

Este artículo fue publicado originalmente en el Número 84 (diciembre 1977) de la prestigiosa revista francesa LA RECHERCHE. Agradecemos a sus editores el que nos hayan autorizado su reproducción. El autor del artículo analiza de una manera serena y original las relaciones entre la sociedad y la medicina mental, presentando una visión equilibrada y documentada sobre un tema de interés actual.

PSIQUIATRIA Y SOCIEDAD*

León Eisenberg**

¿Los diagnósticos psiquiátricos no son otra cosa que etiquetas que engendran de hecho los comportamientos que pretenden describir y que permiten justificar cómodamente el control social ejercido (internamiento, vigilancia...) sobre las personas que plantean problemas?

Los defectos de la psiquiatría

Lo que hace persuasiva esta teoría del "etiquetaje", particularmente para aquellos que tienen una conciencia social desarrollada, es por una parte, la elasticidad de los conceptos relativos a las enfermedades mentales, y por la otra, los defectos que presentan los tratamientos psiquiátricos. Nadie duda que en la Unión Soviética los psiquiatras se han convertido, o han sido obligados a convertirse, en agentes del Estado al diagnosticar como psicóticos a los disidentes políticos. Esto puede provenir, por una parte, de la extensión exagerada que tiene en la Unión Soviética la noción de esquizofrenia,¹ y del hecho de que, por otra parte, los psiquiatras soviéticos no estén suficientemente conscientes de que le hacen el juego al Estado cuando consideran como loco a cualquiera que sea lo bastante temerario como para hacer circular volantes dirigidos contra aquél. Además, puede ser igualmente cierto que entre los disidentes, algunos estén perturbados. Recuerdo a una paciente que hace algunos años estaba convencida de que la FBI registraba sus conversaciones telefónicas, colocando micrófonos en su habitación y siguiéndola por dondequiera que iba. En esa época creíamos poco que esto fuera técnicamente posible, no obstante la prueba fue brindada más tarde en ocasión del enorme "escándalo de Watergate". Pero cuando ella me explicó después que su habitación estaba bajo escucha con el fin de difundir los ritmos de sus relaciones sexuales a todos los automovilistas de Washington que sincronizaban sus bocinas con su orgasmo, pocos psiquiatras pondrían en duda mi diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Ella tenía

razón sobre lo que puede hacer la FBI... pero no en lo que la concernía.

Dicho esto, cuando se encierra en los hospitales psiquiátricos a personas por haber escrito o emitido opiniones impopulares, es igualmente claro que el papel del psiquiatra es desviado. La psiquiatría se ha confrontado con frecuencia con las necesidades de regímenes que consideran políticamente hábil el presentar a sus disidentes como locos con el fin de desacreditarlos a la vista de la opinión pública.

En los E.U., en 1851, una cierta doctora Samuela Cartwright publicó un artículo en el *New Orleans Medical and Surgical Journal* en el que declaraba que el comportamiento de evasión en los esclavos constituía un trastorno psiquiátrico que llamó "drapetomanía".² Hasta 1940, no era raro considerar como manifestaciones de trastornos psiquiátricos los casos de prostitución, vagabundeo y otras formas ilegales de comportamiento.

Es muy fácil separar estas opiniones médicas como anacrónicas o aberrantes. Pero no se puede evitar el sentimiento de culpabilidad por lo que nuestra profesión ha hecho (con el concurso del resto de la sociedad), y continúa haciendo, en ciertas partes del mundo, a legiones de pacientes. La mayor parte de los síntomas presentados por los pacientes crónicamente hospitalizados proviene en efecto del medio de la institución más que de sus trastornos psiquiátricos.³ Sometidos a la inhumanidad de instituciones de masa, impersonales y sin rostro, los pacientes se estandarizan en especies de robots controlados por las fuerzas sociales que operan en el interior del erróneamente llamado "asilo".⁴ Se ha demostrado claramente que la manera en la que son tratados los pacientes en los hospitales psiquiátricos influye mucho sobre el desarrollo ulterior de su enfermedad. Esto demuestra el potente efecto de las fuerzas sociales sobre el comportamiento humano y muestra que la vigilancia en materia de abuso debido a la sociedad es una necesidad imperativa de la psiquiatría.⁵ El hecho de que un concepto o una técnica puedan ser mal utilizados no prueba, no obstante, su invalidez. La noción diagnóstica de diabetes no es conceptualmente incorrecta porque puede ser aplicada erróneamente, de la misma manera que no sería sensato prohibir la insulina porque puede revelarse como de uso mortal.

