

Estamos seguros que este artículo del Profesor Armando Roa, será acogido con sumo interés por los lectores de Cuadernos Médico-Sociales. Aparte de su valor intrínseco, tiene el mérito de abordar un área nueva dentro de los múltiples enfoques presentados por nuestra Revista.

El autor se refiere a aspectos tales como la enfermedad como símbolo de una privación, la conciencia y su patología, el carácter y sus anormalidades, etc., temas tratados con profundidad, pero, a la vez, presentados en forma sencilla y comprensible para aquellos no especialistas en esta disciplina.

Relación de la psiquiatría con el resto de las disciplinas médicas

Dr. ARMANDO ROA R. (*)

INTRODUCCION

Si se considera al hombre, entre otras cosas, como un ser biopsicosocial, es natural que aspectos psicológicos y sociológicos influyan directamente en la aparición, configuración y modo de vivir la enfermedad. De esa manera, no hay enfermedad humana en cuya estructura dinámica no participe de una manera u otra lo psíquico mismo.

Sin embargo, hay cuadros morbosos donde lo primordial, pero lo único, lo hacen las fragilidades naturales de lo biológico —como un traumatismo o una neumonía sufridos por irresponsabilidad— y cuadros donde lo psíquico parece intervenir en su origen mismo, como la hipertensión arterial y la úlcera gástrica. Desde tal punto de vista, Jores distingue enfermedades humanas en general y enfermedades específicamente humanas.

Las primeras tienen un núcleo común con las de los animales; no varía lo céntrico sino sólo la diversa reacción de ambos al hecho mismo de estar enfermo; ejemplos representativos son las parasitosis y las enfermedades bacterianas y virales. De ellas se distinguen las específicamente humanas porque no se les ha observado en animales, y porque para que se den en ellos hay que colocarlos en situaciones de experimentación parecidas a las humanas: "humanizar al animal", como dirían Pavlov y algunos de sus seguidores. De esa manera se ha creído detectar neurosis de angustia, histerias, fobias y hasta cuadros paranoides, en perros, gatos y monos. Las enfermedades habituales en psiquiatría integrarían el grupo de las enfermedades específicamente humanas.

El lenguaje habitual ha hecho una diferencia; para unas enfermedades usa la palabra "estar": estoy con gripe o estoy con fiebre tifoidea, y para otras, la palabra "ser": soy hiper-

tenso o ulceroso, y no, estoy hipertenso o ulceroso. Habría enfermedades del "ser" y del "estar", con lo cual se apunta en las primeras a que sus raíces calan en lo originario, vienen desde dentro del hombre; las segundas serían más externas, más producto de la casualidad, más venidas desde fuera.

Las enfermedades del "ser" se caracterizan por su curso impredecible, casi siempre crónico, muchas veces con numerosos episodios, y de las cuales se conoce bastante la patogenia y casi nada o nada de la etiología.

El médico práctico debería tener en cuenta tales diferencias, pues en las enfermedades del "ser", asma, úlcera gástrica, hipertensión, jaqueca, diabetes, se corren riesgos si, confiado en demasía en el tratamiento farmacológico —útil y necesario—, descuidan los orígenes psicológicos y sociológicos más profundos de esas enfermedades, como lo son por ejemplo el deseo inmoderado de desempeñar determinados roles, la falta de comprensión de los suyos, las carencias afectivas y éticas, la ausencia de comunicación, las anormalidades de carácter, etc. No sólo en el respeto del régimen de vida impuesto, sino en la dosis y acción de los fármacos hay notorias variaciones, según se atiendan o no dichos factores.

(*) El Dr. Armando Roa ha desempeñado diversos cargos de su especialidad en la Clínica Neurológica del Prof. Lea-Plaza, en el Hospital Psiquiátrico y en el Hospicio de Santiago. En la actualidad es Profesor Extraordinario de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con Cátedra independiente, desde 1954, y Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, desde 1964. Es autor de la obra "Psiquiatría", Ed. Andrés Bello, y de varios trabajos sobre Psiquiatría, Neurología y Antropología publicados en revistas nacionales y extranjeras de la especialidad.

