



¿QUIENES VIENEN A LA CLÍNICA?*

PERFIL SOCIAL

Dra. Sonia Gojman de Millán

Considero que el trabajo que se realiza en la clínica del Instituto es particularmente importante. Representa el esfuerzo conjunto de nuestro grupo -- por hacer accesible el tratamiento psicoanalítico a quienes lo necesitan, y -- que por razones económicas no pueden, en forma particular, llevarlo a cabo. Este ánimo tiene ya una larga historia, que ha mostrado, en su devenir, la actitud, como profesionistas, de cada uno de nosotros.

Pienso que es en este sentido en el que vale la pena valorarlo, es decir, teniendo una noción clara del grado en que esta intención se lleva a cabo.

Este estudio como primera aproximación, pretende hacer presente -- los datos generales de quienes son "beneficiados" por este propósito. Beneficio mutuo porque tanto el analista como el paciente viven la experiencia, desde su inicio, en base a una solución razonable del problema económico, esto es, -- de acuerdo a las posibilidades económicas efectivas del paciente, y no otorgando, como desgraciadamente ocurre a veces, un tratamiento "barato".

Quizá la diferencia entre esta solución y las que se dan en forma particular solo tenga que ver con incluirlo dentro de una institución específicamente creada para ello, capaz de reconocer abiertamente, ante el analista y el analizando, la razonabilidad del acuerdo. Estrategia de un grupo que lucha por desenmascarar la realidad, otorgando -como responsabilidad social-, un peso -- equitativo a la condición económica específica del individuo, en un ambiente de mercado que infaliblemente la ignora. Resulta curioso y en muchas ocasiones lo hemos visto, que la actitud así desmascarada de esta situación es vivida -

* Clínica del Instituto Mexicano de Psicoanálisis. A. C.

por el paciente, más que como una determinación justa, como una humillación caritativa, que al experimentarse y vivirse así, le resta la posibilidad de sentirse o más bien saberse "igual", capaz de valorar con espíritu crítico su tratamiento. Este sentimiento, frecuentemente se disfraza de "agradecimiento". En otras ocasiones, aparentemente opuestas pero profundamente semejantes, se vuelve una oportunidad de explotar o sacar ventaja de la intención de la institución para así lograr las llamadas "ganancias secundarias", sacando partido de la "desvalidez" en que ellos mismos se conciben.

Ante estas y otras muchas respuestas intermedias, los analistas nos inclinamos por unas o por otras y especulamos en base a nuestra propia experiencia individual, al valorar la función de la clínica en conjunto. Intentaremos ahora especular en base a los datos generales de la mayoría, lo que no resta nada a lo que cada quien experimente por su cuenta. Pensamos que los datos hablarán tanto de las condiciones económicas de los analizandos, como indirectamente de la estrategia de los analistas quienes, en las primeras entrevistas, "seleccionan" a las personas que quienes trabajarán.

Aunque los datos a los que recurrimos (consignados en las solicitudes) se refieren exclusivamente a aspectos muy generales, creemos que pueden aportar una impresión de conjunto.

Como psicoanalistas tenemos ante todo una visión particular; cada persona es vista, tratada y entendida en forma individual, dentro de su propia situación social, por un analista también particular, único, y con una situación personal y social específica. Orientados por la escuela humanista, el psicoanálisis, implica para nosotros que cada ser humano al que atendemos, con su propia problemática, es en sí mismo importante y merece todo el esfuerzo de



penetración y cuidado que seamos capaces de ofrecerle, independientemente - de su posición social y de la nuestra, o de los "avances" que realice o realicemos juntos durante el proceso. Implica también que la única forma de trabajar con alguien y esperar una respuesta o cambio fundamental, es en base a una actitud propia de sinceridad y apertura, imposibles de lograr, si el respeto por uno mismo y por el otro, no son la base y el principio de la relación. Las transferencias, contratransferencias, resistencias, interpretaciones, proyecciones, estiras y aflojes, son algunas de las peripecias por las que el proceso básico va decantándose en ambos y adquiriendo, en el mejor de los casos, un centro, una coherencia particular, aunque casi siempre revestido de muchas otras cosas.

Comunicación de centro a centro que permite aflorar vivencias trascendentes. A veces analista y paciente nos engañamos, racionalizamos, justificamos y deformamos la realidad, pero a veces también, analista y paciente nos enfrentamos, descubrimos, entendemos y aprendemos. Vivenciamos y "algo" importante ocurre. Me parece que éso es lo que vale la pena y lo que pretendemos lograr con nuestro esfuerzo analítico, aunque los elementos sociales sean los que den cuerpo a la experiencia. Las estadísticas en ello no tienen cabida. Su valor de síntesis se puede situar a otro nivel, bajo otra perspectiva, no experiencial, y siempre y cuando las mismas sean utilizadas con el conocimiento y reconocimiento de que no pueden ni pretenden suplantar ni restar nada a la experiencia misma.

Valga lo anterior como justificación para algunas inquietudes en base a este tipo de datos "GRUESOS".

