

**Psicología y
psicopatología del
médico mexicano.**

SANTIAGO RAMIREZ *

NADA MÁS LEJOS de mi propósito y de mis capacidades que pretender abarcar un tema de la amplitud que supone el título del presente trabajo. Para ello sería menester por una parte conocer en forma cabal y completa, las características psicológicas y psicopatológicas del médico en general, independientemente de la nacionalidad y el ambiente cultural en el que se hubiese desarrollado, por otra parte, conocer muy amplia y profundamente las características del mexicano y poder precisar en qué medida estas características interactuaban dentro de la profesión del médico. Un conocimiento afortunado de las primeras características, las segundas y su interacción nos permitiría conocer y desarrollar en forma total el tema. Nuestra experiencia más corta o más amplia en cada una de las diferentes proposiciones limitará el resultado.

Debiéramos empezar por estudiar las motivaciones que hacen que un ser humano en un momento dado elija como objeto de sus desvelos, preocupaciones, lecturas, intereses y afectos el trato con pacientes y el deseo consciente de aliviar el dolor humano. Bien lejos ha estado de nuestra mente, el investigar las motivaciones básicas y profundas que han condicionado nuestra vocación; a lo sumo algunos de nosotros hemos pensado, en el azar, en las circunstancias y en lo fortuito de un consejo como determinante en la elección y génesis de nuestro determinismo profesional. A los más de nosotros nos pasa desapercibida la génesis profunda de nuestra motivación a pesar de que en nosotros mismos estaría tal respuesta.

Voy a valerme de algunos ejemplos que hagan accesible en forma práctica mi manera de pensar, en los casos estudiados.

* De la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor de Psicología Médica y psiquiatría. Escuela Nacional de Medicina.

El Dr. M. se acercó al consultorio del que suscribe motivado aparentemente por deseo de ser psicoanalista. Conocedor de que uno de los requisitos para adquirir entrenamiento en la especialidad es psicoanalizarse uno mismo, asiste en mi demanda con el objeto de llevar a cabo su propósito. Esta era la razón primera y superficial. En realidad se trataba de un hombre de 45 años, bastante entrado en edad para que pensáramos a primera vista que algo había en su personalidad que le llevaba, a una edad tan tardía a la elección de una especialidad. Se trataba de un hombre obeso, con un fuerte retraimiento social, que había trabajado en su profesión con poco éxito económico; era soltero y no había podido resolver en realidad casi ninguna de sus áreas vitales. Durante muchos años había trabajado sin aspiraciones mayores en un servicio de obstetricia, conformando sus escasos ingresos y éxitos a sus pocas exigencias y aspiraciones que le habían mantenido en un nivel subliminal. Sin embargo, nada de lo anterior era la verdadera motivación que le impulsaba a buscar una ayuda, por lo demás costosa y muy por encima de lo que el sujeto había estado acostumbrado a pagar en su vida. Lo anterior me hizo pensar que por abajo de lo que me relataba había una situación de emergencia que estaría adecuada a los esfuerzos realizados. Efectivamente, el paciente, pocas sesiones después de haber iniciado su tratamiento relataba que aproximadamente dos meses antes, estando realizando un desprendimiento manual de placenta sintió un impulso irrefrenable de golpear el fondo de la matriz. Percibió, que el impulso que de pronto había invadido su conciencia, era superior a sus fuerzas y que en realidad había estado a punto de hacer una perforación de útero. Alarmado y presa de angustia, sudando copiosamente, salió de la sala de partos con la firme decisión de no volver a intervenir en ninguna situación que le colocara ante peligro semejante. La historia infantil del sujeto era particularmente sugestiva de la posible motivación de sus conflictos actuales. Se trataba del hijo mayor de un matrimonio de inmigrantes, la madre particularmente sobreprotectora siempre lo había halagado con la comida y con sus magníficas cualidades de cocinera y repostera. Fue amamantado hasta los tres años de edad y en realidad se acercaba a la madre después de andar correteando y demandaba el pecho. Su progenitora se lo daba y poco después el chico continuaba los juegos interrumpidos; ésta situación aparentemente paradisiaca persistió hasta que nació un hermano. En ese momento la relación con la madre se vio interrumpida y fue suplantado

por el hermano. No vamos a entrar acerca de los detalles fascinantes de esta historia sino solamente a tocar aquellos datos útiles a nuestros fines.

