. Más bien por una cierta facilitación en la comprensión de esta realidad que en cierto modo forma parte substantiva del cuerpo o está íntimamente ligada a él, preferimos ubicarlas entre las alteraciones de las apetencias —aún cuando la sexualidad es mucho más que mera apetencia— ya que en buena parte los deseos del sexo cumplen con las condiciones de una apetencia. Una ciencia como la psiquiatría no puede pretender conceptos de rigurosidad geométrica, pues adulteraría su contenido; los conceptos adaptados a tales contenidos son de "término medio", apuntan a rasgos cen-



trales que permitan diferenciarlos, aun cuando sus límites se esfumen y no sea fácil precisarlos.

Reiteramos que en las alteraciones de las apetencias el cuerpo en cuanto cuerpo juega un papel básico en la obtención de una cierta felicidad. Modificando la esbeltez del cuerpo se cree obtener un ideal de belleza; así en la anorexia nerviosa ello se persigue afanosamente<sup>1</sup>. En la bulimia, que es en general un síndrome ligado a las personalidades esquizoides, pero que también se combina con la epilepsia y con la anorexia nerviosa, o es una reacción frente a un medio hogareño ingrato o un amor desgraciado, hay intensos sentimientos de culpa por la posibilidad de estropear la figura corporal, a lo cual se agrega la penosa idea de ser manejado por el propio cuerpo. En el alcoholismo o la drogadicción habitualmente el cuerpo apetece algo a través de lo cual busca un particular estado de satisfacción, de tranquilidad, de poder sobre sí mismo, o incluso de conquistar la plenitud de su propio ser. En todo caso, en las alteraciones de las apetencias los deseos del cuerpo juegan un papel primordial y aparece como actor y víctima de primera línea.

Al referir lo anterior queremos solamente llamar la atención sobre ese cambio experimentado por los cuadros psiquiátricos en los años recientes, que obliga a revisar la nosología desde varios puntos de vista y a nuevas investigaciones clínicas sobre síntomas, síndromes y enfermedades.

### **La investigación experimental**

Tendencias importantes de la psiquiatría contemporánea han sido la psiquiatría familiar, la psiquiatría comunitaria, la epidemiología psiquiátrica, la etnopsiquiatría, la psiquiatría comparada, en la medida en que se ha hecho clara la influencia del medio familiar y comunitario sobre la aparición de las enfermedades mentales y su curso e incluso su configuración sintomática; la interacción entre los diversos miembros de una familia y una comunidad se estudia cada vez más y se aclara, en cierto modo, el contagio de las perturbaciones psíquicas a veces a conglomerados enteros, como ya lo había visto, en el siglo XIX, Lasègue en su célebre descripción de la "locura a dos" (1877), de la cual partió después el estudio de las locuras múltiples. Desarrollar todos estos aspectos de la evolución de la psiquiatría exigiría un trabajo muy extenso y nos contentaremos con nombrarlos. Lo mismo ocurre con la llamada medicina psicosomática, todavía en proceso de esclarecimiento, pero que no ha contado con clínicos de categoría como para delimitar cuándo un cuadro orgánico, dados tales o cuales síntomas precisables, es predominantemente de origen orgánico (físico, por decirlo así), o predominantemente psíquico. Una perspectiva interesante, al respecto, fue la abierta en la primera mitad del siglo XX por la medicina antropológica de Viktor von Weiszaecker, con su idea de que las enfermedades orgánicas siempre surgen en momentos de crisis biográfica, cuando el individuo se encuentra encerrado en una alternativa insoluble entre el poder, el querer y el deber y procura zafarse de ella

---

(1) La anorexia nerviosa presentada en su pureza es un delirio de belleza; se da también como sintomática a otros cuadros, preferentemente a la esquizofrenia, pero incluso aquí adquiere a veces tal relieve, que es lo llamativo de la enfermedad, con síntomas parecidos a los de la paranoia de belleza; no se trata, en tales casos, de esquizofrenias paranoides sino de esquizofrenias paranoicas.

a través de soluciones inauténticas, como lo es la enfermedad. Sus numerosas observaciones hechas desde la clínica médica provocaron considerable interés en los medios científicos.