* Traducción de H. Pérez-Rincón G.

** Director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard.

Le teoría de la "etiqueta"

La vida de los individuos sigue una trayectoria gobernada por fuerzas sociales, de la misma manera que los cuerpos físicos en movimiento son controlados por los campos gravitacionales. Esta es la base del razonamiento de la teoría de la "etiqueta". En su formulación por Lemert,⁶ se subrayaba una distinción muy neta entre desviaciones "primarias" y "secundarias". Según esta teoría, la desviación primaria sería un atributo del individuo de naturaleza patológica o no (en este último caso es una simple variante de la norma). A partir de que las personas del medio han etiquetado la desviación primaria como defecto significativo, la etiqueta misma desencadenaría un proceso de interacción entre el sujeto y los demás. La concepción misma que el individuo tiene de sí mismo tendería a estar dominada por la odiosa etiqueta: tomaría entonces por sí mismo el rol social implicado por la etiqueta.

El tartamudeo es generalmente tomado como ejemplo tipo en apoyo de esta teoría. Todos los niños muestran algunas dificultades (dudas y repeticiones) en el curso de la adquisición del lenguaje. Mientras los padres se muestran más perfeccionistas y conjuran al niño a "hablar lentamente", con más frecuencia el niño se vuelve temeroso y cobarde y habla más frecuentemente de manera dubitativa, frenética y trabajosa.⁷ Según Johnson, el tartamudeo estaría en efecto producido por el diagnóstico. Este autor afirmaba en los años cuarenta, que los indígenas de América del Norte no tenían una palabra para designar el tartamudeo ni al tartamudo, porque "todo niño indígena es mirado como locutor normal o satisfactorio, cualquiera que sea la manera como hable".⁸ Se ha reconocido después que esto no ocurre en todas las tribus de América del Norte,⁹ sino solamente en algunas en las que, en efecto, la ausencia de tartamudez y de la palabra que la designa está asociada a una norma cultural menos exigente en lo que concierne a la locución.¹⁰

La teoría del "etiquetaje" parece igualmente aplicarse bien a la explicación de la delincuencia juvenil, subrayando el papel decisivo que juega la detención judicial "etiquetando" al joven como criminal. En efecto, esta detención lo conduce a ser encarcelado con otros "etiquetados" como él. Tras su liberación, una desconfianza continua pesará sobre él y su convicción aumentará en el sentido de que es un delincuente, conduciéndolo, por fin, a comprometerse de por vida con la criminalidad. Me parece innegable que numerosos comportamientos humanos son sensibles al etiquetaje. Incluso el ciego es conminado por la legislación social a tomar el papel de impotente, a pesar de que podría utilizar sus capacidades residuales para convertirse en autónomo.¹¹ El niño que recibe encarnizadamente calificativos de "malo" o "bestia" en la familia o en la escuela, tenderá verosímilmente a comportarse de acuerdo con esta predicción con tal de que interiorice esta representación de sí mismo.¹² Pero para regresar a nuestra pregunta inicial: ¿los trastornos psiquiátricos no son también más que el producto de la etiqueta colocada por fuerzas sociales exteriores al individuo?

Las aportaciones de la etnopsiquiatría

Se puede modificar la pregunta, imaginándose lo

que pasaría si no se aplicara etiqueta a una desviación primaria. Jane Murphy ha mostrado de manera convincente,¹³ a partir de estudios de sociedades tan diversas como la de los esquimales de la Isla de Baffin y la de los yoruba de Nigeria, que la esquizofrenia y la depresión están no solamente presentes en estos grupos, sino que existen con una frecuencia muy parecida a la observada en Occidente. No obstante, los términos que designan estos trastornos, las concepciones relativas a su patogénesis y los métodos tradicionales para tratarlas, se parecen poco a los observados en Occidente. Otros trastornos psiquiátricos para los cuales los esquimales no parecen tener términos, son muy evidentes para un observador occidental. Más precisamente, aunque el término de "senilidad" no existe, la comunidad esquimal reconoce que ciertas personas viejas son inválidas y las protege.