Sin establecer ninguna conexión con su sintomatología actual, el paciente contaba algunos de sus juegos infantiles. Relata que a la edad de cinco años, la madre se dedicó a la crianza de pollos, M, estuvo preocupado durante mucho tiempo acerca de la forma en que nacían los pollos, una vez investigada, procuraba "ayudar a bien nacer" a los animalitos; con sus pequeños dedos desprendía la cáscara del huevo, facilitando, a su manera de decir, por dicho procedimiento la salida del animal, sin embargo, en ciertas ocasiones, al quitar la cáscara no solamente desprendía ésta sino también una alita del animal, dejándolo mutilado. En otras ocasiones jugaba con los pollitos, los acariciaba, los lanzaba delicadamente al aire, pero también frecuentemente sin saber porqué el lanzamiento dejaba de ser delicado y el pollo era lanzado violentamente como un proyectil al techo del corral, lastimándose y ocasionalmente muriendo. Pasados éstos años del juego relatado, el paciente no volvió a tener ninguna actividad que pudiéramos calificar de perversa o de sádica, no fue sino hasta la edad adulta cuando se acercó al consultorio a raíz de haber tenido un impulso que por sus características podíamos equiparar a los impulsos infantiles. Efectivamente un afecto de signo contrario, a pesar de sus propósitos, hacía irrupción en su conciencia, este impulso era totalmente antagónico al fin conscientemente deseado, ayudar "a bien parir", a la mujer y ayudar a "bien nacer" a los pollitos, además venía a anular por así decir el resultado de su acción. La emergencia del impulso a la conciencia se veía acompañado de fuerte sentimiento de culpa y de una ansiedad extrema.

Lo que había acontecido en el paciente lo podría enunciar así: una sublimación (su actividad profesional) de fuertes impulsos hostiles, que el sujeto anulaba mediante una conducta opuesta a la inconscientemente deseada, había fracasado. Los deseos infantiles de excluir a un huésped indeseable que le privaba de satisfacciones paradisiacas, la cercanía, el calor y el pecho de la madre, hacían emergencia pese a sus deseos y propósitos de mantener fuera de la conciencia el conflicto. Cabe suponer que éste niño al sentirse rechazado por el nacimiento del hermano, expresó abierta y manifiestamente su descontento, culturalmente sus deseos de muerte a la madre y al hermano, fueron reprimidos, pero no por ello dejaron de ser activos. Efectivamente fueron más

tarde desplazados sobre objetos ajenos, a través de los cuales podía expresar su hostilidad: los pollos. El impulso reprimido fue el motor dinámico responsable de su elección de especialidad, tratando de cubrir una culpa se había dedicado a ser "bueno" justamente en la misma área en donde su culpa se encontraba. Aquí podríamos usar el proverbio de "explicación no pedida acusación manifiesta", es decir que su elección venía a constituir para él una manera de "disculparse" y explicarle a su propia "conciencia", que él no era malo, que no quería destruir ni a su madre ni a su hermano, que deseaba reparar esos intensos deseos por una conducta de signo contrario. Sin embargo, en un momento de su vida, la posibilidad de reparar una culpa "inconsciente", la eventualidad de sublimar un impulso hostil, fracasan. En este momento se presenta en el yo del sujeto, como algo extraño y ajeno un impulso que yacía hundido y latente. El yo al recibir este impulso es presa de angustia y limita su actividad (abandona la profesión) para aliviarse de la emergencia.

He presentado este caso extremo, para que se vea en qué medida las motivaciones de una conducta pueden arrancar de la infancia. Este caso de no haberse presentado circunstancias presentes, que no vale la pena analizar, para los fines del trabajo, hubiera deambulado en su sublimación y reparación en forma satisfactoria.

Simmel y Numberg han tratado de encontrar algunas de las raíces infantiles susceptibles de transformarse en móviles de la elección profesional en el caso del médico.