La enfermedad como símbolo de una privación

Lo psíquico tiende a materializarse en imágenes, acciones, creatividades, posturas fisiognómicas, cambios corporales. Se tiene hambre y se sueña comiendo. Se recibe una mala noticia y se acelera el pulso, se cambia de aspecto y de tono muscular. Se reflexiona y la mirada toma otro aire, se frunce el entrecejo, apenas se ve y escucha lo del alrededor. Al revés, dolores, estados nauseosos, fatigas musculares intensas, colitis imperiosas cambian de inmediato la atmósfera psíquica. Psique y soma integran la unidad de lo físico, la *physis* de los griegos, y por tanto es imposible una modificación separada. Si se las trata aparte es porque tienen relativa autonomía en el origen de los cambios, pero una vez iniciado uno, sea psíquico o somático, el movimiento abarca el conjunto. Esta muy relativa autonomía de funcionamiento se da por lo demás dentro de las diversas áreas de lo psíquico y de lo somático; se puede orinar sin defecar, respirar sin hablar, meditar sin accionar, etc.; en los organismos decaídos tal autonomía relativa se pierde.

Una enfermedad puede empezar por lo psíquico o lo somático, pero de inmediato invadirá en círculos el resto. Algunas de ellas son especies de síndromes de privación, similares a los observables en las abstinencias de tóxicos. Se sabe, por ejemplo, que los alcohólicos los sufren de variadas maneras: temblor de la lengua y de las manos, sudoraciones copiosas, ataques epilépticos, insomnios, estados deliriosos, etc.

Las carencias afectivas y éticas provocan también síndromes de privación muy variados, que van desde las psiconeurosis y caracteropatías clásicas hasta las paranoias, esquizofrenias y otros cuadros. Hay aquí trastornos del sueño, angustia, temores, fantasmagorías negras, etc.; a diferencia de los síndromes de privación de fármacos, no cesan con la deshabitación; al contrario persisten hasta hacerse habituales si no se proporciona aquello de que se está carenciado. Muchas veces, como en el alcohólico bien alimentado, las carencias se hacen notorias, cuando ciertas situaciones protectoras (éxito, prestigio, ocupacionismo absorbente) cesan y entonces el desierto afectivo o ético se hace notorio. En cuanto esos síndromes de privación, no traducen alteraciones estructurales somáticas primarias, sino la respuesta psíquica y corporal a carencias pesquisables a través de una hermenéutica, son simbólicos.

El neurótico o el caracterópata no atribuye sus síntomas a las carencias mismas, así como el alcohólico no culpa al licor de sus temblores, de sus insomnios, de su flaqueza corpórea, sino al exceso de trabajo, al calor, al trabajo en suelo húmedo. Solo una hermenéutica descubre el efecto o el tinte ético ausente, pues afec-

to y ética abarcan una suma tan grande de ingredientes que no es fácil encontrar en cada caso el o los ingredientes necesitados; además igual que en las toxicomanías, se necesitan años, antes que aparezcan los primeros síntomas.

El intervalo libre entre la carencia y el síndrome de privación es corto o largo. En carencia afectivas de la infancia, cabe defenderse con imaginerías, esperanzas de conquistar afectos futuros, etc. y el síndrome sólo se desencadenará cuando fallen las barreras sustitutivas. Sin embargo a veces aparece de inmediato como se ven en las numerosas caracteropatías, faltas de desarrollo, y neurosis de la infancia. Una buena provisión de afectos y de normas éticas (las últimas vienen no de las imposiciones, sino del ejemplo de los mayores), detiene la habituación a modos anormales de reacción.