Otro problema para la teoría del "etiquetaje" es puesto en evidencia por esta observación de Seymour Kety:¹⁴ si la esquizofrenia es un mito, es entonces el único mito que ha mostrado hasta ahora un cierto grado de herencia. La misma "anomalía" vale para la psicosis maniaco-depresiva.¹⁵ En efecto, es difícil dar cuenta de la transmisión de una generación a otra de un síndrome mítico que se produce incluso cuando padres e hijos están separados desde la iniciación de la vida del niño, y cuando los padres adoptivos que lo crían ignoran la enfermedad de los padres naturales.

Además, la teoría del "etiquetaje" no explica bien la génesis propiamente dicha de los comportamientos desviados. Por ejemplo, Robins ha mostrado claramente que las predicciones de esta teoría no se cumplen en lo que concierne a la génesis del alcoholismo.¹⁶ La mayor parte de los alcohólicos son etiquetados por sus allegados más próximos más que por las autoridades sociales. Además, hay siempre un largo periodo entre el momento en que un paciente se pone a beber mucho y el momento en que es llamado por primera vez alcohólico. De todas maneras, tanto los miembros de la familia como los médicos están en un principio más bien dispuestos a minimizar su trastorno que a sobreestimarlos. Además, el éxito de los "Alcohólicos Anónimos" se basa en la firme convicción de que la rehabilitación necesita la interiorización de la etiqueta "alcohólica" de tal manera que se convierta en la "voz interior" que garantice la abstinencia. De manera aún más impresionante, en el caso de los heroínómanos,¹⁷ los sujetos se etiquetan generalmente ellos mismos (y se comportan en consecuencia), mucho antes de que los miembros de su familia, los médicos o los tribunales socialmente los hayan diagnosticado como tales.

Si no se puede entonces mirar a los trastornos psiquiátricos como a simples epifenómenos debidos al etiquetaje, debemos confrontar la segunda pregunta: ¿En qué medida son "provocados por" o son "respuestas a" las condiciones socioculturales?

Una teoría psicobiológica de la enfermedad

Trataré aquí de demostrar la necesidad científica de una "ley" psicobiológica; y precisamente sostendré la idea de que la enfermedad humana, psiquiátrica o no, expresa siempre e inevitablemente el resultado de un proceso de interacción entre la biología humana y la organización social humana, proceso en el cual la cultura ocupa una posición central. Dentro

de esta perspectiva, los trastornos psiquiátricos constituyen un subconjunto de las enfermedades humanas, y difieren de otras enfermedades por ciertas particularidades pero no globalmente. Este modelo sociomédico de la enfermedad, planteado abruptamente, no gustará ni a los biólogos ni a los sociólogos, en una época en la que la distancia entre las dos disciplinas se ha vuelto casi infranqueable.

No obstante, antes de rechazar esta afirmación, ¡que consideren los hechos! En el terreno de las enfermedades infecciosas la cultura humana es manifiestamente responsable de las condiciones que favorecen su persistencia. Así, según los cálculos y las observaciones de Black¹⁸ sobre la distribución de los anticuerpos en las poblaciones humanas, parecería que enfermedades infecciosas como la rubéola o la poliomielitis no existían en las poblaciones primitivas. Es solamente tras el advenimiento de la revolución agraria neolítica, que produjo la agregación urbana de las poblaciones humanas, que los agentes infecciosos dispusieron de reservorios suficientes para su perpetuación endémica (es decir, permanente en ciertas regiones). Otro ejemplo de interacción entre factores sociales y factores biológicos de las enfermedades es brindado por la comparación de las tasas de mortalidad infantil debida a la rubéola en los países del Tercer Mundo y en los países desarrollados: 1 por 100 mil en los E.U. en 1959, contra 12 por 100 en África tropical.¹⁹ La ausencia de vacunación masiva y la malnutrición se combinan en esta región para producir una mortalidad tan severa.

Se ve bien aquí que incluso cuando una enfermedad tiene causas evidentemente biológicas, su impacto y su persistencia en las poblaciones humanas dependen de factores sociales (campañas de vacunación, nivel de vida que asegure una alimentación suficiente).

Las enfermedades genéticas no son la excepción al principio psicobiológico. Su frecuencia está en función de las modas de matrimonio, de las tasas de mutación (que varían con los daños causados por el hombre al medio como las radiaciones y los mutágenos químicos) y a las diferencias sociales de acceso a las medidas correctivas.

