

Alvaro Villar Gaviria

Por qué no

el Psicodrama?

UNIVERSIDAD NACIONAL

BIBLIOTECA CENTRAL

BIBLIOTECA GENERAL

Es un solo interrogante con variadas respuestas el que aquí se plantea, provenientes ellas de muy diversas experiencias y puntos de vista, pero que convergen de manera no casual ni menos aún desarticulada, hacia el enfoque de una problemática específica, abordable desde muchos ángulos tocantes no sólo con el tratamiento de las enfermedades mentales sino con la investigación basada en el individuo y en el grupo humano, con los intrincados desarrollos de la sociedad en general, así como de la evolución médica en particular.

Se halla en primer término el psicoanálisis, como el método más profundo, total y cierto para la comprensión de gran cantidad de fenómenos y de situaciones; es, evidentemente, un cuerpo de doctrina bastante coherente y que ha mostrado en su utilización práctica una indudable eficacia en el tratamiento de los disturbios emocionales, al menos en muchos de ellos. Pero resulta inaplicable en una abrumadora y creciente mayoría, por razones principalmente de orden práctico, que muy difícilmente podrán superarse en el futuro, dentro de su actual base teórica, sea cual fuere el aumento de los profesionales suficientemente preparados para aplicarlo en forma sistemática. Es más: las dificultades en la obtención de esta meta aumentan cada día y ningún postulado, por optimista que sea, puede demostrar lo contrario. Y esto es cierto, así sólo se considere la progresión en que una sociedad como esta produce de manera lógica seres enfermos, independientemente de las dificultades, que por el otro lado existen, en la preparación de un grupo privilegiado de especialistas para otro grupo de privilegiados enfermos, únicos para quienes, por obvias razones, estará el concurso de dichos especialistas. Además, la teoría psicoanalítica, en todos aquellos aspectos donde su validez persiste, ha sido deducida y comprobada en un tipo específico de hombre: en el resultado de una estructura social alienada y alienante, compuesta por un pequeño conglomerado de seres dominantes en todos los sentidos, sobre otro, enorme, de sometidos, entre los cuales se hallan, como es lógico, la gran mayoría de los enfermos mentales y en menor medida los afectados en otras formas de su vida por las condiciones sociales y económicas, como las mujeres, los ancianos, los niños en su período de formación, vale decir, de enajenación; y de los adultos en camino de convertirse en nuevos enfermos, sinónimo de alienados. Pero la transformación del hombre y por lo tanto de la sociedad, está en muy pequeña parte en manos de educadores y de psicoterapeutas, cuando

corresponde primordialmente a muchas formas de influencia que debieran ejercer los dirigentes y el estado, pero con base en una profunda transformación de sus finalidades; estado y dirigentes que hoy cumplen la tarea exactamente contraria, por la manera de utilizar al hombre no para mejorarlo sino para alienarlo por medio del trabajo en beneficio de otros, muy pocos, a costa de su salud mental, de su felicidad y de su independencia, convenciéndolo además, por medio de la propaganda, burda en ocasiones, sutil las más veces y constante siempre, de que vive en el mejor de los mundos, ofreciéndole productos falsos, metas inalcanzables, paraísos en que no creen en absoluto ni quienes los ofrecen; retardando por los más increíbles canales su verdadera emancipación por medio del conocimiento, y utilizando a esos educadores y terapeutas para sus propios fines. Los hace parte del sistema y éstos se dejan alienar también, con el ofrecimiento de ventajas egoístas, perfectamente reales para ellos. Esas transformaciones han de conducir a un cambio, de donde resultará, a pesar de todo, el cambio individual. De manera que no serán válidos todos los principios teóricos actuales, o al menos habrán de sufrir una alteración substancial, acorde con aquellos tipos de cambio.