La genética psiquiátrica en concordancia con el extraordinario desenvolvimiento de esta disciplina dentro de la biología ha hecho avances en el campo de la esquizofrenia y, sobre todo, del alcoholismo, aun cuando se encuentra frenada en parte porque la desorientan las variadas escuelas psiquiátricas y no logra discernir bien los límites de las entidades mórbidas. En tal sentido el progresivo abandono del psicoanálisis por parte de los norteamericanos y la creciente devoción por la clínica, como lo muestra el mismo DSM-III, con su neokraepelinismo o el brusco descubrimiento admirativo por el clínico Kurt Schneider, pueden ayudar a la genética, dado el peso actual en cualquier investigación, de las orientaciones científicas de aquel país.

Una expectativa muy novedosa y esperanzadora la ha abierto la bioquímica con el descubrimiento de una serie de sustancias, principalmente neurotransmisores, que actuarían a nivel de las sinapsis neuronales, y cuyo aumento o disminución influiría decisivamente en la aparición o mejoría de manías, depresiones, esquizofrenias. El avance más notorio es en el terreno de las depresiones clásicas. Los progresos se enlazan con el descubrimiento y estudio de la acción de los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina), de los inhibidores de la MAO (isocarboxacida), y de la reserpina que, al revés, provoca depresiones. Entre los neurotransmisores en relación con esto, juegan un papel destacado la noradrenalina, la dopamina y la serotonina (5-hidroxitriptamina= 5-HT). Las catecolaminas: noradrenalina y dopamina derivan del aminoácido tirosina. La serotonina viene del aminoácido triptofano. La dopamina es oxidada por la dopamina B-oxidasa, convirtiéndose en noradrenalina.

Como se sabe, las neuronas comunican su información, a través de sí, gracias a neurotransmisores que facilitan la polarización o despolarización de la membrana de la neurona receptora del mensaje que viene de la neurona adosada a ella.

En la terminación presináptica una serie de pequeñas vesículas contienen el neurotransmisor. El estímulo que llega a la terminal presináptica provoca la liberación de una porción de neurotransmisor hacia la neurona receptora, modificando la polaridad de la membrana postsináptica, alterando la permeabilidad de los iones Na, K y Cl. Parte del neurotransmisor es recapturado por la membrana presináptica y otra es modificada por las enzimas MAO y COMT<sup>1</sup>, produciendo metabolitos inactivos que se excretarán como productos de desecho. Como se comprende cualquier alteración en tal proceso, desde la síntesis hasta la liberación y destrucción, originará alteraciones en el receptor y la modificación psíquica consiguiente.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) al impedirle degradar las monoaminas cerebrales, aumentan la cantidad de éstas y su influjo en el receptor, con lo cual mejoran la actividad psíquica. Los antidepresivos tricíclicos, a su vez, inhiben la recaptura de la noradrenalina y la serotonina, con lo cual aumenta su presencia en el espacio intersináptico y, en consecuencia,

---

(1) MAO = monoaminoxidasas  
COMT = catecol-o-metiltransferasa.

la excitabilidad de la neurona postsináptica. Los antidepresivos no actúan sobre la dopamina, sino sólo sobre la serotonina y la noradrenalina. Los que en su cadena alifática poseen una amina terciaria como la amitriptilina inhiben de preferencia la recaptura de serotonina; los que poseen una amina secundaria como la desipramina y la nortriptilina inhiben la recaptura de noradrenalina. Los primeros (amitriptilina) influyen mejorando la ansiedad de los depresivos, y los segundos (desipramina, nortriptilina) mejoran la inhibición psicomotora, el impulso vital. Sin embargo, la imipramina aumenta el impulso vital al inhibir la recapturación de noradrenalina y, sin embargo, posee cadena con una amina terciaria.

Se ha relacionado también el efecto antidepresivo y tranquilizador de la amitriptilina con su poder anticolinérgico, de tal modo que ese efecto sobre la acetilcolina produciría la mejoría de la depresión.

En acuerdo con lo anterior, en las depresiones agitadas con ansiedad e hipermotilidad la amitriptilina será el medicamento de elección; en las depresiones inhibidas son preferibles la desipramina y la imipramina. También, en estas últimas, suelen usarse timeréticos como el marplán.

En las depresiones con ideas delirantes depresivas y agitación se pueden combinar antidepresivos con neurolépticos (haldol). Tal combinación aumenta los niveles plasmáticos de los antidepresivos; sin embargo, y a este respecto, no se ha encontrado en general correlación entre niveles plasmáticos y resultados terapéuticos de los antidepresivos.