Finalmente, las diferencias de susceptibilidad a las enfermedades en el seno de una población (el terreno hereditario de las enfermedades) reposan sobre la existencia de la variabilidad de ciertos genes que codifican proteínas como las enzimas o los antígenos del sistema mayor de histocompatibilidad. Parece verosímil que la variedad genética o polimorfismo que parece existir, por lo menos para un tercio de los sitios cromosómicos en la especie humana,²⁰ puede expresarse o no según las interacciones del sujeto con el medio, es decir, según su comportamiento. En consecuencia, parece que para numerosas enfermedades o trastornos la combinación de una susceptibilidad genética y de un comportamiento socialmente controlado es lo que produce la enfermedad observada en un sujeto dado.²¹

Por ejemplo, la asociación entre el consumo de cigarrillos por un lado, y el cáncer del pulmón o el enfisema crónico por el otro, es ahora incontestable. Pero no todos los fumadores son atacados. Una hipótesis plausible en lo que concierne al desarrollo del cáncer del pulmón, es que las gentes susceptibles poseen una variante de una enzima, la aril-hidrocarbano-hidroxilasa; variante fácilmente inducible por los carcinógenos y en particular por los contenidos

en el humo.²² De manera análoga, uno de los 24 alelos del inhibidor de una enzima proteolítica, el alfa-1-tripsina, puede dar cuenta del desarrollo del enfisema en algunos grandes fumadores, pero no en otros.²³ Se entiende que los no fumadores dotados de estas variantes genéticas de enzimas mencionadas, tendrán menos oportunidades de desarrollar un cáncer o un enfisema pulmonar. Lo que parece verdadero para las causas lo es evidentemente aún más para las terapias. Lo que la sociedad elige para hacer con el conocimiento que tiene y la manera como distribuye los recursos disponibles, determina la cantidad y la severidad de las enfermedades en su seno.

Una parábola de la sociobiología

Permítanme un ejemplo final un poco exótico pero muy a propósito. El kuru es una enfermedad neurológica maligna que progresa hasta la incapacidad motora completa y a la muerte en el año que sigue a la iniciación de la enfermedad.²⁴ Su restricción al grupo lingüístico Foré, en los altos valles de Nueva Guinea, sugería una transmisión genética. Un rasgo particular de su epidemiología es que, en los adultos, las mujeres son atacadas tres veces más que los hombres, en tanto que en los niños no hay diferencia entre sexos. Si hubiera existido una Universidad Foré que extendiera doctorados en Sociología, se habría podido imaginar la presentación de una tesis sobre el tema: "Kuru, stress y estereotipia de los roles sexuales". Cuando Gajdusek demostró que la causa inmediata del Kuru era un virus lento,^{25*} los biólogos de esta Universidad habrían podido burlarse de lo que hubieran dado en llamar "un nuevo ejemplo del espíritu de confusión propio de las ciencias sociales". ¡Pero esperen! En la tesis de nuestro sociólogo e hipotético no todo debe ser rechazado. El virus explica la existencia de la enfermedad, pero no su distribución según los sexos en los adultos. Y aquí es el rol social ligado al sexo lo que lo explica. En efecto, el canibalismo ritual, en tanto que rito de duelo en honor del difunto, disemina fragmentos de tejidos cerebrales altamente infecciosos sobre la piel y las mucosas de todos los participantes a la ceremonia, que son sobre todo mujeres y niños. Si esta sociedad de Guinea hubiera abolido la diferencia de los roles entre los sexos, habría también abolido la diferencia de la mortalidad matando con la misma frecuencia hombres y mujeres. Pero esto no es lo que ocurrió. En efecto, los Foré han evolucionado de una cultura de la Edad de Piedra a una sociedad moderna de cultivadores de café dotada de una economía monetaria: el canibalismo ha desaparecido, y la frecuencia de la enfermedad ha declinado fuertemente durante los últimos quince años. Esta historia edificante es una parábola de la sociobiología. Inclusive, cuando las causas inmediatas de una enfermedad son tan poco culturales como un virus, su frecuencia, su distribución y su perpetuación están no obstante determinadas por la manera en la que la cultura establece los roles de los hombres, las mujeres, los niños y los adultos.

