

**“ALGUNAS ACTITUDES NEGATIVAS DEL PSIQUIATRA
Y DEL PSICOLOGO QUE IMPIDEN EL DESARROLLO
DE LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA O SOCIAL” ***

DR. JOSE REMUS ARAICO **

La explosión demográfica ha traído aparejada la necesidad de nuevas adaptaciones de millones de individuos en este universo psicosocial cambiante e inestable. Es sobretodo el fracaso de la capacidad predictiva del entorno, lo que causa muchos de los males mentales del hombre moderno. La rapidez de los cambios, las presiones de la emigración interna, la regresión crónica pseudogenital de la sociedad de consumo y la inestabilidad política, disparan en millones de ciudadanos a que el yo recurra a mecanismos defensivos de emergencia, lo que da lugar a configuraciones sintomáticas que se parecen a los antiguos cuadros traumáticos, que antes nos eran aislados y ahora nos son cotidianos y masivos. Antes, las alteraciones sociopáticas se nos contrastaban bien en el cuadro de una sociedad con valores definidos; ahora, parece adaptiva la “viveza sociopática”. El uso de estimulantes, la conducta violenta, la desintegración familiar, el abuso de la autoridad a muchos niveles, aún intrafamiliares, es cosa de todos los días. De ninguna manera pienso que el mundo pasado fue mejor, sino esta apertura de mi trabajo es sólo para enfatizar, que la Psiquiatría debe tomar caminos más humanistas, más globales, más sociales, inventando nuevas técnicas de tratamientos de grandes grupos, o sea, crear una verdadera Psiquiatría Comunitaria o Social, que critique también constructivamente a las instituciones sociales que no deben deshumanizarse en la fascinación por la máquina y por la ecuación.

Por otro lado, los gobiernos en general, pero sobretodo los gobiernos de países con escasos recursos, no dan nunca una alta prioridad en el gasto público a los programas de salud mental y a la investigación de técnicas de psicoterapia. El simple dar de comer a grandes masas de población se convierte en decisión impostergable de prioridad.

Estos dos grupos de factores, el medio mismo y la escasez de los presupuestos para la salud mental, han incrementado el marginalismo psicosocial de muchísimos enfermos mentales, y los psiquiatras y psicólogos clínicos no estamos exentos de ser, con diversas actitudes motivos de este trabajo, otros contribuyentes inconscientes de este marginalismo del enfermo mental.

* Presentado en el Simposium: “Problemática del Desarrollo Social y Psiquiatría. VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Mayo 1975.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los técnicos clínicos de la conducta humana pertenecemos a un estrato socioeconómico de las profesiones de servicio, por lo que estamos inmersos e inevitablemente sujetos a las presiones de ese status, donde la oferta y la demanda, la búsqueda de satisfactores y de seguridad, nos impele a escalar estratos que se viven, no digo que lo sean, como más seguros. No olvidemos que pertenecemos al mismo universo que margina cruelmente a millones de seres en una competencia de perfiles carnívoros, de persecución de la presa por el predador. En algún trabajo conjunto anterior desarrollamos dos conceptos que acercan el psicoanálisis a las ciencias sociales: el de “inconsciente de clase” y el de una “polaridad dialéctica de núcleos yóicos conservadores-liberales”, que están contenidos en dicho “inconsciente de clase”.

Por nuestros mismos procesos adaptativos, los psiquiatras y psicólogos racionalizamos y negamos que podemos inconscientemente sentir rechazo por el trabajo con marginados psicosociales, como son la gran mayoría de los enfermos mentales. Por las mismas necesidades adaptativas, tenemos que racionalizar y enmascarar de alguna manera este disgusto. Se me podría decir que todo médico y todo psicólogo clínico, “debieran tener conciencia social”; prefiero ir a las actitudes atrás de las máscaras que a la discusión hueca de la bondad y la caridad. Si no se tiene una dosis suficiente de conciencia social, creo que es mucho más útil nombrar y reconocer las actitudes que impiden el desarrollo en el técnico clínico de la conducta humana de esa conciencia social. En otras palabras, el enriquecimiento y la evolución de los núcleos liberales.