Numberg¹ señala que cuando un ser humano sufre, ya sea física o mentalmente, experimenta un sentimiento de soledad, se ve presa de la angustia y busca protección consuelo y ayuda en otra persona. Para el adulto esta persona es como regla el médico, pero en la remota vida infantil, la persona anhelada y buscada era la madre. Cuando una persona se encuentra ante una situación difícil, en la cual su yo es demasiado débil, es decir ante una emergencia que no puede dominar, en general se retrae a situaciones previas, más familiares y menos peligrosas. A este proceso le dio Freud el nombre de "regresión". Freud comparaba la situación a aquella que acontecía en un proceso de conquista: el grueso del ejército iba avanzando pero dejaba en la retaguardia puestos de emergencia a donde se podía regresar en caso de eventualidades imprevistas. En esta forma actúa la personalidad. Cuando se enfrenta a situaciones de emergencia, incontrolables, apremiantes y

amenazantes retorna a aquellas viejas posiciones desde las cuales experimenta seguridad. La enfermedad actúa sobre el yo, debilitándole, el sujeto no puede dominar sus síntomas, ni su dolor, en éstas circunstancias retorna a viejas situaciones en las cuales depender de otro para ser protegido y ayudado puede momentáneamente salvar del peligro. Es decir que la independencia tan difícilmente alcanzada, resulta peligrosa en el momento en que el paciente se ve amenazado por algo remoto que ignora y desconoce. En estas circunstancias reedita patrones o pautas de dependencia de la misma manera que cuando pequeño recurría a depender de la madre en los momentos mismos en los que el peligro se cernía sobre su vida cotidiana. El hombre adulto, cuando tal acontece, abroga y renuncia a su independencia y se coloca en las mismas condiciones de dependencia que cuando era niño. En el curso de los tiempos, el objeto al cual recurre el ser sufriente ha sido variable, el mago, el brujo, el sacerdote y el médico. Numberg expresa "se regresa a un estadio más primitivo del desarrollo y por lo tanto se adoptan actitudes irracionales hacia el mundo el cual ya no se ve con los ojos del pensamiento lógico. El sujeto se vuelve supersticioso, cree en la posibilidad mágica de sus deseos y si la situación difícil es la enfermedad, se convence de la omnipotencia y omnisciencia de su médico. Es como si el yo del paciente se hubiese escindido en dos partes: una racional, inteligente, comprensiva y bien adaptada a la realidad, la otra irracional, ilógica y primitiva.

En realidad podemos observar con toda claridad que el enfermo en función de su regresión transfiere al médico todas aquellas cualidades y temores que había tenido para con sus primitivas relaciones parentales. Buscará irracionalmente en el médico, pero siguiendo las viejas pautas con las cuales buscó protección en las figuras significativas de la infancia. El médico aún sin saberlo en ocasiones, está enfrente de una criatura que demanda protección y ayuda con las viejas técnicas infantiles y que le ha revestido con las características de sus propios "padres". Cuando un paciente expresa "éste es mi médico" lo hace imbuído del mismo sentimiento de seguridad y autoafirmación que cuando el niño expresa "este es mi papá". Sobrarían razones de índole histórica, anecdótica y clínica, para probar la verdad de esta identidad. Bástenos el saber que el sacerdote, ulteriormente designado "padre", tenía funciones de tipo religioso y curativo. En la psicología de la sala de espera se puede observar cabalmente el anhelo y afán que

los pacientes tienen para transformar a su médico en un Dios o en un Padre.

El paciente demanda en forma sistemática del médico: con su conducta, con su dependencia, con sus necesidades infantiles una constante confrontación de poderes mágicos y omnímodos.

En toda relación humana existe una parte emocional que pide y una parte emocional que responde a este pedir. El médico es literalmente bombardeado con permanentes peticiones de seguridad, apoyo y protección. Las demandas pese al aparente tecnicismo en boga: diatermia, calcio, vitaminas o antibióticos, lleva la firma emocional de una actitud infantil implorante y quejumbrosa. El médico, dependiendo de su caracterología, va a responder a esta demanda con sus propias pautas, las cuales derivan a su vez de la manera y forma como él recibió en la infancia. Es decir la manera de pedir del enfermo está condicionada por la manera de pedir ante la emergencia en la época de su invalidez. Se pide en ocasiones con rabia, en otras con sumisión, halagando en ocasiones y en otras injuriando. El médico a su vez dará también de acuerdo a una fórmula condicionada infantilmente, procederá dándoles a sus pacientes ya con la técnica con la cual él recibió, ya con la técnica con la cual quiso recibir. Con su dádiva repetirá o reparará la forma en que le fue dado. El médico o el protector de la infancia frecuentemente tratan al paciente o al delincuente juvenil en la forma en como ellos fueron tratados o bien tratan de reparar, identificándose con el sufriente, un trauma o una manera de ser del ambiente, padres, familia, Etc.