La progresión de las enfermedades mentales

En lo que concierne a los trastornos psiquiátricos, los ejemplos de interacción entre factores sociales y

* Se ha llegado a la conclusión de que se trata del virus causante de la enfermedad de Kreutzfeldt-Jakob. (N. del T.)

factores biológicos son numerosos. El aumento de la longevidad debido a los progresos de la medicina y a la elevación del nivel de vida, permite a un número creciente de individuos vivir hasta una edad en la que arriesgan el ser atacados por la "demencia senil". Hay que esperar pues un aumento en los próximos años de la carga de los servicios de salud mental. Otro ejemplo concierne a la frecuencia de la esquizofrenia que tiende a aumentar en el seno de las poblaciones en razón de los nuevos modos sociales de tratamiento de los trastornos psiquiátricos (comunidades terapéuticas). En efecto, la amplitud reproductora de los esquizofrénicos era otrora muy débil en razón de la escasa probabilidad de matrimonio tras la aparición de la enfermedad, probabilidad más débil en los hombres que en las mujeres.²⁵ Esta desventaja selectiva ha disminuido durante el periodo 1940-1960, en primer lugar porque la edad del primer embarazo se ha vuelto más precoz en el seno de la población de los Estados Unidos. Pero además, durante los últimos 15 años, el acortamiento de los periodos de hospitalización y el "movimiento de comunidades terapéuticas" han disminuido aun los efectos selectivos. Dado que existen fuertes presunciones de que la esquizofrenia sea en parte el resultado de predisposiciones hereditarias,¹⁴ es inevitable que la representación genética de esta enfermedad aumente en el seno de la población. Por otra parte, hay buenas razones para sospechar que no solamente los padres esquizofrénicos tienen más oportunidades de tener hijos esquizofrénicos, sino también de tener hijos no esquizofrénicos que presenten trastornos de la emotividad o del comportamiento en razón de las dificultades de su educación.

Confieso mostrar alguna perversidad tratando este tema. Cuando uno se interroga sobre la relación entre psiquiatría y sociedad, no tiene generalmente en vista el discutir los efectos de la longevidad, los modos de fertilidad o los tratamientos en comunidades terapéuticas sobre la frecuencia de las enfermedades psiquiátricas. Algunos autores lo toman a este nivel muy elemental que consiste en no examinar más que la manera en la que la cultura determina el contenido de los síntomas. Por ejemplo, solamente un francés podrá tener el delirio grandioso de ser el general De Gaulle, o un norteamericano de ser el general MacArthur (aunque actualmente las retransmisiones televisadas por vía satélite pueden hacer disminuir mucho la selectividad nacional del objeto de los delirios). Otros autores son partidarios de la unilateralidad: algunos afirman que los trastornos del comportamiento son siempre adquiridos; otros, que son moléculas "erróneas" las que dan nacimiento a un psiquismo "erróneo".²⁷ Estas aseveraciones de unilateralidad de las causas dejan desgraciadamente de lado a la concepción, no obstante fundamental, según la cual el comportamiento resulta de la interacción del organismo —todo el organismo, comprendido su equipo genético— con el ambiente en el curso del desarrollo y en particular por el ambiente social.²⁸

La desintegración social

Sobre la base de este enfoque global del determinismo biosocial del comportamiento, observemos, para concluir, dos categorías de problemas encontrados por los psiquiatras 1) las diferencias entre clases sociales en lo que concierne a la psicopatología, y 2) las diferencias entre los sexos en lo que concier-

ne a ciertos trastornos psiquiátricos.