Si no hay un presupuesto inagotable para la salud mental, y si los cuadros que se nos presentan son cada vez más numerosos y con nuevos perfiles, yo creo que sólo la cooperación de todos los niveles técnicos del que trabaja en psiquiatría, nos permitirá desarrollar una conciencia social distinta, primero en nosotros mismos, para después saber más de la enfermedad mental, sobretodo para crear, inventar y desarrollar nuevas técnicas de tratamiento de psicoterapia y también nuevas técnicas de enseñanza de la psiquiatría.

Tres son las actitudes, o grupos de actitudes, no siempre conscientes en el técnico clínico de la conducta humana, que son negativas para el desarrollo y el progreso de la Psiquiatría Social. Son negativas sobretodo, porque para mantenerlas negadas, minimizadas o inconscientes, usamos racionalizaciones y prejuicios que parcializan y fragmentan la psiquiatría en lugar de intracomunicarnos los diferentes grupos.

Este trabajo pretende solamente traer a un Simposium un factor poco considerado en la psiquiatría social, el del psiquiatra mismo como un ser inmerso en el propio universo al que presta sus servicios y en donde se ha originado desde niño su peculiar polaridad conservadora-liberal.

La identidad de grupo que de fuerza y compacta a un individuo con sus compañeros y líder, conlleva una cierta proclividad para la actitud prejuiciosa. Y el prejuicio requiere, inevitablemente, para su organización y mantenimiento, de una

cierta idealización enfermiza de un aspecto parcial de lo que es un complejo total. Este sería la explicación psicodinámica que ofrezco a ustedes acerca de la fragmentación técnica de la psiquiatría, que impide la colaboración de técnicos de diversas tendencias, o que manejamos conocimientos parciales, del complejo total de la conducta humana “normal o patológica”.

La primera actitud defensiva contra el desarrollo de la Psiquiatría Social o comunitaria, sería la del técnico clínico que se escapa a la preferencia de sus servicios a una élite socioeconómica, con la racionalización nihilista de que su destino no es curar a toda la humanidad y que sólo puede hacer algo por unos cuantos. Esta actitud se puede dar tanto en el que atiende 50 minutos a su cliente con alguna técnica psicoterápica, como en aquel que sólo lo ve unos minutos para un programa de modificación de conducta, o a aquel otro aún con menos tiempo para ajustar la nueva dosis del último medicamento del mercado. Lo que importa señalar, no es la búsqueda justa o injusta de un status, sino la racionalización pesimista que el técnico clínico se ha hecho a sí mismo de que no es posible ayudar a los marginados mentales. La realidad que observa en su propio consultorio, sobretodo si tiene la preparación para entender las motivaciones inconscientes de sus pacientes, le mostrará con cierta frecuencia que la explotación de otros seres humanos rinde beneficios concretos para elevarse de status. Puede idealizar su técnica particular, y no sin razón pues es experto y ve sus resultados, pero con un pesimismo prejuicioso hacia otras técnicas, se impide la posibilidad de colaborar en planes de Psiquiatría Comunitaria en donde su experiencia sería valiosa.

La segunda actitud defensiva de los clínicos de la conducta humana contra el avance de la Psiquiatría Social o Comunitaria, consiste en la fascinación idealizada por un conocimiento nuevo que se fragmenta del cuerpo total del conocimiento psicológico y se le eleva al equívoco rango del paradigma final. Con la autopropaganda de un cientificismo, ya que no de una actitud científica, se escapa de la realidad social compleja como el religioso, erige en dogma el nuevo descubrimiento, o la parcialización de alguna técnica ya afinada, se recluye en el laboratorio o la sala de experimentación como si fuera un templo, y desde allí pontifica adherido a la metafísica ilusión de las causas primeras y los fines últimos. Si se dedica a la psicoterapia, se declara sacerdote de la última moda técnica, aunque ésta sea iatrogénica, pues no se le puede probar ésto, y si se dice experto en bioquímica de la mente le hará el juego a los manejos de los precios de las drogas en la sociedad consumo, pero con su adecuada participación. Tiene razón en parte de lo que hace, más si lo hace bien, pero el peligro está en la parcialización y en el dogmatismo. Este dogmatismo puede vestir el ropaje de la más “depurada lógica y matemática”.