Los antidepresivos de reciente generación, no inhibidores de la monoaminoxidasa, han resultado eficaces. Uno, la maprotilina es un tetracíclico y es un poderoso inhibidor de la recaptación de noradrenalina; tiene menos efectos secundarios que la amitriptilina y mejora la ansiedad y sobre todo las inhibiciones psicomotoras.

La mianserina, compuesto piperacinoasepínico de estructura tetracíclica es tan eficaz como la amitriptilina y la imipramina y, sin embargo, no actúa en la recaptación de las aminas biógenas, lo que lógicamente abre un interrogante sobre el hecho de basar la depresión en la mera carencia de serotonina o noradrenalina en el espacio intersináptico. Tiene pocos efectos colaterales y, por eso, está indicada en pacientes con problemas cardíacos.

El nomifensín del grupo de las isoquinolinas, no guarda relación estructural con los antidepresivos tricíclicos, y es inhibidor de la recaptación de la dopamina y de la norepinefrina; en cambio, no actúa sobre la serotonina. Tiene escasa actividad anticolinérgica y carece de cardiotoxicidad. Es un antidepresivo eficaz como la amitriptilina y, tal vez, de acción más precoz.

El clorhidrato de viloxazina no está relacionado con la estructura de otros fármacos antidepresivos; es un derivado tetrahidroxacínico, y actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina. Sus efectos benéficos se aprecian antes que en los tricíclicos; es mejor tolerado que la imipramina, carece de efectos secundarios anticolinérgicos, aun cuando su efectividad es parecida a la de la imipramina.

En la misma línea de las investigaciones psicobiológicas deben ubicarse los diversos correlatos neurofisiológicos o neuroendocrinos, estudiados a propósito de las depresiones y otros cuadros psiquiátricos. La desinhibición del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en las depresiones revelada por una hipersecreción espontánea de cortisol, así como por la deficiente supresión de la

secreción de cortisol, al administrar dexametasona, han puesto a la mano la posibilidad de encontrar un marcador de estado de la enfermedad depresiva, aun cuando esto no se da en todos los casos y pueda aparecer en otros cuadros, como en las depresiones reactivas o neuróticas. En esquizofrenias con aire depresivo, y en las catatonias que puedan asemejarse a una depresión estuporosa, la prueba no es positiva y en ese sentido ayuda al diagnóstico. Nos encontramos, así, en un camino de investigación del más alto interés. También, se han hecho estudios promisorios en torno al eje hipotálamo-hipofisotiroideo en relación con diagnósticos diferenciales, respecto de las depresiones y otros cuadros, cuyos avances no detallaremos.

En suma, lo que nos interesaba mostrar es esta vigorosa vida de la psiquiatría contemporánea con perspectivas cada vez mayores de avance en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones mentales, en una época caracterizada por un cambio de fisonomía de los antiguos cuadros, por una revolución en las terapias, y por un frente de investigación amplio, centrado cada vez más en la clínica y en la ciencia experimental, pero que abarca desde la filosofía hasta la biología molecular, sin que nada le quede ajeno a la reflexión, a la formulación de hipótesis, a la experimentación, en un campo del sufrimiento humano, donde no caben las especulaciones vanas, sino sólo aquello que incide en el cambio positivo de la realidad concreta.

#### **NOTA BIOGRAFICA**

**Profesor Doctor Armando Roa**  
Ver "Educación Médica" N° 2, 1984, pág. 42.

## Ciencia, medicina y cosmovisión cristiana



Rev. Padre Hernán Alessandri M.

Quisiera, previamente, agradecer la invitación y felicitarlos por la jornada. Creo que en un momento tan necesitado de unidad y solidaridad que vive Chile, cada vez que cualquier gremio se une, ya es extraordinario. Además, el unirse para servir, para reflexionar acerca del servicio propio por encima de las ideologías, creo que también es una hazaña. ¡Ha sido tan profesional todo lo que se ha visto aquí!

Uno de los problemas de la cultura moderna es la instrumentalización ideológica, la ideologización o la politización de todo; evidentemente, no se puede negar que la política está relacionada con todo y que casi todas las cosas están relacionadas con todo; así, la política, en la medida que oriente la vida global de un país, tiene que ver con todo, aunque no significa que todo sea política. Todo está relacionado de algún modo, pero no es política, y realmente hoy es un agrado participar en una jornada donde se está sirviendo con la conciencia de la especificidad propia, sin aislar el campo médico, pero uniéndose y trabajando juntos.

