

¿PUEDE NO INCLUIRSE LA SUBJETIVIDAD EN LA FORMACION EN ATENCION A LA SALUD?

Enrique Guinsberg *

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México

Correo electrónico: gbj1567@correo.xoc.uam.mx

El título de la presente ponencia puede hacer pensar que se trata de algo evidente, obvio y tan incuestionable que no tiene sentido una reiteración más al respecto. Sin embargo de manera alguna es así, y en muchos países -o en algunos sectores de los mismos, sobre todo del campo médico tradicional- tales problemáticas son tenidas escasamente en cuenta o lisa y llanamente no lo son, más allá de que es muy difícil que esto sea reconocido de manera explícita, aunque los hechos lo corroboren: en efecto, en muchas licenciaturas o posgrados vinculados a medicina social o salud colectiva el estudio de la subjetividad no existe, o lo está de manera limitada.

El problema es más serio de lo que parece, y en definitiva se trata de formas de acercamiento al conocimiento, donde prima una perspectiva cerrada de separación entre cuerpo y psiquismo, como si ambos estuviesen completamente separados y por tanto *pueden* y *deben* estudiarse de tal manera. Claro que esto sólo ocurre en el campo médico, aunque en otros -como se verá más adelante-, se producen distorsiones de otro tipo, aunque igualmente serias en cuanto visiones erróneas.

Es cierto que por un tiempo muy largo han existido posturas *disciplinarias* que convalidaron tal situación, pero desde hace tiempo se comprende no sólo la necesidad de perspectivas *interdisciplinarias* sino, sobre todo, *transdisciplinarias*¹, que ofrecen una perspectiva no sólo más completa sino también más real del sujeto humano. Por supuesto no exclusivamente en el campo de la salud sino en todos, entre ellos el de la comunicación, donde muchos especialistas del mismo, al desconocer la importancia de la subjetividad, no pueden comprender de manera completa aspectos importantes de su campo, entre ellos el problema de la recepción².

¿Por qué se mantiene esta separación? Históricamente debe resaltarse el peso independiente de las distintas disciplinas -que, salvo excepciones, se mantiene en la mayoría de las carreras médicas-, sin desconocerse que la importante cantidad de teorías psicológicas existentes, y la mayor o menor diferenciación de ellas en sus seguidores, ha hecho que no pocos médicos dudasen de conocimientos tan diferentes al de la precisión que consideran tiene la suya (como si esto siempre fuese real), y en vez de buscar alternativas, adoptan la separación tajante entre ellas y actuando en consecuencia con una premisa equivocada, lo que no cambia por lo conocido de distorsiones de otro tipo.

Por supuesto esto no es exclusivo de ellos. Se sabe que en las diferentes posturas del campo psicológico muchas veces existe el que se conoce como *psicologismo*, que si bien puede llegar a ser una reacción al *organicismo* o *biologicismo*, cae igualmente en una visión unilateral. Reacción porque en siglos pasados siempre se buscaba (lo que no ha desaparecido) una explicación biológica a los problemas de la llamada "salud mental", al estilo de desórdenes en la médula espinal para los afectados por la Parálisis General

* Psicólogo, Maestro en Ciencias de la Comunicación, Doctor en Estudios Latinoamericanos. Profesor-Investigador en la Carrera de Psicología y en Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF. Codirector de la revista *Subjetividad y Cultura*.

1 Se entienden como tal estudios e investigaciones no realizados como coordinación de trabajos parciales que partan de disciplinas particulares, sino formulados desde el inicio como un estudio integral de problemas de la realidad no encasillables dentro de los límites de tales disciplinas" (García, Rolando, *Interdisciplinarietà*, edición en mimeo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1982).

2 Esto se encuentra mucho más desarrollado en mi libro *Control de los medios, control del hombre. Medios masivos y formación psicosocial*, 1ª ed. Nuevomar, México, 1985; 2ª ed. Pangea/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1988; 3ª ed. (corregida y aumentada) Plaza y Valdés, México, 2005.

Progresiva -lo que hizo que, por ejemplo, se creyese que la histeria es causada por perturbaciones del útero y por tanto inexistente en los hombres-, por lo que profesionales del campo *psi*, con conciencia de que ello no es cierto, han podido caer, y no pocos siguen cayendo, en una perspectiva inversa pero similar en significado. Incluso ofreciendo explicaciones pseudo-psicológicas de expresiones sociales que tienen, total o parcialmente, otra causalidad³.

Por lo que también miembros del campo social -sociólogos, politólogos, etc.- caen o pueden caer en el *sociologismo*, negando implícita o explícitamente las significaciones de la subjetividad en los problemas que estudian: lo primero cuando dicen no hacerlo, pero que al no aparecer, de hecho lo implica. En esta perspectiva toda explicación es únicamente social, con prescindencia de aspectos psicológicos que pueden existir y no son señalados o desconocidos⁴. Aquí es importante destacar cómo esto puede llegar a una comprensión parcial o errónea de aspectos del propio campo social o político, donde los aspectos de la subjetividad tienen peso, tal como lo expresa abiertamente un miembro de este campo⁵.

Puede entonces verse que el problema no es sólo médico, aunque aquí se subraya a este campo por presentarse este trabajo en una reunión de medicina social y de salud colectiva, pero se haría algo similar de presentarse en uno psicológico o sociológico en tanto ellos pueden compartir -aunque en otras perspectivas- una distorsión similar.

Aquí, por el contrario, se parte de una comprensión *biopsicosocial* del sujeto humano, sin guiones intermedios que puedan dar la visión de una separación que no existe. Es decir que así como nadie puede discutir el carácter *orgánico* de cada persona, como tampoco el *social*, con idéntica razón ocurre con el *subjetivo*. Y por tanto en todo lo que le ocurre a cada uno participan todos los factores, más allá de que en cada situación el peso de cada parte pueda ser diferente⁶.

Y no puede ser de otra manera cuando el sujeto humano es de por sí un *sujeto social*, que alcanza una subjetividad específica de acuerdo a múltiples y complejos factores. Al desarrollarse en un contexto específico adquiere un determinado lenguaje, formas de comportamiento históricas del momento, y todos los etcéteras que se quiera, junto a lo cual constituye una subjetividad de acuerdo a lo que Freud llamó "series complementarias" (herencia, formas constitucionales, primeros años de vida, circunstancias sexuales y actuales...)⁷, donde incluso hermanos gemelos univitelinos pueden ser claramente diferentes aunque hereditariamente iguales, pero con expresiones sociales y familiares interiorizadas de manera distinta.

3 Entre tantos ejemplos posibles, decir que el capitalismo es la etapa anal de la sociedad, donde la válido para un individuo de la misma, pierde su valor al proyectarse a otras esferas. O la explicación unilateral de Freud respecto a la pulsión de muerte respecto a las causas de las guerras. Por supuesto pueden darse muchos más ejemplos similares.