Alguien se preguntará cómo se compara la carencia brusca de algo extraño ingerido en exceso a lo cual se ha acostumbrado el hombre, con efectos no recibidos; pero nunca hay absoluta irrecepción de afectos; cuando no se reciben los adecuados, llegan en demasía otros de aire tóxico; así un niño castigado por cualquier cosa, absorbe impulsos hostiles y cargas éticas de injusticia; un niño entregado a su arbitrio, toma lo arbitrario como norma fuera del clásico afecto patógeno "de no ser tomado en cuenta, de no importarle nada a nadie". Tales afectos y eticidades anómalos traen falta o exceso de seguridad, que es lo corroído sutilmente y cuando la vida social obligue a comportamientos no compatibles con los afectos a los cuales se está acostumbrado, habrá de privarse de ellos, desencadenándose a través de un asma bronquial o una úlcera gástrica una neurosis o una psicosis, o sea, el síndrome de privación. Acostumbrar a la psique a la recepción de otro tipo de afectos, llevará a la normalidad, pero tal acostumbramiento, como el del alcohólico anoréxico para cuanto no es alcohol, exige muchas precauciones; el camino se llama psicoterapia. Es cierto que algunas terapias demasiado breves obtienen éxito en la curación de una impotencia sexual, de una fobia, de una neurosis de angustia, pero luego se ingiere de nuevo "a hurtadillas" el afecto tóxico y entonces las privaciones impuestas por las exigencias sociales, llevarán a un infarto del miocardio, a una jaqueca, u otra cosa; dicho peligro lo han delatado siempre los psiquiatras. La prudencia obliga a mejorar los síntomas más agobiadores y en ese plano cuanto más breve una terapia mejor, pero acordándose que alivio no es idéntico a curación y que lo básico es rescatar la psique de sus hábitos perniciosos.

La conciencia y su patología

El hombre está constituido por materia biológica, pero con el importante carácter de dar-

se cuenta de que existe, tiene un origen y un fin, está exigido de cumplir tareas libre y responsablemente y debe velar por sí y por los demás; esta propiedad es la *conciencia reflexiva*. Reflexivo significa ser espejo de sí mismo, mirarse como si fuera otra cosa, capacidad de anularse (como de una manera clásica lo mostró Descartes) y rehacerse. El hígado, no puede mirarse, la conciencia sí. Dicha posibilidad, le da autonomía de manejo, órbita propia, a lo cual se agrega un señorío sobre el cuerpo, lo cual la coloca en un rango muy diverso a las demás propiedades de la *physis* humana.

La reflexividad sobre sí misma es parcial y desde perspectivas, por eso nunca se contempla en totalidad, quedando a trasmano zonas indirectamente advertidas, a través de sueños, creaciones poéticas, actos fallidos, como lo mostraron en la moderna psicología, Nietzsche, Breuer, Janet y Freud.

Eso obliga a distinguir una conciencia capaz de mirarse directamente, y otra después de un arduo trabajo, nunca exhaustivo; llamaremos a la última *transconciencia*¹ o conciencia condicionante y a la otra conciencia condicionada. No es una mera "esfera" como decía Kretschmer, sino algo necesitado de espejo diverso para reflejarse. Desborda y empapa a la conciencia condicionada. Privada de aquel laboratorio, la conciencia se despoblaría, quedaría como un frío salón formal. *Psique es el conjunto de lo empapante y lo empapado, de conciencia condicionante y condicionada.*

La psique se percata de sí misma y del mundo y siente la necesidad, no sólo de adaptarse a él como los animales, sino de transformarlo a su gusto; al transformarlo se transforma a sí misma; tal operación es el trabajo.

La psique se vale de funciones: inteligencia, afectividad, imaginación, percepción, voluntad, en la definición de las cuales no entraremos. La conciencia y sus funciones constituyen la *psique primordial o básica*.

Los normales no se diferencian apreciablemente respecto a ella. Su déficit congénito o precozmente adquirido se llama oligofrenia; si es tardío, es demencia; ambos obedecen a causas genéticas, traumáticas, carenciales, etc.

El médico general sospecha una *oligofrenia leve* (debilidad mental), con algunas pruebas sencillas; si alguien no es capaz de restas aritméticas inferiores a la cincuentena, en las cuales prácticamente no influye el analfabetismo, si entiende y escucha bien y está relativamente informado e interesado por los acontecimientos públicos más llamativos, cabe pensar en aquel

diagnóstico. No es una prueba absoluta, pero es muy indicadora, más aún si hay datos de fracaso escolar en aritmética. Grados más profundos de oligofrenia son fácilmente despistables.

Tales pruebas deben hacerse en una atmósfera de mucha serenidad, diciéndole por ejemplo, al paciente: "estas preguntas no tienen importancia, podría no hacérselas, pero creo que calibraré mejor las dosis de remedios, si veo su manera de responder".

Un segundo cuadro importante para el médico general es el *síndrome hiperestésico-emocional*, frecuente después de gripes, neumonías, intervenciones quirúrgicas, excesos de preocupaciones; consiste en irascibilidad, intolerancia a ruidos corrientes, intolerancia al calor, desagrado intenso si no se cumplen de inmediato órdenes y deseos, sueño cargado de pesadillas y actividades laborales, como si se estuviese en el trabajo, tendencia a las autorreferencias, a la susceptibilidad extrema, labilidad afectiva. Cura con reposo, vitaminas, manipulación ambiental.