Hace más de 30 años, Faris y Dunham mostraron que las tasas de la primera admisión en hospital psiquiátrico, para la mayor parte de las psicosis, eran elevadas en los barrios pobres de las ciudades y decrecían a medida que se aproximaban a los barrios ricos.²⁹ Formularon la hipótesis de que la "desorganización" social hace imposibles la comunicación y la comprensión, produciendo "un comportamiento ininteligible que se tiende a reconocer como trastorno mental". Estudios ulteriores confirmaron esta relación inversa entre clase social y psicopatología e implicaron a la desintegración social y al stress debido al ambiente como causas fundamentales del fenómeno observado.³⁰ No obstante, estas observaciones podían eventualmente interpretarse también en términos de predisposición genética o de deslizamiento social hacia abajo de personas vulnerables. Más aún, en la sociedad americana, en donde la movilidad social hacia arriba es una tendencia secular, sería posible que a medida que los miembros sanos de la clase inferior suben en la escala social, dejan detrás de ellos a una población cada vez más vulnerable a la enfermedad.³ Los hechos recogidos hasta aquí no permiten pronunciarse entre estas diferentes hipótesis. En efecto, es posible que los diferentes factores interactúen, así como la incapacidad social resultante de los trastornos mentales es un obstáculo a la autosuficiencia económica. Además, los factores genéticos de las psicosis mayores tienden a favorecer la acumulación de los casos en el seno de las familias, haciendo su supervivencia bastante más difícil. Por lo demás, sería increíble que el medio social de los barrios bajos tuviera un efecto salubre sobre la salud mental. No obstante, yo no digo que todos los puntos de vista son igualmente correctos y que no existe el problema. Pero hay que darse cuenta que el efecto de cada uno de los factores no será valorable más que el día en el que dispongamos de marcadores biológicos de las predisposiciones hereditarias por un lado, y de mejores definiciones de lo que significan "stress y desorganización" por el otro.³¹

La depresión nerviosa, enfermedad femenina

El segundo enigma se plantea sobre las diferencias sustanciales y bien demostradas que existen entre los sexos en la distribución de los trastornos psiquiátricos.³² Por ejemplo, se constata que las mujeres son dos veces más frecuentemente atacadas de depresión que los hombres, y tres veces más frecuentemente de neurosis, en tanto que los hombres son cuatro veces más frecuentemente toxicómanos. Me limitaré a estudiar aquí la predominancia femenina para la depresión. Los hechos no concuerdan con la hipótesis de una liga de ese trastorno psíquico con el papel de las hormonas sexuales o con una predisposición hereditaria que estuviera ligada al cromosoma X. Pero un hecho sorprendente y varias veces confirmado es que los síntomas depresivos atacan sobre todo a las mujeres casadas y mucho menos a las mujeres solteras, divorciadas o viudas.³³ Todo ocurre como si el hecho de estar casado ejerciera un efecto protector contra la depresión en los hombres, pero un efecto agravante en las mujeres. Una explicación podría ser que existe un efecto selectivo ligado al matrimonio. Por ejemplo, ¿la depresión impediría a los hombres casarse? Pero no existe ninguna prueba de que sea así. Otra explicación podría ser que las mujeres que

no se casan constituyen tal vez un grupo particular de mujeres más seguras e independientes y menos proclives a la depresión.

Una hipótesis muy actual atribuye la predominancia femenina para la depresión "a las dificultades y a las limitaciones asociadas al rol femenino en las sociedades occidentales modernas".³⁴ En efecto, en tanto que los hombres casados tienen dos fuentes posibles de gratificación, siendo una el rol profesional y la otra el rol conyugal, la mujer "de casa" no tiene más que la segunda. Si el trabajo en el exterior tiende a igualar los roles entre marido y mujer,³⁵ las mujeres "que trabajan" permanecen no obstante más deprimidas que sus maridos. Esto no nos sorprende. Hay estudios tanto en países capitalistas como en socialistas, que muestran que cuando el marido y la mujer trabajan, las mujeres continúan cumpliendo las tres cuartas partes de los trabajos de la casa y de los cuidados a los hijos.³⁵ Una opinión popular dice que la depresión femenina provendría del efecto del "nido vacío" que sigue a la partida de los hijos. Pero según Radloff³⁶ y Brown, son en realidad las mujeres casadas de la clase trabajadora, que tienen hijos y que permanecen en la casa, las que son más frecuentemente atacadas por la depresión.³⁶ Se ha constatado que las mujeres de la clase trabajadora están cinco veces más sujetas a la depresión que las mujeres de la clase media. El hecho de trabajar en el exterior parece disminuir la incidencia de la depresión, en tanto que la pobreza de la relación interpersonal con el marido parece aumentarla. Los desacuerdos conyugales precipitan frecuentemente la depresión: algunos estudios han mostrado que las quejas relativas a las dificultades conyugales son más frecuentemente expresadas por las mujeres deprimidas que por las otras, y que los problemas conyugales parecen desaparecer a la remisión de la depresión clínica.³⁷ Además, Miller e Ingham³⁸ han encontrado que la ausencia de amigos está asociada a una fuerte frecuencia de síntomas psicológicos tales como la depresión y la ansiedad.