4 Una distorsión de este tipo es claramente visible en algunas vertientes del "marxismo" dogmático, que niega la subjetividad por considerar que sólo es un "reflejo" de los aspectos estructurales siempre existentes, postura en la que no caen seguidores del marxismo creativos y abiertos. Al considerar los primeros que en definitiva todo es producto de problemas de clase, lo subjetivo es algo de lo que puede prescindirse, o en el mejor de los casos verse como aspecto secundario. Sobre esto podrían ofrecerse múltiples ejemplos tomados tanto de materiales teóricos como de experiencia clínica. Frente a esto han existido y existen perspectivas marxistas que sí reconocen y asumen la importancia de la subjetividad sin negar ni lo orgánico ni lo social.

5 Sobre esto véase Lechner, Norbert, Los patios interiores de la democracia. Subjetividad y política, Siglo XXI, Fondo de Cultura Económica, México, 1995. En este sentido podrían citarse otros autores del campo sociológico.

6 En todas mis actividades docentes formula una pregunta a los alumnos, ofreciéndoles incluso un interesante premio, a quién pueda dar aunque sólo sea un ejemplo de una práctica humana (excepto de funciones biológicas básicas) que no esté al menos atravesada por la presencia de algo subjetivo o social. Hasta ahora nadie pudo hacerlo.

7 Freud, Sigmund, en la 23ª conferencia, "Los caminos de la formación de síntomas", en "Conferencias de introducción al psicoanálisis", Obras completas, Amorrortu Editores, tomo XVI, Buenos Aires, 1976, p. 330

Las nociones de “salud mental” y de “normalidad”

Pero aceptando que todo concepto de *salud* conlleva una visión integral de la persona, incluyendo lo que se conoce como “*salud mental*” y sin olvidar las condiciones sociales en las que vive -como se expondrá más adelante-, es posible ver que incluso los criterios de “salud mental” son una expresión más de lo indicado precedentemente. Si bien para el campo psicoanalítico ella no puede existir de manera completa porque cada sujeto inevitablemente tiene un *conflicto psíquico* consecuente con su evolución libidinal y condiciones sociales -algo contrario al modelo ideal que señala la Organización Mundial de la Salud de que es “no sólo la ausencia de enfermedad sino el perfecto estado de salud mental, social y físico”-, aunque el mismo no implique una clara psicopatología nadie puede arrogarse cuanto menos la presencia de contradicciones de distinto tipo y magnitud⁸. Más aún, Félix Guattari -psicoanalista pero con una clara orientación social- considera adecuadamente que “el estudio de los problemas de la salud mental tendría que ser parte integrante del conjunto de la investigación antropológica”⁹, y no un problema psicológico.

El primero de los criterios, el *estadístico* -el más importante para lo aquí desarrollado- surge precisamente de la antropología cultural, que observa y comprende las diferencias existentes en los distintos pueblos y también en ellos en distintas épocas, por lo que concluyen que no existe *una* sociedad “normal” sino muchas, cada una de las cuales busca que sus integrantes se adapten a sus condiciones de vida, momento histórico, etc., lo que barre con la existencia de *un* modelo de hombre y lo reemplaza por un relativismo cultural, por lo que hace lo mismo con *un* modelo de “salud mental”. Esto tuvo una gran importancia en su momento, donde primaban ideas colonialistas respecto a que la “salud mental” de estos países debían confrontarse con los de la “inferioridad” de los pueblos colonizados: así, por ejemplo, el profesor Porot decía que lo que consideraba impulsividad y agresividad de los argelinos era porque “el indígena norafricano, cuyas actividades superiores y corticales están poco evolucionadas, es un ser primitivo cuya vida en esencia vegetativa e instintiva está regida sobre todo por el diencéfalo”. Respecto a esto son muy interesantes tanto las posturas de los psiquiatras de países como Francia, Inglaterra, España, etc. que formulan tales lineamientos, como los que se oponen a los mismos. Esto último puede verse en Franz Fanon -integrante del Frente de Liberación Argelino- que en obras como *Los condenados de la tierra* y *Por la revolución argelina* (Fondo de Cultura Económica, México, 1973 y 1975) demuestran categóricamente el sentido racista de tales afirmaciones.

Pero posteriormente pudo (y *puede*) verse el otro sentido del concepto: el de la necesaria *adaptación* que se propone con este criterio, al definirse como *normales* a quienes entran dentro del mismo, pero también como *desadaptados* a quienes no lo hacen, tal como lo formula la antropóloga Ruth Benedict al decir que “una acción normal es la que entra en los límites del comportamiento esperado en una sociedad particular; su variabilidad entre diferentes pueblos es esencialmente una función de la variabilidad de las pautas de conducta que las diferentes sociedades han construido para sí mismas y no pueden ser nunca separadas de la consideración de los tipos de conducta culturalmente institucionalizados”¹⁰.

Es visible entonces la relación que se establece entre *adaptación* y *conformidad*, ya que estar adaptado a una sociedad implica -al menos para quienes defienden este criterio- conformarse con las pautas de tal sociedad. Pero esto ¿garantiza que tal adaptación-conformidad sean sinónimos de “salud mental”, o que quienes lo hagan tengan conductas “buenas” para la sociedad y sus integrantes? Para incluso agrandar la discusión respecto a este criterio *estadístico-adaptativo*, es interesante destacar que en algunas posturas se cuestiona seriamente tal conformidad, caso de Atxoutegui, “que ha llegado a preguntarse si no debería existir una categoría

8 Sobre esto y las nociones de “salud mental” véase un desarrollo más amplio en mi libro *Normalidad, conflicto psíquico, control social*, Plaza y Valdés, México, 1ª ed. 1990, 2ª ed. 1996, y una síntesis en *La salud mental en el neoliberalismo*, Plaza y Valdés, México, 1ª ed. 2001, 2ª ed. (ampliada) 2005.

9 Guattari, Félix, *Psicoanálisis y transversalidad*, Siglo XXI, México, 1976, p. 78.

10 Benedict, Ruth, *Personal Character and cultural review*, Syracuse Univ. Press, 1956.

psicopatológica denominada *normópata*, que define cómo 'el individuo que se adapta a las normas impuestas por la clase dominante de su sociedad y que jamás adopta posturas independientes o rebeldes cuando llega el caso'¹¹. Concepto interesante al entender precisamente al sujeto "normal" como aquel que acepta pasivamente *por principio* todo lo que su cultura (idea más precisa que la de "clase dominante" que utiliza tal autor) le señala como bueno, justo y correcto, no animándose a cuestionar nada y muchas veces ni siquiera a pensar algo diferente pero, eso sí, a juzgar críticamente a quienes lo hacen e incluso condenarlos o a aceptar que los condenen (algo muy similar a lo que política y socialmente se conoce como "mayoría silenciosa"). Es también interesante preguntar y preguntarse qué pasaría si toda patología aceptase esta postura.