Cómo se presentará en el futuro, por ejemplo, el llamado complejo de castración en las mujeres, cuando su real igualdad legal y social se haya logrado? Si hoy se maneja ese concepto, porque actualmente corresponde a una realidad, es decir, porque la mujer está efectivamente castrada frente al hombre y lo estaba aún más cuando fue descrita esa verdad ligada con el tiempo, no se comprenderá su persistencia cuando dejen de actuar las condiciones que la han determinado.

Lo mismo puede decirse de los restantes aspectos de la provisionalmente llamada "psicología femenina", para continuar dentro del mismo campo. Es como hablar de la "psicología del esclavo", o de la "psicología del propietario", sin tener en cuenta que esto depende de condiciones externas, determinadas por alguien en provecho de él mismo y naturalmente con la colaboración activa o pasiva de quienes las aceptan porque no pueden hacer más, o no les permiten hacer más. Es decir, la mujer "es" así porque no se la ha dejado "ser" de otra manera, menos conveniente para quienes hasta ahora han determinado predominantemente las circunstancias.

Y qué variaciones pueden suponerse en otro campo cualquiera, y sea otro ejemplo, el de los móviles principales de la actividad y de la produc-

tividad humanas, cuando varíen las condiciones imperantes? La ambición de lucro y el egoísmo, acicateados por todos los medios de la propaganda y de los restantes elementos de la sociedad de consumo, han llegado a convertirse en el motor principal; ante esto, se violan todas las normas externas e internas; se aprovechan las ideologías y las creencias, cuando convienen a sus fines. Pero con la misma facilidad se prescinde de ellas cuando dejan de cumplir esa finalidad. Creo que es lícito esperar un profundo cambio, que desde luego ha de involucrarnos a nosotros mismos, cuando los incentivos sean otros, cuando priven metas de solidaridad y de mejoramiento sociales, cuando además se hayan cerrado las vías no sólo de estímulo sino de canalización de esas fuerzas, hoy unilateralmente interesadas en la conservación de ventajas para la minoría, o sea del mantenimiento de lo establecido.

Y esto es axiomático: la medida del cambio ha de envolver la sustitución de la teoría. Una vez más, el paso de las variaciones cuantitativas a las cualitativas ha de verificarse, como lo señala por otra parte la historia general de las ciencias.

Que los enfermos mentales pertenecen en una u otra forma a los inferiorizados, lo demuestran no sólo su conducta, su actitud y su problemática, sino la de los dominantes: la sociedad y la de sus apoderados, los médicos. Esto también lo revela la historia. Y es visible a través de la conducta de cada uno de nosotros, lo mismo que de la estructura total creada para aislarlos, encarcelarlos, hacerlos inoperantes y poco peligrosos para el conjunto de los "sanos". Esto se observa en forma significativa en unos cuantos hechos que se repiten alrededor nuestro y que pueden destacarse como simples muestras. En un hospital mental, llamado hasta hace poco y de manera no casual "asilo" *, casi "depósito" humano, las medidas de protección se confundían con un racionalizado tratamiento que en la gran mayoría de los casos prolongaba o hacía interminable y cada vez más profunda la incapacidad. Celdas, camisas de fuerza, drogas suministradas en cantidades masivas, limitación increíble e inútil de las libertades y de los derechos humanos, de los contactos con el mundo exterior, ausencia total de medidas psicoterapéuticas, etc., eran y aún son algunos de los procedimientos usados

* ASILO: definición del Diccionario de la Real Academia Española, 17ª Ed.: Lugar privilegiado de refugio para los delincuentes. 2 Establecimiento benéfico en que se recogen menesterosos o se les dispensa alguna asistencia. 3 fig. Amparo, protección, favor.

a diario. Y esto no solamente en esta clase de enfermos, sino en todos aquellos en que su patología implica lógicamente un desvalimiento. Es la historia de la humanidad en general y de la medicina y de la psiquiatría en particular: el progreso conlleva la ruptura de cadenas, la abolición de celdas simbólicas o reales, de restricciones exageradas y perjudiciales, cuyos vestigios persisten hasta hoy. Y siempre la misma racionalización: aparentemente, la protección es para el paciente; en realidad, lo es para la sociedad y para su representante, el médico.