Bueno, creo que hasta ahora, por lo que pude escuchar ayer y oír de los temas de la mañana, lo que ustedes han estado conversando son algunas de las preocupaciones propias de una Escuela de Medicina responsable; se han planteado temas, preguntas muy interesantes, pero creo que el sujeto que ha actuado ha sido, en primer lugar, y muy destacadamente, una Escuela de Medicina. A mí me corresponde ahora tocar el tema Escuela de Medicina de la Universidad Católica y destacar, no tanto la identidad médica, sino la identidad cristiana de ustedes. Una Escuela de Medicina, co-

mo la de ustedes, no sólo tiene la misión de educar, preparar y formar médicos que sean excelentes en cuanto a calidad científica y ética, sino que también médicos cristianos con las dos grandes dimensiones que implica ese adjetivo. Primero: médicos creyentes, que piensan y creen que la fe ayuda a ser mejor médico, mejor profesional, y que incluso ayuda a comprometerse científicamente con mayor decisión y con un sentido más claro; y que ven en esa misión un servicio no sólo al hombre, sino que también a Dios. En segundo, el cual no quieren enterrar sino hacerlo producir, de modo de transmitir la riqueza que les aporta la fe como hombres y como médicos, son también médicos evangelizadores, médicos con conciencia del talento que han recibido, el cual no quieren enterrar, sino hacerlo producir de modo de transmitir esa riqueza a otros. Se trata entonces de educar médicos que sepan unir la fe cristiana con su vida de persona y con su vida también de médicos y profesionales.

La Iglesia, en estos momentos, no sólo en Chile sino en todo el mundo, está muy preocupada de sus Universidades Católicas, porque éstas se hacen la pregunta clave: ¿somos una Universidad más y nos diferenciamos sólo en el título? ¿quién es el propietario? (Incluso esto se vuelve cada vez más complejo dadas las enormes subvenciones estatales que se reciben). ¿Estamos dando de verdad una formación distinta? Cuando hablaba con el Decano de ustedes, con alegría lo escuchaba decir que se sentía muy contento y orgulloso de la Facultad y de la Escuela de Medicina. Comparando con otros ambientes me decía, realmente aquí hay uno diferente en todo el grupo de académicos. Ahora la pregunta es ¿hasta qué punto eso también se nota en lo religioso? Una cosa es el buen nivel científico y ético, pero ¿cómo anda la motivación cristiana tras todo eso? ¿Hasta qué punto la Universidad Católica, tanto a ustedes como a otras Facultades, les están entregando esa luz y esa fuerza que provienen de la fe para planificar las otras potencialidades humanas?

Nosotros creemos que Dios ayuda al hombre a ser más hombre y que Jesucristo es el hombre por excelencia, precisamente porque es el Hijo de Dios. El es reflejo e imagen sustancial de su Padre y vive, como nadie, la vocación del hombre de ser imagen de Dios. La fe tiene un poder humanizante, no es un campo paralelo, y los obispos en todos los países están haciendo la pregunta: ¿sabemos usar nuestras Universidades para educar profesionales que sean modelos porque son cristianos, porque logran extraer de la fe una fuerza, una luz y una claridad que les facilita un mayor desarrollo como personas y como profesionales, de modo de aprovechar mejor todas sus potencialidades? Pensando de acuerdo a la clásica formulación de la Teología Medieval, la gracia de Dios y la fe elevan la naturaleza de las potencialidades naturales. Yo no conozco el ambiente de ustedes, pero sí de otras Facultades de la Universidad Católica, donde lo católico es un título y el alumno es más o menos igual al de cualquiera otra Universidad, sin denotar un sello que lo defina. Por otro lado, en otras Escuelas o Facultades hay comunidades cristianas, líderes comprometidos.

Creo que el problema que planteó ayer el Dr. Lavados de que para impulsar la investigación faltan instancias que planteen demandas concretas, pone en el tapete un problema institucional de difícil solución. Me tocó participar en el año 1970 en el claustro que tuvo la Universidad Católica. Allí estaba la pregunta sobre la identidad de la Universidad Católica. ¿Cómo traducir eso