Respecto al modelo antipsiquiátrico -postura contestataria que inicia en los 60¹²- el panorama es similar al anterior: en muchos casos invierte los planteos clásicos al cuestionar no sólo las prácticas en "salud mental", sino sobre todo respecto las mismas nociones al respecto, y sobre todo respecto a la "normalidad". Y aquí es importante preguntarse si "salud mental" puede ser considerado lo mismo que *adaptación y normalidad*. Sin duda alguna no, pero el criterio estadístico-adaptativo inevitablemente lleva a que muchos -tanto profesionales y teóricos del campo *psi*, implícita o explícitamente, como la mayoría del llamado "sentido común"- lo entiendan así con todas las implicaciones indicadas que ello produce y provoca¹³.

Es incuestionable que ninguna formación social podría funcionar de manera adecuada si la mayoría de sus integrantes no aceptaran una parte importante de sus reglas y premisas, normas comunes de pensamiento y de comportamiento, etc., y a ello conducen todos los procesos de socialización y de educación de los colectivos humanos que permiten las formas de vida compartidas y, en general, aceptadas al menos de manera conciente. Evidentemente nunca se produce una coincidencia total entre todos los miembros de un marco social -por múltiples diferencias de todo tipo: individuales, religiosas, pertenencia social, género, hábitos sexuales y múltiples más-, pero en general se trata de variaciones que no ponen en riesgo ni dificultan mayormente un funcionamiento social aceptado en general.

Incluso toda sociedad "fija los límites dentro de los cuales aceptará o al menos tolerará las conductas desviadas [ya que] los valores culturales no tienen como única función la de fomentar o controlar las experiencias o los actos de esas personas, sino también la de producir los criterios por los que todo comportamiento de ese tipo es juzgado y diferenciado de otras maneras de proceder"¹⁴. Límites que, se sabe demasiado bien, han sido muy pequeños durante la mayor parte de la historia y que recién en los últimos tiempos se han ampliado, aunque no de manera universal ya que aún se mantienen demasiadas excepciones (sobre todo en situaciones de crisis o de dominio de diferentes posturas fundamentalistas que sobreviven, e incluso hoy se acrecientan en los inicios del siglo XXI).

Pero tal búsqueda y necesidad de adaptación implica múltiples problemas prácticos como teóricos: ¿qué tipo de adaptación y para qué?, ¿cuáles son los límites de aceptación y de rechazo a las diferencias, y cuáles de

11 Dobles, Ignacio, "Apuntes sobre psicología de la tortura", en Martín-Baró, Ignacio, *Psicología social de la guerra*, UCA Editores, San Salvador, 1990, p. 204 (la idea de Joseba Atxoutegui es tomada de su artículo "Tortura y psicoanálisis: una aproximación al tema", en De la Cueva, Justo y otros, *Tortura y sociedad*, Editorial Revolución, Madrid, 1982)

12 Una síntesis del mismo puede verse en el capítulo III de *Normalidad, conflicto psíquico, control social*, ob.cit. Respecto a su validez actual véanse los planteos de Campuzano, Mario; Guinsberg, Enrique; Vainer, Alejandro, en "Una evaluación actual de la antipsiquiatría", revista *Subjetividad y Cultura*, México, N° 22, 2004; y el de Desviat, Manuel, en el N° 23 de la misma revista, 2005.

13 Es con relación a tal "sentido común" o expresiones similares que, ante la pregunta de Adout, un médico general señala críticamente: "Cuando se habla del buen sentido, convendría preguntar quién define los criterios del mismo: evidentemente la sociedad. De acuerdo con esto se podría decir que el loco es el que choca con el sentido común, el que trastorna el orden de las cosas y el que impugna los valores más aceptados y las maneras de pensar más sólidas" (Adout, Jacques, *¿Las razones de la locura?*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, p. 34).

14 Rosen, George, *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Alianza Editorial, Madrid, 1974, p. 83-84.

éstas se aceptan o se persiguen?, ¿qué significan estos interrogantes, y sus respuestas, para las nociones y prácticas de la “salud mental”? Evidentemente todo esto no se plantearía para ideas de “salud mental” diferentes a las del criterio estadístico-adaptativo -que responden a otros parámetros- pero son inevitables y centrales para éste, máxime cuando es hegemónico.

Pero que trae fundamentales consecuencias sobre la idea de “salud mental” en tanto esta sea entendida como *adaptación*, de manera que una persona (o grupos de personas) que rechacen o difieran, parcial o totalmente, de las normas mayoritarias, no serían vistas como desadaptadas, diferentes o críticas sino como mentalmente “enfermas” o “insanas”, lo que es muy diferente. Y esto para todas las diferencias, pero sobre todo para aquellas que conllevan mayores prejuicios: recuérdese como no pocas veces se ha llamado como “locas” a mujeres de vida social o sexual más libre que la clásica (sobre todo en culturas o sectores puritanos), igualmente a homosexuales, e incluso a quienes ideológica o políticamente difieren marcadamente de las premisas dominantes. Aunque sólo sea un ejemplo tal vez irrelevante es lo que significa la postura de quién -con valores tradicionales y tal vez machistas al no poder entenderlo-, le pregunta si “está loca” a una mujer que quiere pagar su consumo en una comida. Incluso la extensión del término alcanza al terreno político como juicio estigmatizante: la acusación de “loco”, “esquizofrénico”, etc. a quienes discrepan con las posiciones de alguien en un debate es una práctica cotidiana¹⁵.

Desde una postura psiquiátrica alternativa y crítica Jervis ubica y define con precisión las significaciones de las nociones de desviación y consecuentemente de desadaptación: “Una persona *desviada* es aquella a la que se atribuyen comportamientos desviados más o menos estables y típicos, que permiten caracterizarla frente a su ambiente social. Dicho ambiente, en cuanto expresa unas normas que el desviado resulta violar, expresa siempre asimismo unas *sanciones* respecto al desviado. Es decir, la sociedad adopta, formal o informalmente, una serie de medidas, por lo general de tipo punitivo, que tienden a devolver al desviado al seno del comportamiento normal, a neutralizar sus acciones, o a marginarlo más o menos radicalmente del consorcio de los individuos ‘normales’”. Y continúa: “La definición de lo que es desviado varía según las culturas, los períodos históricos, las categorías sociales. Visto que las normas sociales no son convencionales, también un comportamiento es desviado *no* en función de principios universales, sino a partir de la voluntad y el poder de la clase hegemónica en una determinada forma societaria. La clase dominante tiende a imponer a toda la sociedad los modelos de comportamientos que son aceptables, y aquellos que, por el contrario, están *prohibidos*, o sea sometidos a sanción. A excepción de la prohibición del incesto, no parece que existan principios y reglas realmente universales”¹⁶.