Nos interesaba conocer algunas de las características de las personas que acuden a tratamiento y, de ser posible, saber si estas características eran semejantes a las de aquellas que solicitan ser vistas en preconsulta o Estudio Diagnóstico, pero que no llevan a cabo un tratamiento como pacientes regulares de la clínica. Esto, podría ser una manera indirecta de saber si nuestras selección de pacientes se realiza en función de las características psicológicas (de motivación, interés, insight, etc.), reconocidas como válidas en la selección, o también en base a otras de índole no psicológica, de las que podríamos quizá no darnos cuenta tan fácilmente, (por ejemplo, las de sexo, -- edad, nivel académico y/o económico) y poder después sondear las posibles -- consecuencias o interrelaciones entre unas y otras.

Obtuvimos para ello los datos generales de quienes estaban en trata -- miento durante los meses de enero y abril de 1978 y los comparamos estadísti -- camente con los obtenidos de todas las solicitudes del mes de marzo del mis -- mo año y, con un grupo de expedientes de enero y octubre de 1977, de personas que no entraron a tratamiento por diversas razones. La mayoría de ellas no -- llamó por teléfono para pedir cita después de llenar su solicitud, o no acudió a ella cuando se le otorgó.

Los datos revisados fueron: sexo, edad, estado civil, si estudiaba en -- ese momento, años de estudio, zona postal, si tenía o no teléfono, si trabaja -- ba y el tipo de trabajo que realizaba. De los datos se desprendió que se aten -- día en tratamiento, en abril del 78, a 60 personas: 21 hombres y 39 mujeres, -- cuyas edades variaban de los 13 a los 38 años. Más de la mitad, el 67 %, es -- tá entre los 20 y los 29 años de edad. Sabemos de 7 personas cuya solicitud -- no estaba en el instituto, por lo que se consignaron como Sin Dato y correspon



den a un 10 %. Esto podría cambiar, aunque ligeramente, el panorama. 38, — el 63 %, son solteros, 11, el 18 % casados, y 2 divorciados, 9 fueron consignados como sin dato. Acudían a su tratamiento desde 17 zonas postales de la -- ciudad de México, 3 personas desde el Estado de México y una del Estado de -- Guerrero. Las zonas más frecuentes fueron en orden de importancia la XII, -- la XIII, la XX y la XXI. No tuvimos conocimiento del dato en 15 personas, es decir en el 25 %: 42, el 70 % tienen teléfono, 8 no. No tuvimos el dato de 10. De 32, el 53 % trabaja, 18, el 30 % no. Carecemos del dato de 10 de ellos.

Los trabajos que consignan son muy variados, de 28 tipos, que clasificados por nosotros serían el 25 % de profesionistas, el 28 % de técnicos, el -- 3 % de comerciantes, el 3 % de amas de casa y el 12 % ocupados en trabajos -- administrativos. Incluyen una gama muy amplia, desde velador, intendente y baterista hasta seminarista, médicos, educadores e investigadores.

Consideramos que en términos generales corresponden a la clase media, con raras excepciones. 30, el 50 % estudiaban en ese momento, 19 el --- 30 % no. No tuvimos el dato de 11. El nivel de escolaridad fué muy elevado. 5, menos del 10 % habían concluido solamente la secundaria, (9 años de estudio), 9, el 15 %, entre 10 y 12 años de estudios y 36, el 60 %, había estudiado durante 13 años o más. Lo más frecuente fué 16 años de estudio, lo que implica un nivel profesional o de post-grado. Carecemos del dato de 10 personas.

Los donativos que otorgaban a la clínica por sesión fueron también variados. Se encontraban exentos de pago el 5 % de las personas, el 14 % eran irregulares, el 15 % aportaban \$ 50.00 por sesión, la mayoría, cerca del --- 50 % otorgaba entre 100 y 150 pesos y el 4 %, pagaban \$ 300.00. Carecimos de la información en el 14 % de las personas. Se les atendía 1 ó 2 veces por se-

mana. 33, el 55 %, una vez por semana y 15, el 25 %, dos veces. Se careció del dato en el 20 % de ellas.

Estos datos, eliminando los casos en que no teníamos la información, - fueron comparados con los de las personas que hicieron su solicitud en el mes de marzo, para saber si los solicitantes representan a una gama más amplia - de la población, y que en el proceso de selección pudiéramos estar eliminando sistemáticamente, sabiéndolo o no, a personas con algún tipo de característi- cas. Decidimos utilizar la prueba de la X^2 por ser la más sencilla y adecuada a los datos. Se basa fundamentalmente en porcentajes y asegura si las diferen- cias aparentes, pudieran deberse al azar, o muy difícilmente, en cuyo caso el resultado de la prueba resulta ser significativo.