institucionalmente en un servicio a la fe de los estudiantes y académicos y cómo montar una instancia pastoral eficaz que no fuera una labor paralela, sino que secundara el quehacer propio de la Facultad? Esto es un problema difícil, que no se ha abordado y hace que, muchas veces, el cultivo de la fe quede entregado enteramente a la opción o al esfuerzo personal. La fe es eminentemente libre y tendrá que ser así en último término, pero hay que ofrecer instancias de apoyo; la posibilidad de dar esta charla es ya eso, es decir, ofrecer un servicio que después cada uno aprovechará como quiera. En este aspecto la actividad pastoral en una Universidad Católica debería ser más fuerte que en otras partes y tener más facilidades organizativas. En la Universidad Católica no sé si la eficacia de la Pastoral Universitaria pueda tomarse como un ejemplo de lo que debe ser. Dentro de la Universidad Católica, creo que la Facultad de Medicina y su Escuela de Medicina tienen una importancia especialísima desde el punto de vista del Evangelio, porque el objeto de dicha profesión es lo más humano de lo humano. Ustedes trabajan con el hombre, y esto es distinto a la preparación del ingeniero, del químico, que van a trabajar con cosas, del abogado que va a trabajar con leyes, aunque en esos casos siempre está detrás el hombre, pero ya muy mediatizado. Ustedes tienen al hombre en un contacto muy directo e impactante, porque a quien atienden está en una situación especial: enfrentando alguna forma de sufrimiento o dolor, ya sea el sufrimiento causado por el dolor físico o por una ansiedad, como la mujer que espera a su hijo, o quien está enfrentando la muerte; siempre será un hombre que está cara a cara con las realidades más misteriosas de la vida y que son las cosas más humanas y también más divinas.

En Jesucristo, Dios y el hombre se identificaron de modo que las cosas más profundas de éste siempre tocan el misterio de Dios. Tratar con el hombre es tratar con un ser hecho a imagen de Dios; tratar con vida humana es tratar y tener en las manos el don más precioso que Dios nos ha dado. El sufrimiento y la muerte también nos ponen directamente frente al misterio de Dios, porque el Dios en que creemos no es sólo el Dios fuente de la vida, sino que es, misteriosamente, el Dios que, para que tuviéramos vida en abundancia, vino a sufrir y a morir, y con su poder a transfigurar el sentido del sufrimiento y de la muerte como camino hacia la vida; no sólo hacia una vida más plena en el más allá, sino también una vida más plena acá.

Jesús pasó por la tierra acercándose al dolor de los hombres y aprovechando ese sufrimiento para que el hombre se abriera a otras realidades y pudiese crecer en medio de su sufrimiento. Ustedes están en contacto con todas esas realidades que por un lado exigen un gran desafío a la fe y que —como veremos al final— necesita haber enfrentado y resuelto personalmente el desafío que plantea el sufrimiento. Si cada uno no ha resuelto, a la luz de la fe, enfrentar en forma cristiana los propios sufrimientos, está como invalidado para poder aportar al enfermo, más allá del servicio estrictamente médico, el apoyo cristiano. Ese hombre que sufre es el destinatario último del servicio de ustedes. Ese hecho da complejidad. Pero es también un privilegio que el médico, en el ejercicio de su profesión, esté en contacto directo con el enfermo. También los docentes, que aquí se encuentran, tienen ese privilegio, ya que es imposible separar la docencia del ejercicio de la profesión. Esto plantea a ustedes una exigencia extraordinaria, que otra profesión no la tiene, la de no apartarse nunca del destinatario último de su servicio. El investigador

está, no sé si más en la retaguardia o en la vanguardia, pero está alimentando a los que en la primera fila, en tiempo completo o parcial, están conviviendo con el hombre que sufre. Por eso, el compromiso cristiano también es distinto y plantea exigencias distintas a nivel de la investigación, docencia o del ejercicio directo de la profesión.

Lo que voy a tratar ahora es demostrar que el médico, en sus distintos niveles, tiene el compromiso de enfrentar —creyentemente, primero, en un plano personal— las realidades con que nos encontramos; y, segundo, evangelizadamente como profesional de la medicina, dando una perspectiva cristiana como un colaborador del Dios de la vida. Ese es el primer rasgo distintivo del Dios bíblico; un Dios vivo, que es el Dios verdadero porque es vivo, y vivo significa que no es un ídolo de piedra y de madera como los dioses falsos, sino que también es un Dios que vivifica, un Dios que es fuente de vida y que se manifiesta de modo culminante en Jesucristo como expresión de su deseo más profundo, cuando dijo: “He venido para que tengan vida, y vida en abundancia”.