Pero yendo más allá de la descripción del problema, más adelante apunta a sus causas, formas y consecuencias: “Todas las culturas poseen una *ideología* de la desviación: es decir, poseen unas ideas que tienden a justificar la gestión represiva de la desviación. La principal de estas teorizaciones ideológicas se refiere a la negación del carácter relativo, o sea convencional, de la desviación. El código de la desviación se impone con mayor facilidad si el sujeto desviado es castigado como violador de un ordenamiento absoluto. En las culturas de sello religioso el desviado es identificado con el violador voluntario de un ordenamiento de directa procedencia divina. En las culturas ‘secularizadas’, en cambio, sobre todo si predomina la ideología de la ciencia, el orden social tiende a encontrar su justificación ideológica en la objetividad de las leyes naturales. En tal caso, el desviado es identificado con un enfermo o con un ser biológicamente anormal. El código de la desviación se refiere en tal caso a una ideología *naturalista*. La influencia del positivismo médico sobre la psiquiatría y la criminología europeas a fines del siglo pasado ha contribuido a acentuar esta tendencia, hasta el punto de

15 Nunca debe olvidarse que la dictadura militar argentina existente entre 1976 y 1982 llamó “locas” a las madres de Plaza de Mayo que buscaban a sus hijos desaparecidos.

16 Jervis, Giovanni, Manual crítico de psiquiatría, Anagrama, Barcelona, 2ª ed. 1979, p. 69-70. Seguramente hoy puede discutirse la cerrada idea de “clase dominante” y más bien hablar en plural (“clases dominantes”), culturas hegemónicas (con predominio de tales clases), etc.

permitir, todavía hoy la supervivencia de conceptos como los de 'delincuente tendencial' o 'psicópata degenerado'. Estos conceptos, científicamente inconsistentes, pueden ser considerados como ejemplos de la transformación de una ideología social reaccionaria en disciplina académica"¹⁷.

Pueden verse entonces los ejes centrales de las ideas de *desadaptación-desviación*: imposición de modelos de comportamiento y de pensamiento presentados como universales, señalamiento de castigos y de sanciones (morales o físicos) a los que no los acepten, manipulación de planteos científicos como cobertura de posturas ideológicas para la justificación del más claro y crudo *control social*. Tan claro y crudo como explícitamente lo postula uno de los más conspicuos teóricos de estructural-funcionalismo sociológico en un capítulo no casualmente titulado "La conducta desviada y los mecanismos de control social" de uno de sus principales textos, donde desde el inicio del mismo destaca que "la dimensión desviación-conformidad era inherente y central a toda la concepción de la acción social y, por ende, de los sistemas sociales", existiendo siempre "una expectativa de conformidad con la exigencia de la pauta", y complementariamente "implica la existencia de unos criterios comunes sobre lo que es una conducta 'aceptable' o aprobado en algún sentido". Para que no haya dudas refuerza tal posición al escribir que "a todas luces se aprecia que la concepción de la desviación como una perturbación del equilibrio del sistema interactivo constituye la perspectiva más importante en los análisis de los sistemas sociales"¹⁸.

Más adelante reitera que "toda acción social se encuentra orientada normativamente y que las orientaciones de valor incorporadas en estas normas deben hasta cierto punto ser comunes a los actores en un sistema interactivo institucionalmente integrado", por lo que, en sus palabras tal como se vió, convierte al problema de la conformidad en el *eje fundamental* del análisis de los sistemas sociales, razón por lo que explícitamente define que "nuestro interés principal no radica en la integración interna de la personalidad, sino en el ajustamiento del objeto a los objetos sociales y a las pautas normativas". Más claro imposible: no importa la "salud mental" o patología de los individuos ("la integración interna de la personalidad") sino la integración-adaptación de éstos a las premisas sociales. Con tal base es comprensible que Parsons entienda como integración positiva a la que llama "conformativa", y negativa a la "alienada", no vacilando en considerar que, en un sentido muy amplio, "la persona alienada activamente se encuentra predispuesta hacia el delito individualizado (y) se inclina a desafiar las sanciones, a retar a otros a 'hacer algo'", por lo que no puede sorprender que esto lo relacione con una idea de "enfermedad" e indique que "en la sociedad norteamericana la enfermedad se encuentre en gran parte motivada, y por consiguiente cabe considerarla *legítimamente* como una forma de conducta desviada"¹⁹.

En tal contexto el "control social" es una respuesta a la desviación, tratándose de "aquellos procesos del sistema social que tienden a contrarrestar las tendencias desviadas, y de las condiciones en que operarán tales procesos", con el objetivo de lograr "el equilibrio estable del proceso interactivo". Si bien señala que no se busca la eliminación de tal desviación "sino la limitación de sus consecuencias, así como impedir que se propaguen a otros más allá de ciertos límites", existiendo por tanto "un equilibrio entre las zonas de tolerancia y las de restricción", más allá de la teoría es evidente como tal "equilibrio" las más de las veces tiene límites confusos y en no pocos momentos se reduce ampliamente o puede desaparecer (aunque, como ya se indicó párrafos atrás, es incuestionable que hoy, al menos en ciertos ámbitos sociales y para "desviaciones" hasta hace poco no toleradas, existe una mayor permisividad y aceptación de la "diversidad").

17 Idem, p. 70-71.

18 Parsons, Talcott, El sistema social, Alianza Editorial, Madrid, 1982. Todas las citas son de este capítulo, p. 237 a 305. Todos los subrayados son míos.

19 Al tratarse de un texto teórico sobre los sistemas sociales, es obvio que tal referencia a la sociedad norteamericana es sólo un ejemplo de una perspectiva sociológica general.

Una postura muy diferente respecto al mismo problema es la de Thomas Scheff: “Los conceptos que parecen más adecuados para la tarea de analizar los síntomas psiquiátricos desde un punto de vista sociológico son dos: la transgresión de las reglas y la desviación. La transgresión de las reglas se refiere a la conducta que viola abiertamente las reglas aceptadas por el grupo. Los sociólogos suelen considerar estas reglas como normas sociales. Para interpretar los síntomas de las enfermedades mentales como violaciones a las normas sociales, debemos especificar el tipo de normas que entran en juego. La mayor parte de esas violaciones no implican que el transgresor reciba el rótulo de enfermo mental, sino el de maleducado, ignorante, pecador o, simplemente, atormentado, según el tipo de norma de que se trate. Sin embargo, existen muchísimas normas respecto a las cuales el consenso es tan completo que los miembros del grupo parecen darlas por sentado. Gran cantidad de normas de ese tipo rigen incluso en la conversación más simple”²⁰.