Lo que el médico o cualquier ser humano repara en su conducta puede ser múltiple: en ocasiones es culpa, como en el caso de nuestro ejemplo inicial, en otros reparará una situación penosa, en otros más realizará en la edad adulta algo que infantilmente no pudo llevar a cabo y que se ha transformado en el motor de su conducta y dialéctica vital. En ocasiones una conducta jacobina es la reacción y la reparación en la edad adulta de una infancia traumáticamente religiosa o viceversa una conducta religiosa es una manera de rebelarse ante padres disolutos o inmorales, en ambos casos con la propia conducta se estará reparando aquello que hizo sufrir, que dañó y fue susceptible de arrancarnos llanto y dolor.

Existen algunos motores básicos en la conducta del médico que podemos extraer de lo que Simmel llama "el juego del doctor"². Un niño

ocasionalmente es afrentado traumáticamente por un médico, independientemente de la justificación para ello, se puede tratar de una inyección, de un examen físico o de cualquier otra viscosidad. Pocos días después el niño juega con su muñeco y trata de elaborar el trauma. Hace como que opera o inyecta al objeto pasivo y lúdico que se encuentra en sus manos. En esta forma el niño está haciendo activamente lo que sufrió pasivamente; esta técnica de hacer activo lo que se sufre pasivamente, es un recurso defensivo del aparato psíquico ante cualquier situación traumática. Sin embargo, atrás de la figura amenazante del doctor se encuentra, transferida sobre él, la imagen de los padres, tal vez exista como antecedente del "juego del doctor", el jugar a "la comidita con las muñecas" o "el jugar a los papás". En su juego, el niño ya no depende más, para la satisfacción de sus necesidades de sus padres, ya es el muñeco el que depende de él, habrá logrado un grado de independencia de los objetos primitivos a través de su juego.

El objeto teóricamente donante o rechazante en nuestra vida infantil ha sido nuestra madre y de la misma manera que infantilmente su pecho calmaba las ansiedades y las incomodidades que se cernían inclementes sobre nosotros, de la misma manera el paciente buscará en su médico, el medicamento mágico que "por vía oral" calme la ansiedad, el pánico y el síntoma.

Es decir que en términos generales podemos expresar que la enfermedad coloca a nuestros pacientes en posición regresiva y que desde ésta nos demandarán protección y consuelo como en su infancia lo demandaron a la madre. Podemos pues establecer en la mente del paciente una ecuación *médico = madre y medicación = leche*. Lo anterior parecerá simplemente un juego dialéctico, pero deja de serlo cuando pensamos que cuando falla el médico surge "la manda", que cuando falla la sumisión pasiva a éste se invoca el agua milagrosa o la magia del contacto curativo ante una tela o ante un trozo de tierra.

Cuando un ser humano sufre, física o mentalmente, surgen en él intensos temores de destrucción y muerte, sus entrañas, sin saber cuáles, como cuando era pequeño, se ven presas de sentimientos displaceros, para echarlos de sí es preciso que cosas buenas, como el alimento en su infancia se introduzcan en él, demanda de su médico aquello que solicitaba de la madre, alimento, protección, cuidados cutáneos, consejo, ayuda, Etc.; lo que ha cambiado es la designación; exigirá irracionalmente un horario en su medicación, cucharadas —tantas

cada cuantas horas—, al igual que exigía un ritmo en el pecho. Pedirá irracionalmente consejo acerca de lo que es bueno o malo, de lo que hace o puede dañar, de la misma manera que infantilmente pedía permiso a la madre para realizar tal o cual acto. Irracionalmente se sentirá aliviado y protegido por la cura hidroterápica o el balneario termal donde puede alucinar situaciones infantiles.

En la manera que tiene el médico de dar, existen constantes determinadas tanto por su historia como por su propia formación académica. En el proceso de formación del médico existen hechos significativos que van a determinar actitudes comunes a nuestra profesión.