La vida humana, como vida creada, es frágil, limitada y está siempre amenazada. Ustedes han sentido el llamado a apoyar esa vida, cuidarla, protegerla de sus múltiples amenazas. Desde que se gesta, está amenazada no sólo porque es frágil en sí, sino porque también los propios padres la pueden rechazar; luego sigue la posibilidad de tantas enfermedades en el desarrollo, lo que constituye el principal trabajo para ustedes.

Ustedes también acompañan normalmente el desafío final, que es el de la muerte, y allí, cuando el hombre está frente al misterio de la muerte, está de hecho frente al misterio de la vida, porque de lo que pensemos sobre la muerte depende lo que pensemos de la vida. El hombre siempre actúa por algún “por qué” o un “para qué”, y si todo terminara en la nada, todo lo anterior no tendría ningún valor, porque vale según el destino final al que se llega, según lo que se logra al fin. El enfermo, que está enfrentando la muerte, está revisando toda su vida, está planteándose preguntas decisivas, y ustedes, delante de Dios, están ahí como médicos. Son servidores de la vida en los momentos claves de ella, servidores del Dios de la vida, que es el Dios de la verdad, porque es el Dios verdadero y porque le comunica verdades al hombre. Es un Dios que no miente, que no se contradice. Es también un Dios de amor, de misericordia y de bondad, todos ellos distintos atributos del Dios fuente de la vida.

En el Nuevo Testamento se personifica, y se nos revela; no se trata sólo de atributos, sino que se trata de diferentes personas. Ese Dios, origen de todo principio, fuente de toda la vida, es el Padre. La verdad de Dios es otra persona, es cuando Dios se piensa a sí mismo.

En la explicación de la teología trinitaria, para poder entender el sentido de los textos bíblicos, sirve el ejemplo cuando nosotros pensamos en algo, y formamos una imagen dentro de nosotros. Si Dios existía de toda eternidad, sólo podía pensar en sí mismo, y esa imagen propia que El se formaba era tan perfecta que no sólo era un reflejo de sí mismo, sino que era también esa propiedad de Dios de ser por sí mismo; es una idea, una verdad sobre sí mismo, subsistente y personal, igual al Padre. El Hijo es la verdad de Dios hecha persona, es el reflejo del Dios verdadero hecho persona. El Espíritu Santo es el amor del Padre con el Hijo también hecho persona, y Dios es los tres; Dios



es aquel que es la fuente de la vida inseparable unido a aquel que es Su Verdad Viva y a aquel que es el Amor Vivo de esta Fuente de Vida y de su Hijo. Me he encontrado muchas veces con gente que piensa que esto es como un problema insoluble de álgebra, en que uno sea tres, y tres sean uno. Alguien me dijo, y me dio a entender, que no tiene importancia esto de la Santísima Trinidad, que lo decisivo es si hay o no hay Dios. Si Dios es tres, cuatro, o cinco, es asunto de El, sin aplicación práctica. Sin embargo, tiene gran trascendencia, porque si hemos sido hechos a imagen de Dios, tengo que saber cómo es el modelo. Cuán importante es saber que ese Dios, a cuya imagen yo fui hecho, no es un ser solitario, ni es un Dios que ha pasado toda una eternidad solo antes de crearnos. Dios es comunitario, es una familia, como ha dicho Juan Pablo II, y si esa familia está formada por estas tres personas, que son la fuente de vida, la verdad viva y el amor personalizado, quiere decir que si yo estoy hecho a imagen suya, yo nunca puedo separar la vida de la verdad y del amor. Valga esto también para nuestra actitud profesional o frente al enfermo. Servir a la vida exige servir al amor en Dios. La vida y el amor se identifican y no se puede servir la vida sin amor, como creo que ustedes frente a los enfermos lo han experimentado mil veces. El amor no es como un agregadito que puede o no estar; es una actitud que conduce a una relación honda con el paciente. Por otro lado, la vida y el amor tienen que ser siempre según la verdad, a todos sus niveles: según la verdad científica, según la verdad del Evangelio. Por tanto, vida, verdad y amor son inseparables.

Y ahora, como este compromiso cristiano con la vida, con el amor, con la verdad se da a los distintos niveles, me referiré al investigador. Desgraciadamente no pude ayer escuchar al Dr. Croxatto, quien se mantuvo en el plano ético general. Uno de los miembros asistentes me resumió en una frase que: la verdad de algo no es ética, sino que es sólo verdadera y que el problema ético surge en la aplicación de la verdad. Yo creo que visto en cierta manera, es así. Pero creo que hay otras cosas también que aporta la visión religiosa.