El mismo Scheff, citando a Ullman y a Krasner, precisa más su idea al respecto: “No hay discontinuidad entre los modos de ajuste deseables e indeseables, o entre conducta ‘sana’ y ‘enferma’. La primera implicación importante de este enfoque la constituye el problema de cómo identificar una conducta deseable o indeseable, adecuada o inadaptada. Puesto que en casi todos los sujetos que muestran un comportamiento inadaptado no entran en juego identidades nosológicas, sugerimos, como respuesta general al problema, que la designación de una conducta con el rótulo de patológica o normal depende de la sociedad en que vive el individuo” [...] “De manera específica, si bien no existen conductas individuales adaptadas a todas las culturas, hay en todas éstas, respecto al funcionamiento de la persona adulta, expectativas o roles definidos en función de la responsabilidad familiar y social. Junto con los roles establecidos, existe toda una gama de refuerzos potenciales previstos. El individuo que manifiesta una conducta inadaptada no satisface por completo las expectativas creadas por su rol, no responde a todos los estímulos realmente presentes, y no obtiene las formas de refuerzo típicas o máximas disponibles para una persona de su status” [...] “La conducta inadaptada es aquella que juzgan impropia las personas claves en la vida del individuo”²¹.

Conceptos que permiten a Scheff definir con precisión sus significaciones: “Esta formulación, replanteada en términos sociológicos, equivale a afirmar que la desviación es la violación a normas sociales, y determina sanciones negativas por parte de la sociedad. *Una vez más, el paralelo entre la formulación psicológica y la sociológica es muy estrecho.* La formulación de la conducta inadaptada en función de las expectativas de los roles y del esfuerzo constituyen un instrumento psicológico potencialmente poderoso, *puesto que tiende a introducir los mecanismos de control social y establece, en consecuencia, un fuerte vínculo entre los modelos sistémicos individuales y sociales de conducta.* Para mantener este vínculo es necesario tener en cuenta, sin embargo, que, cuando clasificamos una conducta como inadaptada, esa clasificación se relaciona con las normas de determinada sociedad y no constituye un juicio absoluto”²².

Son evidentes entonces dos cosas: la primera cómo las búsquedas de conformidad y de adaptación no sólo se producen pragmáticamente en los grupos sociales de todo tipo, sino también cómo tienen marcos teóricos que las justifican; y la segunda la contundente relación entre tales nociones de *conformidad* y de *adaptación* con el de *normalidad*, todos ellos entendidos en las perspectivas teóricas-prácticas que los postulan como equivalentes a “salud mental”.

Es interesante observar el desarrollo histórico de la noción de *normalidad* y su degeneración, tal como lo escribe Iván Illich: “Norma’ en latín significa escuadra, la escuadra del carpintero. Hasta los años 1830 y siguientes, la palabra inglesa ‘normal’ significaba tenerse en ángulo recto. Durante los años 40 llegó a designar cosas que se ajustaban a un tipo común. En los ochenta, en los Estados Unidos, pasó a significar el estado o

20 Scheff, Thomas, El rol del enfermo mental, Amorrortu, Buenos Aires, 1973, p. 35.

21 Idem, p. 27.

22 Idem, p. 27. Subrayados míos.

condición habitual, no sólo de las cosas, sino también de las personas. Únicamente en nuestro siglo pudo emplearse para evaluar a la gente. No obstante, en Francia, la palabra fue traspuesta de la geometría a la sociedad un siglo antes. 'Ecole Normale' designó a la escuela donde se formaban los maestros para el Imperio. Auguste Comte fue el primero en dar a la palabra una connotación médica alrededor de 1840²³.

Por su parte un autor del campo psicológico clásico ofrece una clara idea acerca de sus significaciones: "El concepto de 'normalidad de las cosas' nace muy tardíamente -cuando menos en su expresión- en la mente humana. Nace de una larga observación empírica o de un estudio estadístico (método muy reciente) de los fenómenos naturales que llamamos 'normales' cuando obedecen a ciertas condiciones. Estas condiciones pueden reducirse a las siguientes: a) un cierto grado de *uniformidad* tipológica (uniformidad espacial y formal; tendencia a la *identidad* en la forma); b) un cierto grado de *frecuencia* (uniformidad en el tiempo; ritmo de aparición; constancia relativa del número); c) un cierto *límite máximo y mínimo de variación* en las dos condiciones anteriores; d) una cierta *correspondencia* entre el fenómeno, el ambiente en que se manifiesta y el momento o tiempo de manifestación. Los ejemplos que comprueban la necesidad de estas condiciones están constantemente presentes -objetivamente presentes- ante nuestra capacidad de captación o apercepción de los fenómenos. No es preciso aquí apelar a ellos. Son los que han servido a la mente humana a través de los siglos, para crear el concepto abstracto de la 'normalidad' de las cosas. Los fenómenos que no obedezcan al *conjunto de las cuatro condiciones antes enumeradas* son anormales"²⁴.

"Normalidad" no es entonces otra cosa que el respeto o cumplimiento de una norma o una condición mayoritaria imperante en un determinado marco social en también una época determinada, que puede ser distinta en diferente marco social o incluso época de una misma sociedad o grupo social. Resulta evidente, como lo demuestra la historia, que esto puede ser o no -generalmente no lo es o lo es poco- coincidente con la idea de "salud mental". ¿Es acaso necesario reiterar -aunque el ejemplo sea médico pero muy claro- lo tantas veces dicho de que tener caries es "normal" pero no "sano"? Y ya dentro del campo psicológico, la persona "normal" en los países europeos centrales en el período de transición del feudalismo al capitalismo ¿acaso no reunía las características que hoy se definen propias del neurótico obsesivo: frugalidad, orden, avaricia, etc., útiles para la indispensable acumulación de riqueza, pero hoy incompatibles con el alto consumo que requiere la sociedad capitalista del mundo actual y de esos países, por lo que de ellas sólo queda el orden, la puntualidad y la limpieza pero no la frugalidad ni el ahorro compulsivo?. Y no cabe duda de que lo que es "normal" en múltiples sociedades seguramente podrá ser visto como expresión de "locura" por otras que se autodefinen como "normales", "superiores" o "civilizadas" (máxime cuando aquellas se viven en comunidades alejadas del mundo "occidental" y "desarrollado")²⁵.

Una formulación más radical es nuevamente la de Jervis al esbozar "una crítica a la *imagen dominante de normalidad* y de indicar algunas hipótesis para la formulación de una normalidad alternativa", lo que implica "más bien atacar la falsa normalidad impuesta por nuestro sistema social". Para este, en general, "normal" es considerada una persona que "tiene la suerte de formar parte de definición convencional del no trastorno mental: es decir, el que tiene la buena fortuna de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría. Se comprende con ello que es normal el que se resigna a su dosis cotidiana de sufrimiento y aquel que no es obstaculizado en sus proyectos por específicas dificultades psicológicas; y -más simplemente todavía- el que es aceptado por su ambiente como un individuo que no necesita ser curado [...] Es normal el que se conforma a las normas dominantes, no tiene graves problemas y no plantea graves problemas a los demás"²⁶.