En el mismo hospital local existían, no hace muchos años, al lado de esas medidas de protección tan visibles, otras de no menos importante significado encubierto: un aviso por medio del cual se reglamentaban las visitas, dos tardes en la semana, siempre que el paciente no estuviera en tratamiento.

Naturalmente, esto ha sido siempre diferente en las instituciones privadas, donde el enfermo o sus familiares, a cambio del pago en dinero, se permiten recabar restricciones menores. Y surge en toda su injusticia la discriminación absoluta entre las dos clases de pacientes, común a gran parte de la organización hospitalaria colombiana: la capacitada económicamente, que puede aspirar a un trato más humano, ínfima minoría. Para ella, las visitas pueden ser diarias, con algunas excepciones; en ella, no se considera que puedan ser un factor de desorganización, razonamiento que se aduce para la otra clase, la de los desvalidos pecuniaria y socialmente, sujetos forzosamente a la insultante "caridad" del estado o de las entidades de beneficencia. Lo mismo, con pequeñas diferencias, sucede en cualquier tipo de desvalimiento. Y resulta muy significativo que en los casos donde a la inferiorización resultante de la enfermedad se suma la de ser niño, las restricciones se aumentan, claro que en los de "caridad".

Consecuencias: prolongación, a veces indefinida o vitalicia, del confinamiento; la creación de un tipo de enfermos mentales, realmente muy grande, hasta ahora llamados crónicos, que sólo empiezan a ser comprendidos bajo otro ángulo, el de ser resultantes precisamente de ese confinamiento total, de esa falta de relación no sólo entre ellos mismos sino con el mundo y con los "sanos", de esa desesperanza en cuanto a cualquier posibilidad de reincorporarse a la sociedad. Por ellos, el psicoanálisis individual no ha hecho nada, ni puede hacerlo dentro de lo previsible. Quizás esta ciencia, como parte hasta ahora del sistema alienante, sólo desea ocuparse de la otra clase, mental o social;

y los métodos, el desenvolvimiento de su teoría y de su práctica, han favorecido esto, sin que desde luego pueda culparse a los individuos que la ejercen honestamente, pero que sin darse cuenta entran en el juego. Naturalmente aquí intervienen, además, los factores económicos que regulan la marcha de una sociedad de consumo y de despilfarro. Y se acepta el compromiso, implícito en la misión, muy a menudo equivocada, de convertir el tratamiento en una forma de adaptar el individuo a su medio. Lo cual sólo ocasionalmente puede ser sinónimo de mejoría. Pero puede considerársela así cuando se procura adaptar a alguien a un medio que no es normal, como no lo es la sociedad actual? Por el contrario, resulta obvio que es esta la que debe ser cambiada, mediante la transformación de las relaciones económicas y sociales; pero también, indispensable y conjuntamente, la de los seres que constituyen esa sociedad. Una mejoría es más lógica si ésta, de la persona trasciende al ambiente, familiar y social, que a su vez revertirá sobre el individuo, en un interminable interjuego dialéctico. El enfermo o sometido se convertirá en sujeto activo y actuante para mejorar lo suyo o, por lo menos, para dejar de ser a su vez alienante. Y es lógico que una parte de la transformación corresponda a quienes tenemos a nuestra disposición una de las más eficaces herramientas de cambio, así esta, sólo en pequeña medida, se haya utilizado así. Por otra parte, el paciente mental no es sino relativamente, y a pesar suyo, un ser aislado; es decir, en ningún caso se trata de enfermos individuales, como no lo son ni el delincuente ni la prostituta; son consecuencias de una situación dada. Así en el caso de los crónicos, de donde deriva esta especie de hospitalismo. Son enfermedades de la sociedad, del grupo, de la familia, del hospital, que sólo podrán mejorar en la medida en que estos mejoren.