Si cambia de actitud percibiendo globalmente al ser humano, también puede subir de status, inclusive justificar honradamente su inclusión en partidas oficiales de investigación, pero sobretodo, puede entonces acercarse sin prejuicios dogmáticos a otros técnicos clínicos para colaborar en equipos interdisciplinarios.

La tercera actitud defensiva, es la de la ilusión de que los males mentales son consecuencia de la mala estructura de la sociedad, ya sea capitalista o comunista. El peligro de esta posición, es la de tratar de convertir toda la psiquiatría en una nueva sociología y el abandonar la salud mental al cambio de las instituciones sociales y de los sistemas políticos. Es innegable que la psiquiatría y la psicología, en la que aquella se basa, están en el mismo carro tirado por dos caballos el de las Ciencias Médicas y Biológicas y el de las Ciencias Sociales. De este doble origen parten fundamentalmente las escisiones e idealizaciones de grupos dentro de la misma Psiquiatría y de la Psicología. Las ciencias biológicas son más cercanas a las ciencias exactas y siguen en su desarrollo un modelo lineal, donde los nuevos conocimientos son meros jalones que detienen el tren para su revisión con el descarte de los conceptos o técnicas que se vuelven obsoletos. En cambio, por las características mismas de las ciencias sociales, donde el observador científico es siempre más participante que en las ciencias exactas, el desarrollo es siempre, y probablemente así lo será, de modelo pendular, en el que cada descubrimiento, difícilmente teorizado y no pocas veces ideológicamente sostenido, inicia un viaje pendular de oposición que fascina al científico. El entusiasmo auténtico puede arrastrarnos a seguir como hipnotizados el movimiento que sólo es pendular y con poco avance lineal, como si esta nueva oscilación fuera la meta y el destino definitivos. La idealización ideológica social y política de la psiquiatría y de la psicología, no aíslan al técnico tanto como en las otras dos actitudes descritas, pero le llevan a meter mucho ruido en el trabajo de equipo sin que se oiga música orquestada. Si con esta actitud parcial se llega a asesor político, se corre el riesgo de acelerar el movimiento pendular y retrasar así el avance lineal.

El técnico clínico con intereses y conocimientos sociales evita así participar sin demagogia en planes de largo alcance de la Psiquiatría Social o Comunitaria.

Necesariamente para enfatizar mi mensaje explicativo de tres actitudes o grupos de actitudes del técnico clínico de la conducta que retardan el avance de la Psiquiatría Social, tuve que aparecer momentáneamente parcial y hasta prejuicioso, imaginando a mi vez un campo intermedio aséptico de malentendidos, pero nada más lejos de esto. Si estamos conscientes de la doble corriente biológica y social que nutre a la psiquiatría y a la psicología así como el inevitable modelo pendular de sus desarrollos, podemos evitar las escisiones que las fragmentan y crear así una mejor Psiquiatría Comunitaria para grandes masas de población. Como psiquiatras, somos inevitablemente un producto híbrido de dos modelos del desarrollo científico. De nosotros depende que seamos un híbrido nutriente de millones de marginados o un espécimen estéril de laboratorio.

Para terminar, sólo deseo resumir lo siguiente: el escape al servicio de la élite socioeconómica con el pesimismo por la psiquiatría social, la idealización pseudocientífica de un avance parcial y la politización excesiva de la tarea psiquiátrica, son las tres actitudes del clínico de la conducta que pueden aumentar, consciente o inconscientemente, el marginalismo psicosocial del enfermo mental.

DR. JOSE REMUS ARAICO

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán, 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50