23 Illich, Iván, Némesis médica. La expropiación de la salud, Barral Editores, Barcelona, 1975, p. 147.

24 Pittaluga, Gustavo, Temperamento, carácter y personalidad, Fondo de Cultura Económica (Breviario N° 90), México, 1970, p. 7 y 10.

25 Múltiples ejemplos de la "normalidad" de diferentes pueblos, diferentes a los de las sociedades modernas, pueden verse en Servantie, Alain, Becut, Marie Françoise; y Bernard, Annie, Lo normal y lo patológico (Introducción a la antropología psiquiátrica), Fundamentos, Madrid, 1972.

26 Jervis, G., ob.cit., p. 205 a 209.

Por supuesto no coincide con tal visión general y tradicional, recalcando que tal normalidad no es equivalente a salud sino algo mucho más limitado: “Es lícito mantener -escribe- que la normalidad psicológica no es otra cosa más que un aspecto de la normalidad social, es decir, del *statu quo*, del mismo modo que la anormalidad psicológica es una forma particular de la inadaptación. La normalidad psicológica es consecuencia de la constante tentativa del poder de mantener los propios privilegios mediante una *normalización* social; o sea, en la práctica es la no percepción individual de los conflictos existentes en la sociedad. Es también la continua normalización de uno mismo, la construcción de un papel social, de una imagen de uno, que no deben salirse de ciertos límites y deben ser funcionales a los valores sociales dominantes. Ello implica, entre otras cosas, una reducción de las propias necesidades a los *modelos de necesidad* impuestos, pero también al esfuerzo de adhesión activa a un determinado *modelo de normalidad*”.

Obviamente Jervis considera a la “normalidad” como algo que es o puede ser muy diferente a la “salud mental”: “Es lícito suponer que normalidad y trastorno no sean más que las dos caras de una misma medalla, dos aspectos indisolubles y artificiosamente separados de una misma realidad social que nos viene presentada como la única posible. Somos invitados a atenernos a *esta* normalidad si no queremos caer en el riesgo de los trastornos mentales: pero no se nos dice que es precisamente esta normalidad la que lleva consigo, indisolublemente, el trastorno; ni se nos dice tampoco que quizás existan otras posibles realidades sociales y también otros modos de enfrentarse a la realidad actual, que no son ni la locura, ni el modo de ser anormal al que insistentemente se nos invita”.

Queda entonces claro que “normalidad” *nunca* expresa que lo que tiene ese carácter es por esencia algo “bueno”, “adecuado”, “justo” y mentalmente “sano” -y “anormal” lo contrario- sino sólo que la mayoría de una población posee esa o esas características que son tal “normales” en ese momento como pueden ser “anormales” en otro momento o en otro marco social.

Por supuesto que podrían darse infinitos ejemplos al respecto, bastando sólo recordar que las conductas caníbales lo son en las (ya escasas) culturas que las mantienen y que por tanto sus miembros no sienten ninguna culpa por ello porque su superyo lo considera algo adecuado, mientras que no sólo son judicialmente condenadas en otras sino también vistas como subhumanas, primitivas, “locas”; o que la represión o importante control de la vida sexual, “normal” hace muy escasas décadas, se invierte con el surgimiento de la llamada “revolución sexual” que se consolida en los sesenta. Más adelante podrá verse, en este mismo capítulo, cómo diferentes culturas aceptan como “normales” -y por tanto mentalmente “sanos- comportamiento entendidos como “anormales” y patológicos en otras, pero es interesante ver que Arendt señaló “cómo el verdugo nazi Eichman, examinado en juicio por seis psiquiatras, fue declarado ‘normal’ de acuerdo con las categorías psiquiátricas tradicionales, habiendo sido responsable de la muerte de grandes cantidades de seres humanos”, así como “en la integración de los cuerpos represivos de la Gestapo se desechaba sistemáticamente a los que manifestaban alguna predilección ‘anormal’ por la conducta asesina que de hecho estarían llevando a cabo”²⁷. No hace falta recordar cómo estos ejemplos extremos podría ser acompañado de otros múltiples similares donde la peor de las barbaries eran vistas como “normales” tanto desde el punto de vista social y político como subjetivo.

Esta equiparación de “normalidad” con “salud mental” es, por tanto, tan absolutamente falsa como comprensible su utilización como justificación de *toda* dominación. Falsa como base científica al entenderse lo que sólo es un dato estadístico como validación de comportamientos, actitudes, etc. y, por consecuencia,

27 Citado por Dobles Oropeza, Ignacio, ob.cit. p. 203-204. Muchos de quienes estudiaron el auge de la tortura en las dictaduras latinoamericanas de los setenta han planteado algo similar, rompiendo con la idea de que sus ejecutores eran sádicos, más allá de sus características personales, para señalar que en general eran personas política e ideológicamente convencidas de la necesidad de su tarea para la defensa de la patria, las instituciones y la humanidad en general. Personas que, como Eichman, eran “normales”.

invalidación de lo que es diferente, utilizables para el “control social”. Pero debe recordarse lo ya señalado de que esta crítica no corresponde a la idea de “normalidad” como proceso evolutivo, en este caso en el campo psicológico, donde ya no se trata de “verdades” estadísticas sino que son observables y comprobables: las ya citadas fases psicosexuales psicoanalíticas, etc., donde las ideas de “normalidad” y “salud mental” sí son equiparables. *Pero se trata de una idea muy diferente de normalidad*²⁸.

Otros aspectos centrales y “malestar en la cultura”

A lo anterior deben agregarse otros factores. Uno de ellos -fundamental porque se refiere ni más ni menos a qué se entiende por *subjetividad*-, no se toca aquí por estar analizado en otro lugar²⁹, diciéndose solamente que tal complejidad no es causa de la anulación de la inclusión del problema sino, por el contrario, un estímulo más para la búsqueda de precisión o aclaración al respecto.

Otro factor es, sin duda alguna, la existencia real de perturbaciones con un claro y evidente sentido *psicosomático*³⁰, que los propios médicos no pueden ni negar ni minusvalorizar, a los que se agregan los *psicosociales*, con idénticas características. Y para dar a esto un sentido aún mayor, es imposible no ver lo que Freud define como *malestar en la cultura*³¹, que marca de manera inevitable a todo sujeto (nótese la vinculación de este término con *sujetación*, con referencia a su contexto general de vida), que adquiere significaciones muy claras sobre todo en momentos de crisis como convulsiones, guerras, crisis de cualquier tipo, etc., pero que siempre está presente.