Como bien lo dice *Claude Levy-Strauss* "...como si ocurriese que, so capa de objetividad científica, los hombres de ciencia tratarasen, inconscientemente, de hacer que los segundos (los hombres estudiados), ya se trate de los enfermos mentales o de los que hemos dado en llamar 'primitivos' fuesen más *diferentes* de lo que en verdad lo son" ("El totemismo en la actualidad").

Y esto puede observarse no sólo en la dirección anotada sino en la complementaria. La clase médica proviene históricamente de aquella poseedora de los máximos privilegios, aun cuando la sociedad actual nos haya quitado progresivamente muchos de ellos para convertirnos en sus

servidores y mantenedores. Y es lógico que quienes pertenecemos a ella no deseemos perderlos. Lo importante es reconocernos su posesión, así como la injusticia que ello engendra. Y permitirnos comprender cómo los vestigios persisten en nuestras actitudes frente al paciente, frente a la sociedad, frente a la vida. Y que se revelan además en numerosos símbolos y distintivos que abarcan hasta la indumentaria no indispensable. Es cierto que los psiquiatras y los analistas hemos prescindido de muchos de estos símbolos y de estas actitudes de clase; pero creo que nos falta todavía prescindir de otros, restantes, que aún impregnan nuestra actividad profesional.

Ahora bien, al hacer una nueva relación de los momentos evolutivos de la medicina y de la sociedad, pueden ponerse de presente variados hechos en el sentido de la liberación progresiva, no ya por la cesión de posibilidades por parte de quienes siempre las negaron; sino por la obtención difícil, lentamente creciente, de quienes individual y colectivamente han venido creando conciencia acerca de su situación y, forzosamente casi siempre, han logrado un cambio en la sociedad dominante.

Los enfermos mentales han sido siempre, y en primer término, excluidos de la colectividad de los llamados "sanos"; y colocados en situación de inferioridad; lo mismo ha ocurrido con los enfermos en general y con todos aquellos que no han podido oponerse, a causa de supuestas o reales debilidades físicas, mentales, raciales, económicas, de clase en fin, a esta discriminación. Y como siempre, los dominantes han tenido de su parte a los otros poderes humanos; de hecho, se atribuyeron las enfermedades mentales a intervención de demonios, o de espíritus malos, enemigos por lo tanto de esa divinidad y de los "sanos". De allí al encierro, a las cadenas, a los malos tratos, a la derogatoria de todo símbolo de la dignidad humana, sólo un pequeño paso había, y fue dado. Numerosos siglos de historia no han bastado para liberarlos. Toda clase de restricciones, la mayoría innecesarias, han sido utilizadas y mantienen su vigencia. Desde esas cadenas y celdas, hasta el electrochoque, pasando por el absceso de Faucher, su antecesor inmediato; desde el uniforme, caso igual al de los presos, hasta la pérdida de los derechos civiles.

Y retornando a un hecho, increíblemente presente, piénsese en las dos categorías enunciadas antes: la del enfermo de "caridad" y la del capacitado de retribución económica de los servicios hospitalarios y médicos. Sin hablar de las diferencias de alojamiento y de alimentación,

parcialmente explicables. Pero ellas también recaen en los aspectos médicos, en el trato como seres humanos, en las drogas empleadas, en el reglamento que cobija sus actividades, etc. En un mismo hospital, donde conviven pacientes de "caridad" y pensionados, las normas difieren de manera cruel. La reserva profesional, por ejemplo, no se mantiene sino para los últimos. Y en los casos mostrados para la preparación práctica de los estudiantes, sólo se utilizan las historias de los primeros. Es decir, la ética sólo tiene vigencia para quien pueda pagarla. Y esto es sólo un ejemplo de la rutina diaria en estos establecimientos. Pero hay otros no menos infamantes para la dignidad humana. Los exámenes clínicos colectivos en el lecho de un paciente, sin la menor aprobación previa de su parte, en salas casi públicas, donde penetran visitantes, personal auxiliar y hasta guardias de la fuerza pública; la firma, previa a la admisión, de un compromiso por parte de los familiares o del paciente mismo, para autorizar la autopsia, y el compromiso forzado a no negarse a cualquier tipo de examen; la donación anticipada de sangre para el respectivo banco, como parte del pago por los servicios que ha de recibir, etc. Todo esto, repito, solamente para los pacientes no pensionados, para hacer más notoria la discriminación. Se dice, es natural, que existen razones de organización; pero cualquiera de ellas podría cumplirse con respeto, aún para lograr idénticos fines.