Los hechos son suficientemente claros: las mujeres casadas están más generalmente deprimidas; la frecuencia y la gravedad de sus síntomas están en correlación directa con la falta de intimidad conyugal (en el sentido amplio y no solamente sexual), la falta de sostén en los cuidados a los hijos, la falta de un trabajo exterior que pueda socializarlas y la falta de amigos. Las diferencias de vulnerabilidad podrían bien resultar de este modo de la socialización de las mujeres que toman el éxito de las relaciones interpersonales como pilar esencial de la estima de sí mismas.³⁹ No obstante, nada de todo esto excluye a los factores genéticos u hormonales en tanto que factores suplementarios de vulnerabilidad. En efecto, el análisis de estas interacciones podría brindar una especie de "Piedra de la Roseta" en lo que concierne a la comprensión de la patogénesis de la depresión.

El papel del psiquiatra

Para el clínico es un imperativo categórico el tratar de aliviar el stress social por todos los medios posibles. El que la discordia conyugal sea o no suficiente para precipitar la depresión clínica, es una desdicha humana que merece que se consagre a rectificación. Cuando se les niega su derecho a las mujeres, es parte de la tarea del médico el sostenerlas en su lucha para obtener estos derechos. No es

necesario esperar que la justicia o la comprensión social nos liberen de los trastornos psiquiátricos. Las contrariedades ligadas al rol sexual femenino son fuentes de desdicha y de apocamiento. La eliminación de esta fuente de sufrimiento forma parte de los cuidados médicos, incluso si esto desborda un poco el cuadro de la terapéutica clásica. Los hechos obtenidos hasta ahora demuestran que los medicamentos antidepresivos son ciertamente eficaces, pero también que la psicoterapia contribuye a la restauración de la función social.³⁷ Los cuidados médicos de los psiquiatras o de los médicos generales han sido recientemente muy criticados⁴⁰ y se dice que las diferencias en las tasas de mortalidad y de morbilidad podrían ser más bien el resultado de cambios en el modo de vida y no en los progresos médicos. Pero lo que en general se olvida reconocer, es el rol social del médico que brinda una reconfortante ayuda moral y física a las personas; y esto es una herencia que la medicina tiene de los curanderos, que así aliviaban a la gente desde los albores de la humanidad mucho antes que se hubieran desarrollado las técnicas terapéuticas.⁴¹

Los psiquiatras de ahora, de la misma manera que todos los médicos, no están tan lejos de la tradición de los curanderos. No se cura la esquizofrenia o la depresión, se tienen solamente medicamentos eficaces que atenúan los síntomas agudos y disminuyen su recurrencia. Pero el paciente sigue siendo una persona, con sus problemas familiares, sus preocupaciones individuales, y con la molestia que le produce la aparición de su aflicción. No se puede tolerar ni una psiquiatría que deje de lado al cerebro, que ignore la biología del Sistema Nervioso Central porque se preocupe únicamente del psiquismo, ni una psiquiatría que no se preocupe más que de los remedios técnicos y deje de lado al psiquismo, ignorando los problemas personales y la realidad social.