Para lo primero resulta interesante recordar un libro no precisamente nuevo -fue publicado hace tres décadas- pero que no tuvo una mayor difusión³². El propósito manifiesto del autor es la defensa del médico “generalista” (entendido en oposición a los “especialistas”), aunque el texto muestra más la importancia de la comprensión de los aspectos emocionales que subyacen tras los cuadros clínicos y las sintomatologías que muestran los pacientes de una tarde elegida al azar de la consulta médica (título del libro) en su consultorio. Por supuesto que tal “lectura” no es casual sino producto de su pertenencia a un grupo Balint -al que dedica el libro-, nombre de los que ese psicoanalista inglés formaba con médicos generales para en los que, conducidos por un analista, “cada participante tome conciencia, gracias al trabajo del grupo, de los procesos psíquicos que intervienen en su relación con sus propios pacientes”³³. En palabras de Bensaid, “intento aprovechar lo que ocurre entre él y yo, para aclarar lo que ocurre entre él y el mundo; de este modo puedo intentar la curación de su auténtica enfermedad, la perturbación de su relación con el mundo, en lugar de atacar frontal y agresivamente los síntomas muy secundarios que ha venido a exponerme”³⁴.

En tal proceso es conciente de encontrarse en una situación difícil tanto dentro del campo médico como del psicoanalítico, como expresión de los encierros y límites señalados en este escrito: “Para los grandes maestros de la Facultad [de Medicina], es evidente que quién se interese, aunque sea mínimamente, en el aspecto psicológico de la enfermedad, es *ipso facto* un individuo peligroso. Piensan que la atención excesiva concedida a esta dimensión de hecho implica desatención e incluso ceguera frente a todo lo

28 En el presente análisis no se incluyen las múltiples posturas del que se conoce como criterio normativo, aunque dentro del mismo valen las consideraciones anteriores.

29 Guinsberg, E., “Subjetividad”, en Baca Olamendi, Laura; Bokser-Liwerant, Judit; Castañeda, Fernando; Cisneros, Isidro; Pérez Fernández del Castillo, Germán (comp), *Léxico de la política*, FLACSO, Sep-Conacyt, Fundación Heinrich Böll, Fondo de Cultura Económica, México, 1ª ed. 2000, 2ª ed. 2005, p. 714-720.

30 Sobre este complejo concepto ver artículos de Caruso, Carlos; Matrajt, Miguel; y Dejours, Christophe, en “Transtornos psicomaticos”, revista *Subjetividad y Cultura*, México, N° 24, 2006.

31 Nombre de un título fundamental en la bibliografía freudiana, que puede verse en el tomo XXI de su *Obra Completa*.

32 Bensaid, Norbert, *La consulta médica*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1976.

33 Chemama, Roland (bajo su dirección), *Diccionario de psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 1998, p. 44.

34 Bensaid, ob.cit., p. 21

que es prioritario y realmente serio: las enfermedades del cuerpo. A juicio de la mayoría de los analistas, el compromiso del psicoanálisis con la actividad médica común inevitablemente debe perjudicar tanto a la medicina como al análisis. La presencia en los dos frentes, la pretensión de beneficiarse simultáneamente de ambas ciencias demostraría la existencia de una pretensión inaceptable, e implicaría aislarse simultáneamente de ambas, sin aprovechar de ninguna” (p. 23).

Bensaid claramente enfrenta a tal supuesto dilema: “Estas dos exigencias -la preocupación de no ‘ignorar’ una enfermedad orgánica, y la de oírlo todo- no se contradicen ni se excluyen, y por el contrario son complementarias. El rechazo de la angustia es a veces mas peligroso, *incluso en el plano somático*, que la aceptación de esta angustia y la atención que puede dispensársele” (p. 23, cursivas mías).

Lamentablemente por razones de espacio no es posible exponer de manera un poco más extensa un conjunto de apreciaciones muy interesantes por su claridad conceptual, que buscan la ruptura con una incuestionable unilateralidad: “La medicina habría creído superar el dualismo de la psiquis y el soma, reduciéndolo todo al soma” (p. 82). Se trata, por supuesto, de una perspectiva profesional-médica en la que son formados la mayoría de estos profesionales (con excepciones en diferentes grados)³⁵, que les hace incluso caer en negaciones y profundos errores, que le hace preguntarse: “¿Cómo pueden explicarse estos errores de diagnóstico cometidos por médicos cuya competencia ni siquiera puede ponerse en duda, *salvo señalando la adhesión frenética a lo que es mensurable, palpable, visible*, a expensas de lo que puede expresar el enfermo en su propio lenguaje?”, respondiendo que es porque “creen que tener en cuenta el psiquismo de los enfermos carece de interés” (p. 25, cursivas mías), y porque “es necesario evitar a toda costa la angustia del enfermo y la del propio medico, y perseguir la ilusoria neutralidad de la *actitud científica*” (p. 26, cursivas mías)³⁶, una “actitud científica” altamente discutible, aunque sea la dominante en el campo médico, como pueden serlo y son muchas otras en distintos campos.

Un último señalamiento que se hace de este autor -sólo tomado como ejemplo de quienes comparten ideas similares-, es cuando se protege diciendo que no sería extraña la postura de muchos médicos y tal vez algunos lectores de este artículo: “Se dirá que se forma al médico para que atienda los males físicos”, y responde de manera categórica que “es evidente que los médicos prácticos no deben ocuparse de los pacientes que sufren enfermedades mentales graves, pero si se les ocurriera enviar a especialistas en psiquismo a todos los pacientes ‘fatigados’, ‘deprimidos’, ‘nerviosos’, ‘ansiosos’, ‘distónicos’, etc., y si estos especialistas resolvieran cuidar a tales pacientes durante el tiempo y con la intensidad que caracterizan a sus tratamientos, probablemente sería necesario multiplicar hasta el infinito el número de estos profesionales” (p. 80). Pero de ser posible lo último, de cualquier manera no cambiaría la criticada absoluta separación entre *soma* y *psiquis*.

Ya dentro de un campo más específico, el del mundo *psi*, es conocido cómo siguen existiendo las señaladas posturas *organicistas* dentro de los campos psiquiátrico y neurológico aunque con formas mucho más sofisticadas y elaboradas, por lo que es valiosa la pregunta con la que inicia uno de sus libros una conocida psicoanalista: “¿Por qué, luego de cien años de existencia y de resultados clínicos indiscutibles, el psicoanálisis es tan violentamente atacado en la actualidad por aquellos que pretenden sustituirlo por tratamientos químicos considerados más eficaces porque alcanzarían las causas llamadas cerebrales de las aficciones del alma?”³⁷

35 Indudablemente lo mismo puede decirse de los campos sociológicos, psi en sus múltiples variantes, etc.

36 Un ejemplo que ofrece es tal vez extremo pero muy claro: “Una persona anciana, a la cual se otorga únicamente el auxilio técnico de la medicina, por ejemplo en el hospital, a menudo muere. Ocurre que la vejez no es del todo un problema médico. Limitarse a los déficits fisiológicos que en efecto acompañan al envejecimiento implica negarse obstinadamente a ver que la vejez es en esencia un problema psicológico y social” (p. 60, cursivas mías).