Y lo peor de esto es que la coherencia de un sistema, que se ve aplicado en todas las actividades sociales, nos impedía ver, a quienes entonces éramos estudiantes, lo aberrante de esta situación; nos parecía natural y era así naturalmente aceptada.

Pero otros hechos, con menor explicación racional, eran y siguen siendo comunes, en un sentido idéntico. Las visitas para los pacientes de "caridad" se limitan a un día en la semana, y a un corto período de ese día; no para los pensionados, que tienen por esto mismo la posibilidad de exigirlos con una amplitud muy mayor. Claro que se aducen, en un caso, razones vinculadas a la marcha del hospital; pero sólo en ese caso. Y en los servicios mentales las restricciones son aún mayores, ya que el paciente, por su condición misma, tácitamente aceptada y buscada por la sociedad, se encuentra en situación de mayor incapacidad para reclamar derechos elementales. En los de "caridad", las visitas se circunscriben a una tarde en la semana; en las instituciones privadas, hasta hace poco, a dos tardes; en las más modernas, a unas horas, pero todos los días. Las salidas temporales del establecimiento han sido algo

poco común en las públicas, y siempre por motivos muy específicos y siempre excepcionales; con restricciones infinitamente menores en las de carácter privado. Pero es una constante que las limitaciones son siempre mayores que las derivadas del estado mismo del paciente. Cuando todos los adelantos teóricos de la psiquiatría coinciden en afirmar la conveniencia de que el enfermo permanezca lo menos aislado posible de su ambiente; que este aislamiento se limite a lo indispensable, los reglamentos autoritarios los alienan aún más, los extrañan en su sentido estricto. No es raro entonces el hecho muy común de aquellas instituciones que por su conformación misma implican autoritarismo, aislamiento y exclusivismo clasista en grado sumo, como son las de carácter religioso, sean las predominantes hasta la actualidad en la conservación de las medidas restrictivas. En cualquier medio hospitalario puede comprobarse este aserto, independientemente, en cierto modo, del carácter de asistencia pública o privada; esta es una superposición concomitante.

Hay un detalle muy significativo en la relación médico-paciente que, por pequeño que pueda parecer, no deja de pasar inadvertido para quien experimente dolorosamente su verdadero y profundo sentido. Me refiero a la forma pronominal que en un medio como éste adquiere un carácter específico y que desde luego no lo posee en otro idioma ni aun en otras regiones de la misma comunidad lingüística. En este país, y claro que no sólo en éste, se utiliza el tuteo, bastante extendido en el trato, unilateral en éste como en otros casos, con los enfermos de "caridad", con todo lo que tiene de inferiorizante y de distanciante, hasta convertirse en la forma de trato entre dos clases. A un sirviente, por ejemplo, se le tutea, en especial si es joven; pero nunca se aceptaría forma igual por parte de éste. Esto sucede con los pacientes, independientemente de su edad. Pero el respeto con quienes sí pagan los servicios, impide que se efectúe con ellos. Consideraciones infinitas podrían hacerse a este respecto; todas llevarían a confirmar los mismo, a través de actitudes, no de motivos, diversos.