BIBLIOGRAFIA

1. *Report of International Pilot Study of Schizophrenia*, World Health Organization, Ginebra, 1973.
2. CHOROVER, S.L.: *Psychol. Today*, 7:43, 1973.
3. GRUENBERG, E. M.: *Causes of mental disorders: a review of epidemiologic knowledge*, Milbank Memorial Fund, New York, 266, 1961.
4. GOFFMAN, E.: *Asylums*, Doubleday, 1961.
5. EISENBERG, L.: *Science*, 176:123, 1972.
6. LEMERT, E.: *Social Pathology*, McGraw-Hill, 1951; *Human deviance, social problems and social control*, Prentice-Hall, 1967.
7. JOHNSON, W.: *People in quandaries*, Harper, 1946.
8. JOHNSON, W.: *Quart. J. Speech*, 30:330, 1944.
9. LEMERT, E. M.: *J. Speech and Hear. Dis.*, 18:168, 1953.
10. STEWART, J.L.: *J. Speech and Hear. Dis.*, Monograph supplement VI, 1-87, 1960.
11. SCOTT, R.A.: *The making of blind men*, Russel Sage, 1969.
12. EISENBERG, L., EARLS, F.J.: D.A. Hamburg (ed.) *American handbook of psychiatry*, vol. VI, Basic Books, 275-291, 1975.
13. MURPHY, J.M.: *Science*, 191:1019, 1976.
14. KETY, S.S.: *Amer. J. Psychiat.*, 131:957, 1974.
15. SLATER, E., COWIE, V.: *The genetics of mental disorders*, Oxford University Press, 1971.
16. ROBINS, L.N.: W. R. Gobe (ed.) *The labelling of deviance*, Wiley, 21-34, 1974.
17. MACAULIFFE, W. E.: *Ibid*, 205-242.
18. BLACK, F.L.: *Science*, 187:515, 1975.
19. Editorial, *Lancet*, ii, 132, 1976.
- BASS, J.W., HOLSTEAD, S.B., FISHER, G.W.: *Jama*, 235:31, 1976.

- BIRCH, H.G., GUSSOW, J.D.: *Disadvantaged children: health nutrition and school failure*, Harcourt, Brace and World, 1970.
20. HARRIS, H., HOPKINSON, D.A.: *Ann. Human Genet.*, 36:9, 1972.
21. CHILDS, B.: *J. Pediat.*, 87:1125, 1975.
22. KELLERMAN, G. SHAW, C.R., LUYTEN-KELLERMAN, M.: *N. Engl. J. Med.*, 289-934, 1973.
23. TALAMO, R.C.: *Pediat.*, 56:91, 1975.
24. GAJDUSEK, D.C., GIBBS, C. J.: *The nervous system*, vol. II. *The clinical neurosciences*, Raven Press, 113-135, 1975.
25. GAJDUSEK, D.C., GIBBS, C.J., ALPERS, M.: *Nature*, 209:794, 1966.
26. BODMER, W.F.: *Proc. Nat. Acad. Sci.*, 59:690, 1968.
27. PAULING, L.: *Science*, 160:265, 1968.
28. SCHNEIRLA, T.C.: Harris, D.B. (ed.): *The concept of development*, University of Minnesota Press, 78-108, 1957.
- SCHNEIRLA, T.C., ROSENBLATT, J.S.: *Am. J. Orthopsychiat.*, 31:223, 1961.
29. FARIS, R.E.L., DUNHAM, H.W.: *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*, University of Chicago Press, 1939.
30. HOLLIGSHED, A.B., REDLICH, F.C.: *Social class and mental illness*, Wiley, 1958.
- LEIGHTON, D.C., HARDING, J.S., MACKLIN, D.B.: *The character of danger*, Basic Books, New York, 1963.
- SROLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S. T.: *Mental health in the metropolis*, McGraw-Hill, 1962.
31. DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S.: *Ann. Rev. Psychol.*, 25:417, 1974.
32. EISENBERG, L.: *On the differential distribution of psychiatric disorders by sex*, Conference, Le Fait Féminin, Centre Royaumont pour une science de l'homme, Paris, 3-5 sept. 1976 (à paraître).
- WEISSMAN, M.M., KLERMAN, G.L.: *Arch. Gen. Psychiat.*, 34:98 1977.
33. GOVE, W.R.: *Social forces*, 51:34, 1972.
- RADLOFF, L.: *Sex roles*, 1:249, 1975.
34. GOVE, W.R., TUDOR, J.F.: *Am. J. Sociol.* 78-812, 1973.
35. SZALAI, A.: *The use of time: daily activities of urban and suburban populations in twelve countries*, Mouton, 1973.
36. BROWN, G., BHROLCHAIN, M., HARRIS, T.O.: *Sociology*, 9:225, 1975.
37. WEISSMAN, M. M.; PAYKEL, E.S.: *The depressed woman: a study of social relationships*, University of Chicago Press, 1974.
38. MILLER, P., INGHAM, J.G.: *Soc. Psychiat.*, 11:51, 1976.
39. BARDWICK, J. M.: *Psychology of women: a study of biosocial conflict*, Harper and Row, 1971.
40. ILLICH, I.: *Némésis médicale*, Seuil, 1975.
41. KLEINMAN, A. M.: *Ethnomedicine*, 3:27, 1974.