Otro cuadro corriente en la práctica general es la obnubilación leve de conciencia; se presenta en urémicos, diabéticos, post-operados, etc. Dos síntomas la definen: a) la premiosidad en el alta; b) la apatía.

Premiosidad en el alta, es el solicitarla iterativamente, pese a las razones dadas por el médico; el paciente pone el acento en sus responsabilidades impostergables y si a veces se le convence por unos instantes, vuelve enseguida a la carga. En casa, se muestra en el deseo perentorio de ir al trabajo; si se le deja, se mueve allí de un lado a otro sin hacer nada eficaz.

Dicho síntoma no es idéntico a la urgencia razonable de volver a las tareas, pero abiertos siempre a lo estimado como útil por el médico.

En la *apatía* el enfermo pasa el día tranquilo, sentado en su cama o en el pasillo, despreocupado de todo. Si el médico lo interroga responde con frases escuetas y como no interesado por saber cual es el curso de su cuadro. No hay en general iniciativa verbal.

Las obnubilaciones serias dan otros síntomas, y no son ya de la práctica del médico general.

El carácter y sus anormalidades.

Todos los hombres tienen parecida psique primordial, pero ante una misma responsabilidad caben actitudes muy diversas; por ejemplo, ante la enfermedad, uno son racionalmente responsables, otros la vanalizan, unos terceros la exageran.

A tales modos de reaccionar se les denomina *carácter*; es el manejo concreto de las disposiciones psíquicas de modo que se les utilice a tiempo, prudente y eficazmente. El armonizarse con los otros en las respectivas tareas, evitando

(1) La palabra *transconciencia* no alude a una conciencia por detrás, sino a un dinámico juego de lo condicionante y condicionado. Transcendental desde Kant es lo que condiciona activamente a otro. Aquí se toma en sentido empírico.

situaciones conflictivas y eso sin menoscabo de la independencia y de los propósitos, es algo substantivo del carácter. Una buena inteligencia no salva del fracaso si hay un carácter deplorable.

Personalidad es la capacidad de manejar el carácter. Si el carácter tiene anomalías dominables en cierto modo, se habla de *caracteropatía*, *carácter anormal* o *neurosis del carácter*. Si las anomalías ganan la partida y alteran a fondo la conducta, se habla de *personalidad psicopática*.

Los rasgos del carácter importan en la relación médico-paciente y en la eficacia terapéutica. No es lo mismo prescribirle algo, a un histérico, a un asténico, a un fanático o a un anascástico.

La clasificación freudiana habla de caracteres orales, anales, fállicos y genitales; la dejaremos de lado pese a los rasgos de indudable valía puestos a la vista, por estar comprometida con la teoría de Freud, cuya validez cerrada merecería notorios reparos.

Preferiremos la meramente descriptiva de Kurt Schneider. El habla de varios tipos; daremos a conocer brevemente los más frecuentes en la práctica médica general.

Hipertímicos son aquellos constantemente alegres, dicharacheros, optimistas, emprendedores, ilusos y que minimizan las enfermedades o los obstáculos de cualquier orden. Un grupo de ellos son malhumorados, sin merma por eso, de su confianza excesiva en la vida. El médico habrá de insistir enérgicamente en sus prescripciones y dar a conocer con cierta crudeza los posibles resultados de las ligerezas del enfermo.

Los *obsesivos* son muy ordenados, meticulosos, de horario preciso, moral rígida, exagerado sentido de la responsabilidad, vestir pulcro, ceremoniosos, inseguros de sí mismos. Carecen de la gracia de los hipertímicos y se reprochan en demasía cualquier ligereza. Al consultar se preocupan de seguir las indicaciones médicas al detalle. El médico debe calmarles la inseguridad y la angustia, minimizar las consecuencias de cualquier falta en el manejo de los remedios, y darles la sensación de que se ha calado bien su caso y se está preocupado de mejorarlos cuanto antes.