Yo no estoy queriendo interpretar al Dr. Croxatto, porque no escuché toda su conferencia, pero parto de la afirmación que acabo de hacer. Si entiendo la verdad como un conjunto de relaciones causa-efecto que se expresa en una teoría o en una fórmula, dicha teoría o fórmula desde el punto de vista humano racional, en que entendí que se planteaba la conferencia, es evidente que es o verdadera o falsa, y no tiene sentido en el plano de una ética natural preguntar si es buena o no. Va a ser bueno o malo lo que yo haga con ella, es decir, la ética es siempre de la acción humana, de modo que habrá actos buenos o actos malos. ¿Qué pasa desde un punto de vista cristiano? Se nos revela algo que cambia la naturaleza de la misma verdad abstracta; desde el punto de vista humano la verdad abstracta es una fórmula; en cambio, para nosotros es siempre el reflejo de una persona. La Biblia nos dice que Dios creó el mundo a través de su sabiduría y todo lo que existe refleja algo de la verdad de Dios, que es su Hijo, por el Hijo, por su palabra, por su Verbo. A través de su verdad eterna, Dios creó las cosas. Cualquier verdad, también una fórmula matemática, expresa algo de la sabiduría de Dios. Dios es bueno y cualquier reflejo de Dios es también bueno; bueno en referencia al hombre, porque ese Dios, que es la vida, el amor y la verdad, viene a mí como hombre y hacia El yo voy. La verdad en sí me comunica con algo bueno, ya que ella es participación en algo bueno y valioso. Sobre todo en la actitud frente a la

verdad, donde se toca el plano de la ética, la cual comienza antes de encontrarla. El buscar la verdad es ya un valor ético. De allí en adelante comienzan las motivaciones extras que le da al científico la fe. Para mí buscar la verdad no es resolver un problema de álgebra solamente, sino es llegar a encontrarme con Dios, ahondar en su misterio. Al descubrir una fórmula o una ley científica, estoy encontrando su sabiduría y puedo terminar alabándolo, diciéndole qué sabio y extraordinario es.

Tengo una sobrina que trabaja en el tema de transporte a través de la membrana de la célula y me contaba las distintas teorías en boga. Si uno va descubriendo todo eso, en el fondo se está encontrando con la sabiduría de una persona que creó eso y podría ser, y debería ser, ocasión para la oración y para la alabanza. Para el investigador cristiano puede ser mucho más plena la búsqueda de la verdad, si ella es encuentro con Dios y se realiza como un acto de amor; ello lo aleja del peligro propio de aquel investigador, parcelado y cerebral, que busca sólo razones, y quien respecto de la vida está seco. En cambio, si detrás de cada verdad yo voy admirando a Aquel de quien esta verdad es reflejo y esta sabiduría es reflejo, así se van aprovechando para la investigación otros tipos de fuerza: el amor, la efectividad, la necesidad de agradecer, etc., y después el compromiso con la verdad, que consiste no sólo en hacer cosas buenas con esa verdad descubierta, ponerla al servicio de buenos fines, sino que, también, y primero, anunciarla y defenderla.

Cuando uno ha descubierto algo que lo convence de que es verdad, de ahí brota una responsabilidad frente a Dios; si creo que eso es verdad, es reflejo de la sabiduría divina y tengo que defenderlo. El comprometerse con la verdad, el sentir la verdad, me obliga a tener que actuar en la verdad. San Juan insiste (en sus cartas) de actuar en la verdad, porque la verdad es algo de Dios. Cada verdad que descubro me llama a actuar de una manera determinada. El fundamento cristiano de la ética médica parte de ahí, mirando cómo están hechas las cosas, cómo está hecho el hombre. Si Dios hizo al hombre así, en esa estructura que quiso darle y se expresa un deseo suyo, hay, pues, que descubrir las que brotan de ahí. Es poco claro lo que Dios quiere decirme a través de esa situación, de esta estructura que le ha dado al cuerpo humano, a la síquis humana. Por el deber de plantearse las preguntas y de tener esa inquietud se persigue la verdad, la que es decisiva para el investigador, y puede convertir, así, su trabajo en un diálogo con Dios, que es lo esencial de la vida cristiana.