Pero naturalmente no basta con el señalamiento de este estado de cosas y su relación con el sentido clasista. Es necesario considerar su incidencia sobre la enfermedad misma. Más clara, como es lógico, en dos grupos de pacientes: los niños y los enfermos mentales. En los primeros, muchas veces se ha descrito el síntoma llamado "hospitalismo", caracterizado por un agravamiento de su dolencia inicial, por la pre-

sentación de enfermedades intercurrentes no apreciadas en otras circunstancias, por la intervención de factores psicosomáticos derivados del aislamiento, del abandono afectivo, de la ausencia de contactos sociales adecuados y de su sustitución por pobres, artificiales y profesionales intentos de compensación no buscada. Pues bien, durante los últimos años se ha descrito un equivalente, no sólo en los resultados sino en las causas; me refiero al enfermo mental crónico, que ocupa más del 80% de las camas de los establecimientos de carácter público. Hasta ahora, los conocimientos, y en el fondo la actitud general de la sociedad, se habían puesto de acuerdo en considerarlos incurables, sin necesidades mayores fuera de las simplemente vegetativas, sin requerimiento de atención, circunscrita ésta a las enfermedades intercurrentes.

Hoy, gracias a las técnicas llamadas de comunidad terapéutica, psicodramáticas y de grupo en general, han podido dilucidarse muchos de los interrogantes teóricos; y se ha visto que fenómenos tales como el descrito bajo el rótulo de cronicidad en el enfermo mental, inclusive con los supuestos componentes orgánicos del deterioro, son predominantemente una apariencia que encubre un problema básico de comunicación, hasta el presente vanamente enfocado, las más de las veces despreciado por los tratamientos psiquiátricos individuales, incluidos los psicoterapéuticos. Y es que se trata entonces de un problema social, resultante del enclaustramiento físico, que sólo puede ser considerado, para su solución, de la misma manera: socialmente. Mediante el enfrentamiento de esas existencias aisladas, mediante la observación viva de qué ocurre, de qué ha ocurrido en el transcurso del tiempo para que haya llegado a ser así, y de qué puede hacerse para que deje de serlo.

Pero es necesario partir de una base diferente a la individualista, que ha resultado ser insuficiente, del psicoanálisis personal, si de personal puede hablarse frente al ser humano, social desde que nace como requisito indispensable para su subsistencia. Crítica que ha de incluir no sólo la del sistema, psiquiátrico y médico, sino del social, frente al resultante: la alienación. En esto todos tenemos una responsabilidad, y no podemos sentirnos libres de haber contribuido, así sea sólo con nuestra pasividad, a la génesis de un problema que aumenta y se sale de nuestras manos, mientras una población frenocomial crece y se coloca en un estrato separado por las barreras, infranqueables hasta ahora, de su supuesta inferioridad mental. Estaremos todos los médicos, todos los psiquiatras, decididos a abandonar nuestra cómoda y lucrativa posición

individualista, a liberarnos de ella para contribuir o al menos para aceptar y no entorpecer el irreversible y creciente proceso de socialización que ha de iniciarse interiormente en nosotros mismos? Hasta dónde el rechazo de técnicas, nuevas sólo en nuestro medio, no implica el rechazo a la nueva situación social y a la actitud también nueva y derivada de ella, frente al enfermo, quizás transitoriamente inferiorizado pero que se ha hecho incurable por nuestras actitudes conscientes o inconscientes?

Y es que nosotros los psicoterapeutas debemos tener presente otra clase de peligro: el derivado de permanecer largas horas sumidos en las fantasías de nuestros pacientes y de las propias nuestras, con el consiguiente alejamiento de la realidad circundante, posición en parte obligatoria dentro de este sistema de trabajo pero además conveniente desde un punto de vista egoísta. Nos es muy fácil pasar de aquí al dogmatismo; y a convertir la experiencia en la repetición de pautas prefabricadas; a rehuir las nuevas fuentes de datos, de ideologías, de contactos vitales, porque pueden hacernos perder seguridad en lo ya utilizado con éxito intelectual, económico y social.