Bertram Lewin³ expresa que una de las primeras impresiones recibidas por el estudiante dimana de sus contactos con seres muertos. El primer entronque con la vida paradójicamente lo lleva a cabo en un muerto. Este muerto, carece de efectos, de respuestas, de reacciones. Esta experiencia anatómica en la que despoja al objeto de su estudio de los afectos correspondientes, va a continuar en los años preclínicos. Su contacto va a establecerse con ranas, gatos y ratas; pero no con el gato de la casa, animal doméstico con el cual se comparten emociones sino con un gato y una rata cualquiera. Esta experiencia va a traer aparejada en la mentalidad del médico la necesidad de reprimir la emergencia consciente de sus afectos en la relación para con el paciente. Por ello, el médico en su vida profesional exige y demanda de sus pacientes el que se comporten pasivamente, de la misma manera que se comportaba el cadáver ante su hoja de bisturí. Esta necesidad de reprimir los afectos de los pacientes es lo que posiblemente condicionó, ante la incomodidad y angustia de percibir el dolor que experimentaban, al descubrimiento de la anestesia, por lo menos tal es la hipótesis de Lewin. Magendie, el discípulo de Bichat asombró a sus colegas por su oposición al éter, en esa ocasión estas fueron sus palabras: “Desde hace unas semanas, cierto grupo de cirujanos se ha puesto en la tarea de experimentar con el hombre; guiados por un laudable propósito, el de operar sin dolor, intoxican a los pacientes hasta el punto de convertirlos, por decirlo así, al estado de cadáver, al que uno puede rebanar y cortar sin que experimente dolor alguno⁴. A continuación añadió, en medio de la carcajada general, que él jamás permitiría que su mujer o hija fueran anestesiadas, ya que “algunos cirujanos” podrían caer en la tentación de aprovecharse sexualmente de la paciente. Lewin expresa: Cuando Magendie se separa de Bichat se

impuso el tabu de no operar más que material vivo. Racionalizó su conflicto personal, al crear el cisma, puramente teórico, entre anatomistas y "fisiólogos", cuya reminiscencia la encontramos en muchos pseudoconflictos actuales. Sin embargo, trataba a los animales de laboratorio y a veces a sus pacientes como si estuvieran privados de vida y sensibilidad; tanto así, que a continuación de unas vivisecciones públicas que realizó en Londres, fue atacado por la Cámara de los Comunes, que lo calificaba de "monstruo".

La relación con el cadáver, hace que el médico entre en contacto con órganos, con sistemas, pero no con estructuras emocionales totales. Cuando el médico ingresa a sus años clínicos y establece contacto con los pacientes se siente angustiado ante la posibilidad de que el enfermo le saque de una rutina emocional con la cual se siente protegido. El primer paso del entronque del médico con sus pacientes es un entronque deshumanizado, el segundo, cuando llega a alcanzarlo es el de identificarse por múltiples mecanismos con él, en ocasiones por "culpa", en otras por "compasión", etc. Su tercer paso en el proceso de su madurez, es adaptar de acuerdo a las circunstancias una u otra actitud; ocasionalmente es importante para que trabaje sin angustia que deshumanice la víscera en la cual está trabajando. Pensar que esta víscera es de fulano de tal, con tales y cuales afectos, familiares, hijos, etc., seguramente invalidaría su pericia y habilidad; sin embargo también es preciso que en otros momentos se identifique plenamente con los dolores, emociones y necesidades de su paciente. La madurez emocional del médico consiste justamente en utilizar la actitud adecuada según las circunstancias.

Resumiendo, hemos señalado que en la actitud del médico para con el paciente se reeditan viejas pautas de relación interpersonal, que estas pautas son matizadas muy intensamente por la forma específica de la enseñanza médica. Hasta aquí no hemos señalado sino los problemas genéricos de la psicología del médico sin entrar a detallar las que podrían considerarse específicas del médico mexicano, demorando aún tal explicación seguiremos refiriéndonos a problemas de índole general. Existen pacientes que se encuentran protegidos ante la actitud severa y dominante del médico, otros que por sus propias necesidades emocionales infantiles necesitan del consuelo, la dulzura y la ternura, a su vez, existen médicos que por su propia estructura caracterológica derivada de pautas infantiles, encuentran la seguridad en un trato severo. Otros dan la dulzura y la ternura que su historia les fuerza a dar.