El pueblo de Israel y la Iglesia no descubrieron a Dios en clases de religión. El Dios para ellos, este Dios vivo, es un compañero de ruta. Cuando se trataba de transmitirle la religión a los israelitas niños no se les daba una clase solamente en que se les explicaba un Dios como el de los filósofos, sino que se les contaba la historia del pueblo de Israel, cómo éste encontró a Dios en su historia, que le propuso vivir juntos en el camino. La famosa frase de Dios a Moisés: "Soy el que soy" admite en hebreo dos interpretaciones: "Soy el que soy" como fuente del ser, y también "Soy el que seré". Dios le dice a Moisés "Yo soy una persona", tú me dices: dame tu nombre, me quieres conocer; a una persona no se la puede conocer si no se convive con ella. Porque yo te puedo dar algunos datos míos, tal como alguien se presenta: "fulano de tal", pero no lo conozco. Yo sé el nombre, sé de dónde viene, pero yo no puedo conocer una persona si no convivo con ella. E Israel fue un pueblo que

convivió con Dios, que vivió una historia donde Dios le fue mostrando su poder, su bondad, su fuerza liberadora. Todo esto culminó en Jesucristo. Los que convivieron con él, convivieron con Dios también, y es de ese Dios que se hizo experiencia diaria, que se fue sintiendo cercano a través de la forma en que conducía la vida del pueblo, la forma en que lo ayudaba a enfrentar sus desafíos. Así fue creciendo la fe de Israel, el pueblo de la alianza, es decir, un pueblo que cruza la historia de la mano de Dios.

El cristiano tiene que ser un hombre que cree, no en un Dios definido con determinadas cualidades, sino que en una presencia viva que está a su lado y que lo va ayudando en todo su quehacer. También en la medicina; un Dios que va mostrando misterios, ayudando a asemejarse a Cristo en ese trabajo concreto. Sin ese diálogo, posible para el investigador, sin ese diálogo vivo, sin sentirse investigando con el Dios personal, con el Dios de la verdad y de la sabiduría frente a frente, se va apagando la fe.

Lo que toma en serio hoy la Iglesia es la verdad. Ella afirma que quien se salva es el que se encuentra con Dios, aunque eso no significa que el ateo no se salve. Hay textos muy hermosos del Concilio, que dicen que se salva el que se encuentra con Dios. Pero Dios es la verdad, y todo hombre que intente seguir esos atisbos o chispitas de verdad que viven en su conciencia, aunque no conozca nada más que eso, aunque siga esas verdades sin saber que hay un Dios detrás, que son reflejos de Dios, el hombre que actúa según su recta conciencia, se salva, porque a través de las verdades que él percibe, Dios lo está llamando. Dios sabe cuántas verdades, cuántos reflejos suyos nos hace percibir a cada uno, pero se salva el que sigue la verdad aunque no crea en Dios, aunque pueda ser enemigo de Dios, porque hay —en fin— errores y condicionamientos culturales que no le han permitido reconocer que detrás de esa verdad que él ha perseguido en su vida hay una persona que es Dios.

Vamos a hablar un poco sobre la historia de nuestra cultura. Ha habido una época de absolutización de la razón, como lo vimos en la psiquiatría. Después vino el voluntarismo como reacción y el racionalismo, que significó como el intento de apoderarse de la verdad y de construirla. Ya Kant sugiere que el hombre construye la verdad; él es el que la hace propiamente tal. No conocemos la verdad de lo que está afuera; la verdad es algo que se produce dentro del cerebro humano. En toda forma de pensamiento hay que partir creyendo en algo; siempre hay algo dado y creo que eso es fundamental. Nosotros hablamos de un Dios de la gracia, que siempre nos da gratis ciertas cosas, ya que el hombre nunca va a poder construirlo todo si no parte de algo dado. Esa exigencia de fe planteada es el abrirse al don. Hay cosas que están, y yo creo que están y parto de ese supuesto. Si trato de probar que existen, como le pasó a Kant, es imposible avanzar, ya que no puedo fundarlo todo en mí; tengo que hacer ciertos actos de fe en que las cosas son reales, frente a las personas, a los valores humanos.

La fe, en el sentido humano, no religioso de la palabra, es importante. Todos los casados que están aquí se casaron porque creyeron que conocían a la otra persona. Si siguiéramos a Kant, que dice que no se pueden conocer las cosas en sí, estarían aún discutiendo si conocen o no a la propia esposa. Ustedes se fundaron en la experiencia respecto de esa persona, razonando que ella los quiere y ustedes creen en ella, porque la conocen y aceptan que la conocen. Que ella los quiere, nunca van a poder demostrarlo científicamente. Así,