Los *fanáticos* sobrevaloran sus ideas y creencias; gustan de recibir explicaciones razonadas de su cuadro y oponen frecuentes objeciones. La mayoría son muy supersticiosos y tienen sus conceptos peculiares respecto a la medicina. El médico en la medida de lo posible no debe entrar en discusiones con ellos y más bien mostrar aprecio "por sus aportes", con lo que le será fácil conquistarse su confianza y adaptarlos al tratamiento.

Los caracteres *histéricos*, que no deben confundirse ni con la neurosis histérica, ni con la psicopatía histérica, se definen por su marcada

inclinación a la vanidad, a ser adulados, a recibir afecto; su afectividad para con los demás es retributiva, dan en la medida que reciben. A diferencia de los normales buscan afecto y valoración poniendo el mínimo de merecimientos de su parte; por eso mienten, y hacen trucos diversos para darse y dar una falsa imagen de su importancia. El médico debe mostrarles afecto y valoración y sopesar cuidadosamente la trascendencia dada al cuadro; el histérico gusta de ser compadecido, visitado y que se dé realce a su mal; es preciso no menospreciárselo y no cultivárselo a fin de evitar fijaciones.

Los *asténicos* están atentos a cualquier trivial desarreglo psíquico o somático y le dan categoría alarmante. Taquicardias, olvidos triviales, cefaleas, dolores epigástricos, etc., los llevan rápidamente a la consulta médica. Son en general lábiles vegetativos y la angustia engendradora por aquellas molestias desencadena sudoraciones profusas, palideces y enrojecimientos súbitos, bochornos, etc. Los dolores abdominales se acompañan a veces de vientre en tabla, induciendo a intervenciones quirúrgicas precipitadas. Varias apendicectomías y colicectomías son consecuencia de tales crisis asténicas. En 1965 se presentó en clase un caso con 18 operaciones. Algunos centran la crisis en el área precordial con síntomas parecidos al infarto del miocardio. El médico debe cuidarse en extremo en este tipo de personas, de no provocar con el interrogatorio, recomendaciones o prescripciones, síntomas yatrogénicos perdurables.

Se puede modificar el carácter a través de una ardua psicoterapia. Es trabajo del psiquiatra. Ciertas psicoterapias breves debe manejarlas sin embargo todo médico, pues, como dice Balint, la mayoría de las psicoterapias prolongadas son producto de defectos de trato psicoterapéutico del médico general.

El médico hace bastante si escucha con atención y amabilidad a su paciente, si muestra interés por sus problemas, si se abstiene de consejos precipitados y triviales, si no juzga éticamente, si da lugar a que el paciente reviva los acontecimientos traumáticos de su pasado y los juzgue el mismo. El médico es tanto mejor psicoterapeuta cuando "menos soluciones" da. El paciente resuelve por sí mismo, apoyado en la confianza despertada por la atmósfera terapéutica. Un buen camino es la mayéutica socrática a base de preguntas y contrapreguntas, gracias a las cuales el enfermo observa sus propias contradicciones y va descubriendo lo verdadero de su personalidad.

El hombre como ser antropológico

El hombre es la culminación y la superación de la escala zoológica. La antropología ha planteado las numerosas diferencias entre él y los animales más cercanos; enumeraremos algunas.

1) El hombre es capaz de autorreflexión, como se dijo en páginas anteriores.

2) Tiene capacidad de decisión ante las numerosas posibilidades de una situación, lo cual le trae connaturales sentimientos de responsabilidad y de culpa si ha escogido mal. A los animales las soluciones les son prácticamente dadas.

3) Es el único capaz de concebir la nada como algo posible; de ahí que su existencia y la del mundo se le aparezcan contingentes y la enfermedad no le sea un acontecimiento cualquiera, sino camino de vuelta hacia el no ser. Concebir la nada lo ha abierto a esa notable creación del cero matemático que es frente a los números nada y todo.

Ve en la nada derechos de primacía iguales a los del ente y por eso aprecia en su alcance la suerte de haber sido; convierte entonces su ente en ser, en una existencia consciente de la responsabilidad de construirse.

4) El hombre sabe que tiene que morir y proyecta su existencia en acuerdo a eso. Montaigne y Voltaire lo creían solo resultado de la experiencia. Kierkegaard y Heidegger también la fundamentan en una experiencia, pero no en la de ver morir a los demás, sino en esa muerte en vida, que es el sentimiento de la angustia.