Quiéralo o no y utilizando cualesquier procedimiento el médico entabla contacto con su paciente siguiendo una manera de ser. Con esta manera de ser será con la que hará psicoterapia. Los médicos severos tendrán como pacientes aquellos enfermos que necesitan severidad y los tiernos aquellos que requieren de ternura.

En toda dádiva el que da se identifica con el que recibe pero por otra parte espera de él todo el agradecimiento con el fin de experimentar que con su dádiva ha reparado a un objeto dañado. Toda madre espera que su hijo responda a su dádiva con una sonrisa o con un aumento de peso. La inadecuada respuesta del niño puede movilizar en la madre toda una serie de respuestas. O bien lucha una y otra vez por obtener el resultado apetecido o bien acusa y se enoja con el niño que la ha frustrado en su necesidad de reparar.

El médico también actúa en forma parecida o compulsado a curar o frustrado por los fracasos de su medicación. Como actitudes caracterológicas su manera de ser ante el fracaso va a transformarlo en un nihilista o en un entusiasta de la medicación en boga. El médico, como el mago genuino, está en ocasiones tan convencido de sus medicamentos como lo está el propio paciente, los resultados terapéuticos obtenidos los hace derivar de la medicina; leche misma, más que de la fé o confianza que en ella depositó, justamente en demanda de la petición del enfermo. A la confusión del médico, que le hace pensar que los resultados están movilizados por la medicación más que por el resto de factores que se dieron simultáneamente a la toma de la medicación, es a lo que Bleuler⁵ denomina el pensamiento indisciplinado y austístico en la Medicina.

El paciente con neurosis grave, a los que la dádiva armada o terapéutica del médico no ha aliviado, frecuentemente es castigado por frustrar al médico. Las formas de castigo son múltiples y varían con el tiempo, substancialmente la frase del médico es: "Usted no tiene nada, vaya a ver a un psiquiatra". Es decir usted está loco al no responder tal y como yo deseo que usted conteste a mis esfuerzos. Este enojo del médico, movilizado por la frustración en otras ocasiones lo invade de sentimientos de inseguridad, se siente impreparado, torpe, inepto, etc. Es decir siempre tratará de que la culpa recaiga sobre alguien, en ocasiones sobre el enfermo, en otras sobre sí mismo. En algunos médicos su inseguridad básica, derivada de su propia historia, así como las viscitudes de su ejercicio y entrenamiento puede motivar que todo fracaso o falta

de respuesta traiga aparejado fuertes sentimientos de culpa, de insuficiencia, etc. pero que en síntesis podemos referir a la reacción ante la incapacidad de reparación. Cada médico manejará de acuerdo con su propia manera de ser estos sentimientos de culpa; unas veces tratará de hacerla recaer en el colega, echándole la culpa, otras tratará de compartir la responsabilidad y de diluirla en la junta médica, otras más hará emerger sus éxitos para anular y negar sus errores, finalmente podrá introducirse en un nihilismo y en un escepticismo terapéutico.

En diferentes trabajos sobre el mexicano^{6, 7, 8 y 9} hemos enfatizado las características básicas de su vida infantil y las repercusiones que la misma tiene en su estructura de adulto; simplemente trataremos de sintetizar lo sobresaliente:

En la estructura familiar del mexicano, la figura del padre tiene las características de un objeto ausente y hostil, múltiples razones históricas han condicionado su manera de ser, no es el momento de tocarlas. La figura paterna capacitada para estructurarnos ha estado ausente o bien ha sido cruel. Procedemos históricamente de un padre, ajeno, extranjero, conquistador y fuerte, pero ausente de la vida familiar. El niño a su nacimiento se encuentra con la figura de la madre, que sobreprotege y vehiculiza en la relación con el hijo todo aquello que no ha satisfecho en la relación con su compañero, realiza una maternidad excesiva por los fuertes déficits que tiene en sus posibilidades de realización como esposa. Encuentra la protección y la nutrición de la cual priva el esposo reparando en una maternidad múltiple y excesiva. El niño pasa de una reparación excesiva a una frustración ulterior tanto más intensa cuanto tiene la posibilidad de medir más fuertemente el contraste, entre lo que fué y lo que es. Esta situación hemos señalado que se expresa en el folklore, en la literatura, en la música popular, etc. Cuando adulto el mexicano, si es hombre, frecuentemente abandona al ser querido, el abandono paterno en la clase media y pobre alcanza cifras pavorosas, no obstante en toda su música y en sus expresiones siempre canta a una mujer que le abandona. Es que en rigor no está cantando su situación actual sino su situación remota. Esta ausencia de padre determina multiplicidad de rasgos característicos en todas las áreas; un fuerte deseo de equipararse al padre ausente y también una fuerte hostilidad hacia el mismo. Los deseos de equiparación tanto más intensos cuanto no han sido realizados en la vida infantil hemos señalado que en la conducta en general hacen que el mestizo tenga una capacidad