Pues bien: al extender una serie de lecturas y de experiencias; al proceder a otras varias relecturas ya desde un ángulo diferente, englobado dentro de una visión amplia de la sociedad, de su estructura y de su evolución, por una parte; y de la autocrítica de la actividad profesional por otra, me ha parecido encontrar un instrumento valioso no sólo para contribuir a la extensión de las posibilidades terapéuticas sino para comprender profundamente el proceso mismo. Me refiero a las mencionadas técnicas de tratamiento en grupo, dentro de las cuales ocupan un lugar preeminente las desarrolladas sobre las bases teóricas de Maxwell Jones, de Moreno y de sus continuadores. Me anticipo a señalar mi no aceptación de varias de sus conclusiones y aun de muchas de sus bases. Pero esto no constituye una objeción válida. Por el contrario. Es un método que lleva dentro de sí la posibilidad de la crítica y del mejoramiento constantes. Y de eso se trata. De utilizarlo y de modificarlo en la medida en que las circunstancias lo exijan, sin compromiso alguno con axiomas, postulados o teorías que, como en toda ciencia, han de modificarse indefinida y libremente.

Y me he referido hoy a dichas técnicas, porque es ahora cuando han adquirido la plenitud de su validez y ya no existen objeciones suficientes para dilatar su aplicación de manera intensiva. Desde 1904,

según *Bellak*, observaba *Camus-Pogniez* que "los psicóticos hospitalizados mejoraban más rápidamente en las salas que en las habitaciones individuales". Y este es, en esencia, uno de los puntos de partida para una nueva comprensión del problema. Lo cual entraña no sólo una terapéutica sino una actitud y una crítica, simultáneas.

Puede parecer extraño que esto sea escrito por un psicoanalista, que ha dedicado su vida al mejoramiento individual, o por lo menos ha sido así en apariencia, según se deduce de lo dicho arriba; profesional que muy poco puede hacer de más; por alguien que, circunstancialmente, preside una asociación psicoanalítica basada en teorías y desarrollos freudianos y post-freudianos. Pero es consecuencia de muchos años de observación y de esfuerzo por aportar algo más a un necesario e impostergable proceso de mejoría social, que tiene que sustituir en ocasiones o complementar muchas veces, a este que en un sentido ha resultado bastante estéril y decepcionante, por la pequeñez de su radio de acción, así sean evidentes, como lo son, las mejorías individuales logradas en multitud de ocasiones.

Claro que a esto es necesario agregar que el sistema actual no ha permitido ni hecho posible la utilización de la totalidad de los conocimientos vigentes en las campañas de higiene mental, en la educación, en la industria, en la justicia, en la penología, en la sociedad en fin. Como si se diera cuenta de que el análisis llevara el germen de su transformación radical.

Contemplado todo esto desde otro ángulo, resulta cierto que los procesos de alienación, así como los de mejoría, se observan en forma viva en el desarrollo transferencial de la psicoterapia individual. Pero aún teóricamente puede inferirse que muchas características del grupo y más exactamente del vínculo, han de escapar de esta observación. De lo cual pueden deducirse nuevamente la posibilidad y la necesidad de complementar o de sustituir los dos procedimientos terapéuticos, cuyo resultante será, como en variados aspectos lo ha sido ya, el mutuo enriquecimiento.

Sobra decir que todas estas consideraciones entrañan una nueva actitud no sólo médica sino humana y filosófica. Porque se ha de partir de un concepto ineludible e incambiable de igualdad, de ausencia de toda discriminación, no sólo frente al enfermo sino frente al hombre en general. Y cómo se ha de pensar en un núcleo humano de donde ella se derive, si este núcleo está inserto en una sociedad de clases? Y cómo

puede pensarse en la aislada modificación real de un individuo si persisten las causas externas de la desigualdad y de la discriminación y más aún, se pretende con las actitudes personales o de los grupos en perpetuarlas, o lo que es lo mismo, en no hacer nada por obtener o al menos no impedir ese cambio?

Deseo aquí plantear este interrogante, que es al mismo tiempo una respuesta. Con el ánimo de que se traduzcan, uno y otra, en modificaciones de nuestro desenvolvimiento psiquiátrico y médico, ávidos de soluciones prontas, impostergables, necesarias.