Encontramos una diferencia significativa al comparar el número de hom- bres y mujeres entre ambos grupos. Resultó evidente que más mujeres que - hombres se quedaban en tratamiento, a pesar de que en las solicitudes revisa- das, correspondientes al mes de marzo de 1978 la proporción de hombres y mu- jeres fué a la inversa. Por ser este un dato interesante, decidimos compararlo con el de personas que no entraron a tratamiento. Al igual que en el resto de las comparaciones, si se confirmaba esta diferencia, habría que buscar pos- teriormente una explicación al hallazgo, que podría ser motivo de futuros y más detallados estudios. En la primera comparación con las solicitudes de enero - y octubre de 1977 de personas que no entraron a tratamiento, la diferencia no - resultó ser significativa, por lo que pensamos que habría que estudiarla en -- otros meses para saber si el mes de marzo fué solamente una excepción, en la que acudieron más hombres proporcionalmente a los que acuden en forma habi- tual. Al efectuarla con todas las solicitudes de mayo, junio y agosto de 1973 -



no obtuvimos resultados significativos en ninguno de los casos, y concluimos que en efecto, el mes de marzo fué una excepción en el sentido de que más -- hombres de lo habitual solicitaron tratamiento. Lo común es que lo hagan -- más mujeres que hombres, y a la vez que la proporción de personas en tratamiento vaya en la misma dirección.

Proporciones similares entre hombres y mujeres han sido consignadas consistentemente en diversos estudios sobre personas que solicitan atención -- psiquiátrica o psicológica en otras instituciones. Esto, puesto de manifiesto tan sistemáticamente, plantea evidentemente interrogantes sobre si los datos deben interpretarse como una muestra de la mayor incidencia femenina en enfermedades mentales, lo que podría entenderse como una posible consecuencia del papel desempeñado por la mujer en nuestra sociedad, o si por el contrario aduce a una incidencia masculina semejante, pero que no es captada -- por las instituciones debido quizá a que muchos hombres necesitados en igual medida que las mujeres de atención, no se deciden a buscarla o manifestar -- abiertamente sus problemas emocionales, porque les resulta más difícil, menos aceptable socialmente.

Sin poder resolver esta incógnita, solo confirmamos una vez más, que -- mas mujeres que hombres buscan atención y son atendidas en tratamiento en -- nuestro servicio.

En las demás comparaciones efectuadas, no se presentó ninguna diferencia significativa, lo que nos indica que estos factores no han influido en la selección de pacientes para tratamiento. Tanto los analizandos como los que solicitan atención en la clínica, provienen de un mismo grupo y comparten características generales semejantes. La mayoría son de la clase media, entre



los 20 y 29 años de edad y cuentan con una muy alta escolaridad. Si al señalar estos datos recordamos algunos sobre escolaridad general de la población de nuestro país, seguramente que cobrarán mayor relevancia.

De acuerdo con el censo de 1960 * , del 56 % de la población que entró a la corriente educativa, el 19 % de ésta terminó la instrucción primaria, el 2,2 % la educación media y sólo el 1 % la educación superior. Procentaje mínimo es por lo tanto, el que alcanza la educación superior y en el que quedaría básicamente situada nuestra muestra. Consignar ahora, bajo esta perspectiva que la mayoría de quienes acuden a la clínica cuenta con 16 años de estudio, es decir con un nivel profesional o de post-grado, es llamar la atención sobre el elevadísimo nivel de estudios que encontramos entre las personas que acuden a la institución, y la caracterizan como una elite intelectual.

Habiendo confirmado que no es la selección formal de pacientes lo que hace la diferencia en cuanto a la condición social de quienes son tratados y -- quienes no lo son, podríamos seguramente preguntarnos cual sería la relación que pudiera existir entre escolaridad e ingresos.

Hasta ahora parece que hemos logrado en parte nuestro objetivo. No trabajamos con una elite económica, pero sí con una intelectual. ¿A qué se debe? Estando ubicados frente a Ciudad Universitaria, y atendiendo en buena parte a personas que aún se encuentran estudiando, quizá podríamos preguntarnos si algunos de los impedimentos para hacer accesible el tratamiento a otro nivel de población, pudieran referirse a asuntos puramente prácticos, oa

* Dirección General de Estadística. Sría. de Industria y Comercio. Tomado de "Los Problemas Demográficos y Sociales de México" Dr. Carlos Olivares Urbina. Salud Pública en México. Epoca V Volumen XIX, Número 2 Marzo-Abril 1972.



sionales y específicos como podrían ser la falta de difusión y por lo tanto de información en otros grupos y/o del tiempo y medios requeridos para trasladarse o a otros más formales e involucrados en la estructura misma del procedimiento analítico.

Es posible que un examen periódico facilitará una visión general objetiva del servicio aportado por la clínica en este y otros sentidos, así como de los problemas que enfrenta, y estimularía vías de investigación e intercambio científico.

NOTA: Los datos fueron recavados por los doctores Salvador Millán, Rolando Weisman, María Emilia Lucio y yo, con la colaboración de las Sritas. Ortiz, Vergara y Gómez. Las pruebas estadísticas y el reporte fueron elaborados por mí .