de mimetismo particular en todas las áreas, en nuestra historia hizo que el mexicano se apropiara rápidamente del caballo y de las armas de los conquistadores y que se transformara en maestro de las mismas. La figura simbólica del padre tal y como en otros trabajos lo hemos analizado ha encontrado, independientemente de los factores objetivos determinantes, el que sea colocada una y otra vez en figuras ajenas: el español hasta fines del siglo XVIII, el francés durante todo el siglo XIX y en la actualidad el norteamericano. En la búsqueda de pautas normativas ajenas, independientemente del valor real que las mismas tengan, existe un dramatismo patético; en el campo de la Medicina es el anhelo y la búsqueda compulsiva de las armas de la figura extranjera fuerte. La incorporación ansiosa de sus técnicas, de sus artículos, de sus modos de actuar, de escribir, etc. Esta avidez, como todo rasgo psicológico tiene sus características positivas y negativas. Por una parte nos ha dado y aportado conocimientos de otros, pero por la otra, el considerarnos fuertes, tan sólo cuando nos sentimos apoyados en otro, trae consigo el que en realidad nuestro yo no se haya fortalecido suficientemente. Nos pasa lo que al pobre que pide prestado y transitoriamente se siente rico, negando con dinero ajeno su propia pobreza. Transitoriamente come y tiene todo aquello que anhela, pero en la base de su comer y de su adquisición existe un sentimiento de inseguridad. Esto ha traído consigo que básicamente no nos fortalezcamos ni maduremos. Hablando en el terreno de la Medicina; nos sentimos pobres e incapaces, vamos al extranjero a adquirir el traje que anhelamos; una vez obtenido alardeamos con él y lo usamos con las mismas balandronadas con las que el mestizo del siglo XVI, rayaba su caballo o hacía uso del arma de fuego; pero sentimos internamente que la fuerza adquirida es prestada; somos celosos de lo adquirido y frecuentemente lo usamos para rivalizar que para construir valores que fortalezcan nuestra propia estructura. Lo adquirido no nos sirve para fortalecer nuestras instituciones sino substancialmente, para criticarlas comparativamente. Existe un desprecio por todo lo nuestro. Este sentimiento también y con frecuencia lo perciben y captan nuestros pacientes: la búsqueda del "check-up" en Rochester cumple las mismas funciones milagrosas que años atrás la búsqueda del agua milagrosa en cualquier religioso lugar de Francia. La búsqueda de Rochester en las clases pudientes, tiene la misma significación que la manda a Zapopan o cualquier santuario de las clases populares. De la misma manera que el criollo o el mestizo se sentían

asegurados por el título nobiliario que venía de la vieja España, el médico contemporáneo se siente fuerte cuando es miembro de cualquier asociación extranjera. Lo ajeno ennoblece y valúa, lo propio enviecele y desvirtúa.

La falta de padre en la vida infantil del mexicano, se va a proyectar en su vida adulta en la falta de Instituciones fuertes, sólidas, tradicionales y actuales. México es un país en el que la vida Institucional es casi nula; en todos sus campos la lucha del individuo no encuentra la Institución que le protege. Las nuevas generaciones, tienen para con las que le preceden una actitud de abierta y manifiesta hostilidad, no creen en ellas de la misma manera que no creyeron en la autoridad del padre, la soportan transitoriamente pero no la aceptan interiormente. Esta aceptación además se lleva a cabo bajo protesta interna. Aparentemente se acepta la autoridad del maestro, pero en forma transitoria, cuando el mismo se encuentra presente y cuando la integridad depende de su tutela. En cuanto el objeto admirado y odiado deja de ser amenazante, se le destruye y uno mismo ocupa el lugar vacante pero temiendo y desconfiando de que los que a su vez ocuparon nuestro puesto puedan hacer con nosotros aquello que nosotros hicimos con la autoridad. Esta situación de envidia y hostilidad cuando se está abajo y de recelo y desconfianza cuando se está arriba matiza las relaciones interpersonales e intrapersonales del mexicano en forma intensa. El médico en su relación con sus colegas, con sus alumnos o sus maestros actúa en forma sistemática siguiendo las pautas anteriormente descritas. Cuando el objeto de su rivalidad: maestro o colega no se deja destruir en el exterior, entonces se le transforma en objeto de crítica y devaluación en el interior.