5) El macho y la hembra destinados a la reproducción y al rejuvenecimiento de la especie, se convierten en el hombre en varón y mujer, pasando la reproducción y el rejuvenecimiento a subordinarse y hasta a desplazarse en aras del cariño. Todos los órdenes de la vida humana, desde los más materiales hasta los más espirituales son partos, creaciones, en los cuales interviene primordialmente esa dichosa conjunción hombre-mujer llamada amor.

6) El ser humano es el único capaz de amistad y no de mera simpatía, o atracción gregaria como ocurre en los animales.

7) El cuerpo humano tiene funciones diferenciadas. *Es útil o herramienta*, cuando se pone al servicio de la realización de propósitos. *Es órgano de expresión fisiognómica* en cuanto hace visibles los afectos, emociones y deseos, y en cuanto también los oculta o enmascara. Ve la así por la invulnerabilidad de lo íntimo, formando una barrera ante miradas intrusas; por lo mismo es capaz de traicionar dicha intimidad, entregando, sin proponérselo, aquello que deseaba ocultar. *El cuerpo tiene finalmente una función de lucimiento*, de dar gracia y atractivo a todo lo humano. Perturban el destino un cuerpo contrahecho, una cicatriz en la cara, una cojera. La historia de la moda en trajes y comportamientos corporales, alude a esta función del cuerpo. El amor mismo depende en buena parte de su mejor o peor desempeño.

8) El hombre hace su biografía, traza de antemano el gráfico de su vida, y también puede

llevar una *existencia transbiográfica*, en la cual satisface propósitos triviales, pero sin ilusiones respecto a aspiración alguna.

9) El hombre a diferencia de los animales tiene un dentro y un afuera; ese dentro se compone de interioridad e intimidad y es un recogido y temperado refugio donde se trabaja y se solaza en lo más suyo, cualquiera sea la actividad pedida por el mundo. Guarda sus fantasías y sentimientos para sí, comunicando a través de la expresión y la palabra sólo lo que desca. Lo fisiognómico da cuenta de la profundidad, veracidad y calidad de lo comunicado por uno y por los otros.

Sin interioridad e intimidad el hombre no se habría desarrollado y permanecería como los animales; imaginémosnos que todo proyecto, todo sentimiento respecto al prójimo, toda fantasía erótica, toda reflexión, fuera pública de inmediato, seríamos objeto de burlas y humillaciones; no nos atreveríamos, como les ocurre a los esquizofrénicos, a ponernos en presencia de nadie, sino cuando todo estuviese arquitecturado para evitar desdenes. En buenas cuentas apagaríamos toda creatividad en status naciendo, huyendo de vergüenzas, pues nunca estamos seguros en un principio, si esa creatividad será digna o acabará en un ridículo intento.

Las maneras concretas de traducirse en existencia de e.as y otras propiedades antropológicas, las condiciona la historia, la biografía, los factores culturales y socio-económicos y cuanto cabe en el *concepto de situación*, dentro de la cual se mueve el hombre, pues la situación lo penetra por todos lados y lo invita a superarla, de lo cual resultan nuevas situaciones.

Los síndromes artefactales y anómicos

Solo el hombre tiene conciencia de su envejecimiento y del límite progresivo de sus capacidades. Planifica la existencia en acuerdo a las posibilidades de cada edad, pues es anormal o mal visto desempeñar actividades legítimas para una edad, en edades diversas. Lo legítimo no es sin embargo un concepto inmóvil. La propia muerte experimentada con horror por muchos pueblos primitivos, lo que les llevaba a aislar o abandonar a los moribundos, no es mirada igual por los norteamericanos actuales, que maquillan los cadáveres para verlos sonrosados y de mirada vivaz, como si siguiesen viviendo.

La vejez fue imaginada por la mayoría de las culturas antiguas como la época de la sabiduría y se le guardaba alta estima. Hoy es desvalorizada por nosotros y cuando se desea humillar a alguien, se le dice viejo aunque tenga veinte años. Esto lleva al viejo a sentirse demás, a creerse objeto de menosprecio, a suponer que se desea su muerte para que no siga estorbando.