37 Roudinesco, Elizabeth, ¿Por qué el psicoanálisis?, Paidós, Buenos Aires, 2000, p. 11.

Independientemente de que para los objetivos de este trabajo el interrogante no debería limitarse al psicoanálisis sino ampliarse a otras praxis, y más allá de la discusión y polémica acerca de los planteos que formula en los siguientes capítulos³⁸, puede coincidir con su señalamiento de que “es la inexistencia del sujeto la que determina no sólo las prescripciones psicofarmacológicas actuales, sino también las conductas ligadas al sufrimiento psíquico” (p. 16). Como así también lo que observa como búsqueda de respuestas rápidas y *light* - algo ya desarrollado en la parte inicial del título de artículo anterior antes citado (Guinsberg, 2000a)- por parte de amplios sectores del mundo actual, donde infinidad de medicamentos se unen para ello con técnicas de autoayuda, psicoterapias que todo lo solucionan supuestamente, etc., “prácticas que tienen como denominador común ofrecer una creencia, y por tanto una ilusión de curación” (p. 17).

Aunque aquí lo que puede discutirse, y se vuelve a lo planteado en la primer parte de este trabajo, es en torno a lo que se entiende como “curación” dentro de las problemáticas *psis*. Pero más allá de ello, o como parte, es válido lo que afirma la autora ahora mencionada: “Puesto que la neurobiología parece afirmar que todos los trastornos psíquicos están relacionados con una anomalía del funcionamiento de las células nerviosas, y dado que el medicamento adecuado existe, ¿por qué deberíamos entonces inquietarnos? Ya no se trata de entrar en lucha con el mundo, sino evitar el litigio aplicando una estrategia de normalización.

No sorprenderá entonces que la desdicha que tratamos de exorcizar retorne de manera fulminante en el campo de las relaciones sociales y afectivas: recurrir a lo irracional, culto a las pequeñas diferencias, valorización del vacío y de la estupidez, etc. La violencia de la calma es a veces más terrible que la travesía de la tempestad [...] *La sustitución se acompaña, en efecto, de una valorización de los procesos psicológicos de normalización en detrimento de las diferentes formas de exploración del inconsciente*” [o de los procesos psíquicos, para quienes no coincidan con la teoría psicoanalítica, EG] (p. 18).

Junto con tal normalización -en el sentido de “normalidad” criticada en este trabajo-, no debe dejarse de lado cómo esta utilización de psicofármacos es como el uso del Viagra, “para poner fin a la angustia, sin saber jamás a qué causalidad psíquica obedece su síntoma” (p. 23): “El poder de los medicamentos del espíritu es así el síntoma de una modernidad que tiende a abolir en el hombre no sólo su deseo de libertad, sino también la idea misma de enfrentar la adversidad” (p. 28).

Todo lo anterior de manera alguna debe hacer creer en una oposición absoluta y radical al uso de los psicofármacos, sino a tal tipo de uso: como camino único y en oposición a las psicoterapias, así como con esas significaciones, es decir al estilo psiquiátrico-organicista tradicional. Aquí algún médico podrá decir que algunos de los ejemplos utilizados son de cuadros o de síntomas molestos y angustiantes pero no de los más graves como esquizofrenia³⁹, psicosis maniaco-depresiva, etc., para las cuales los consideran indispensables.

Pero incluso aceptándolos -en oposición a los psicólogos que los niegan por principio-, y aunque en muchísimos casos el encuentro de las causas psíquicas sea muy difícil, lo mismo que los caminos terapéuticos - esto con independencia de los costos altos, y por tanto al alcance de escasos sectores dentro de los actuales sistemas hegemónicos de salud-, su utilización exclusiva no sólo no penetra en las raíces de la problemática, que no siempre puede decirse que es únicamente orgánica, sino tampoco modifica sustancialmente los síntomas. *En definitiva se trata de no ignorar la existencia de una innegable subjetividad, algo que no podrá jamás entender una medicina limitada y encerrada en la organicidad.*

38 Una discusión sobre el libro puede verse en Tarragó, Alejandro; Carrillo, Eddy; Guinsberg, Enrique, “Libro polémico”, revista *Subjetividad y Cultura*, México, N° 23, 2005.

39 Sólo se menciona este nombre, sin entrar a una discusión respecto a la nosología psiquiátrica, tan cuestionada por múltiples profesionales y por la “antipsiquiatría”. Es de recordar que Ronald Laing (El cuestionamiento de la familia, Paidós, Buenos Aires, 1976, p. 60) irónicamente señaló que “esquizofrenia es el nombre dado a un estado que la mayoría de los psiquiatras adscriben a los pacientes a quienes llaman esquizofrénicos”.

Una experiencia concreta

En el inicio de esta ponencia se dijo que la ausencia de la idea e importancia de la subjetividad es dominante en los estudios en medicina social y salud colectiva -donde prima el interés por visiones sociales y políticas-, salvo excepciones en contados países⁴⁰. En el caso de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco su valiosa y experimentada Maestría en Medicina Social no es una excepción, y hasta hoy carece de su incorporación, aunque algunos de sus directivos y docentes reconocen tal carencia y señalan que se incorporará, sobre todo cuando sí lo tiene el Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva de tal Universidad.

En él lo está desde hace pocos años, y si bien no figuraba en su inicio, se incluyó casi de inmediato por causas un tanto casuales pero lo suficientemente firmes como para que el firmante de esta ponencia esté desde hace años en el Comité de Doctorado, su dirección general. Es cierto que el tiempo que se dedica a esta problemática es reducido y es evidente la necesidad de ampliarlo, pero resulta claro que cuenta con el interés de los alumnos, que incluso solicitan más horas o clases especiales, sobre todo cuando al mismo han comenzado a ingresar alumnos que no son médicos sino psicólogos y graduados en ciencias sociales, que toman problemáticas psicosociales para sus Tesis, o las incluyen en algunos casos del campo específicamente médico.

Es de esperar que lo indicado muestre de manera clara los sentidos epistemológicos existentes que determinan la ausencia aquí señalada, lo mismo que los encierros disciplinares que no sólo impiden una comprensión clara del sujeto humano sino que también lo obstaculizan.

40 Sobre todo en aquellos donde tiene importancia el campo psicoanalítico (casos de Argentina, Uruguay, algo en Brasil, y pocos más). En el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario está incorporado desde su licenciatura en ese campo (ver el libro Proceso de transformación curricular. Otro paradigma es posible, editado por tal carrera en 2005, en particular el artículo de Colovini, María Teresita, y Ravenna, Analía, "La salud mental en la currícula innovada").