En otras áreas, el mexicano también por razones históricas siempre ha devaluado social y culturalmente a su madre, en el siglo XVI era la indígena devaluada por la cultura, esto trae aparejado en la conducta del médico y de acuerdo a lo expuesto en la parte inicial de éste trabajo un devaluarse en su condición de madre, es decir un devaluarse enfrente de sus pacientes-hijos en su condición de médico-madre. La aceptación de bajos salarios, de ínfimos honorarios, etc. son índice de un sentimiento interior que podría expresarse en éstos términos: la leche que doy no vale, mi trabajo no sirve, etc.

Cuando el médico se encuentra enfrente de un objeto valorizado, el paciente rico o potentado, de ser madre se convierte en hijo y entonces

quiere, a través de la explotación superficial, en el fondo a través de su hambre de valores, extraer de éste paciente todo aquello que no pudo extraer en su condición de hijo. Este tipo de pacientes es el que justamente percibe que no se le dá y es por ello que frustrado en sus necesidades de recibir, pese al dinero o a la posición social ocupada, va en busca de objetos más fuertes de los cuales poder recibir consuelo o severidad. Es este tipo de paciente el que desprecia nuestra medicina y nuestros medios de diagnóstico, en parte como reacción a la demanda que hemos hecho de él, transformando sus necesidades de hijo en obligaciones de madre.

Otra de las razones por las cuales el médico no valúa en nuestro medio en forma adecuada su profesión deriva de los pocos esfuerzos que ha realizado, en Facultades de muy bajo nivel, para alcanzar su título académico; por el contrario se siente muy satisfecho cuando los esfuerzos que tiene que realizar en el extranjero son ímprobos y tenaces.

La posibilidad de que el médico mexicano, aquilate su esfuerzo, mediante una vida académica no prestada, mediante esfuerzos reales que le fortalezcan y no mediante préstamos que tan sólo le hacen sentirse cada vez más pobre, sería la técnica más segura para aumentar sus propias capacidades, pese a que superficialmente pudiese oponerse a las dificultades que se interponen en su camino.

Considero que éstas notas han sido tan sólo fragmentarias, incompletas y en un sentido dislocadas, sin embargo, representan un esfuerzo para que adquiramos visión interior acerca de nuestros determinismos y motivaciones. Si lo he logrado me daré por satisfecho.

REFERENCIAS

1. Nunberg Herman.: *Psychological Interrelations between Physician and Patient in Practice and Theory of Psychoanalysis*. Nervous and Mental Diseases Monographs. New York. 1948.
2. Simmel Ernst.: *The "Doctor Game" in the Profession of Medicine* "Int. Journal of Psychoanal". 7. 1926.
3. Bertram Lewin.: *La Contratransferencia en la Práctica Médica*. Revista de Psicoanálisis. 4. N° 1.
4. Olmstead, J. M. D.: *François Magendie*. New York: Schuman p. 244, 1944. Citado por Bertram Lewin (loc. cit.).
5. Bleuler E.: *El pensamiento Indisciplinado y autístico en la Medicina y la manera de evitarlo*. M. Aguilar. Editor.

6. Escárcega Peraza H.: *Ensayo sobre la Estructura psicológica y social de la Familia*. Tesis Recepcional. 1956.
7. Santiago Ramírez y Parres: *Some dynamic patterns in the organization of the Mexican Family*. Paper presented before American Orthopsychiatric Association "Workshop" in Family Diagnosis.
8. Ramírez Santiago y Parres Ramón.: *Algunos aspectos de las tensiones sociales en la relación del mexicano con el norteamericano*. Ponencia mexicana, presentada en el Tercer Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología.
9. Ramírez Santiago.: *Estructura Psicológica del Mexicano* Letras Potosinas. Año XIII. N° 115.