Le surge entonces la idea de que se le perjudica, no se le considera en las decisiones, se estima incapaz de gobernar sus bienes. Para protegerse se pone avaro, se resiente por todo, oculta sus cosas, se desvela pensando en asesinatos o en malos deseos. Este cuadro impuesto por las ideas antropológicas de una época es lo llamado *síndrome artefactual*. Que los cuadros de patología psiquiátrica senil no dependen de la mera arterioesclerosis o de la abiotrofia, lo muestra en parte, la existencia de vejez vigorosas y creadoras en personas donde se han comprobado abiotrofias o arterioesclerosis graves. La patología transcultural también muestra la inexistencia de síndromes paranoides seniles en pueblos con diversas ideas acerca de la vejez.

El mismo síndrome artefactual mostraban mujeres con una vida sexual liviana apartada de los cánones sociales de su época; con esa misma vida otras son hoy admiradas e influyen avasalladoramente en la vida cotidiana, como lo muestra la intensa publicidad de que son objeto.

Es curioso que un síndrome de tanto alcance en la configuración de la salud y la enfermedad no merezca un estudio y una enseñanza preferente en los programas de Medicina Preventiva.

Cuadro importante en la visión antropológica, es el *síndrome anómico*, descrito entre nosotros en mapuches que desde las reducciones migran a las grandes ciudades, donde sus tradiciones y creencias son menospreciadas. Incapacitados de comunicarse —la verdadera comunicación, a diferencia del mero trato informativo, exige el aprecio recíproco del alma de cada uno— caen en ilusorios delirios de grandeza alternados con períodos de intensa apatía; el cuadro desaparece si son devueltos a su tierra, o si a través de la acción terapéutica sobre el medio laboral, se les abre a la comunicación.

Este síndrome tan manifiesto en los aborígenes, se da en grados menos espectaculares, pero igualmente perniciosos, en las gentes de poblaciones marginales, en los campesinos venidos a las fábricas y en todos lo que se sienten incomunicados con el modo de ser del hombre exitoso en la sociedad moderna. La vida de tales gentes oscila entre la apatía vegetativa, en la cual to-

da actividad se reduce a lo mínimo necesario a la subsistencia, y las ensoñaciones extremas, fáciles de explotar por cualquier aventurero. Se ha visto en ello y quizás si con razón, una de las causas del caudillismo personalista sudamericano. Le será difícil al hombre anómico entregarse a una lucha legítima, larga y sostenida a través de medios de real eficacia. El síndrome deriva en suma de la disociación entre la interioridad y la capacidad de comunicarse. La comunicación se dificulta en extremo entre seres de diverso nivel cultural y socio-económico.

El hombre es todavía desde su punto de vista ético, profundamente contradictorio, como lo ha señalado Sartre en su estudio sobre Baudelaire. Le alegran hasta el éxtasis la pureza y el vicio extremo y le gustaría saciarse en ambos. Como la existencia es irreversible, si vive en el vicio, teme arrepentirse cuando ya no sea posible rehacer el camino; si vive en la virtud teme arrepentirse cuando ya sean imposibles las orgías alucinantes.

Aspira sin tregua a lo angélico y a lo demoníaco sin poder aquietarse sólo en el ser hombre.

Esa meta le pide ir a una con los demás comunicándose de alma a alma. Esa comunicación se aproximará a lo justo en sociedades que económica y culturalmente creen igualdades posibilitadoras de mundos íntimos dignos de comunicarse. Así se alcanzará el deseo de Pascal de que el hombre sea hombre y únicamente hombre.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Alexander, F.: *La Medicina Psychosomatique*. Ed. Payot.
- 2 Delay, J.: *Introduction a la Medicine Psychosomatique*. Masson et Cie. Editeur.
- 3 Jores, A.: *El hombre y su enfermedad*. Ed. Labor. Madrid.
- 4 Jores, A.: *El individuo enfermo*. Ed. Scientia. Barcelona.
- 5 Laín Entralgo, Pedro: *Historia de la Historia Clínica*. Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.
- 6 Laín Entralgo, Pedro: *Apuntes del curso de Antropología Médica*. Dictado en Santiago en 1965.
- 7 Roa, Armando: *Psiquiatría*. Ed. Andrés Bello.
- 8 Roa, Armando: *Concepto transcultural de salud y enfermedad*. Rev. de Psiquiatría Clínica. Vol. IV. No 2.
- 9 Von Weizsacker, V.: *El hombre enfermo*. Ed. Luis Mirades. Barcelona.