



LA LABOR TEÓRICA Y PRÁCTICA

DE LA PSICOLOGÍA EN ESPAÑA

(Coloquio celebrado en el
Seminario Permanente de
Psicología Crítica)



**Grupos de Trabajo de
Psicología Crítica**

Adolf Hernandez

I - LA LABOR TEORICA Y PRACTICA DE LA PSICOLOGIA
EN ESPAÑA

(Coloquio celebrado eb "Seminario Permanente de Psicología Crítica")

Coloquio celebrado en la reunión general de los Grupos de Trabajo del 24 de Febrero de 1.971, con la participación de un psiquiatra y dos asistentes sociales (dos estudiantes femeninas del último curso). La reunión se componía de unas setenta personas de todos los cursos de la especialidad de Psicología de la Universidad Central de Madrid. Las intervenciones serán señaladas con un guión, simplemente, en el caso de que prevengan de asistentes al Seminario en general, con una P. para el Psiquiatra, y con A1 y A2 para las asistentes sociales.

- + - + - + - + -

Hemos preferido retocar lo mínimo el estilo - del coloquio con el fin de que no perdiese la espontaneidad característica de éstas reuniones. A pesar de todo, en algunas, - muy pocas - ocasiones, hemos suprimido algunas frases repetitivas y que dejaban de tener interés general, una vez fuera del coloquio y retocado atrás que hacían demasiado difícil su lectura.

- + - + - + - + -

ósito Legal: M-12.014-1.972

Impreso en C O P I O N

Puerta del Sol, 10, 2º

M A D R I D - 14

eemplares

Bueno, creo que para comenzar, podríamos saber, preguntando a Nicolás Caparrós si en el centro donde tú trabajas existen psicólogos, y qué labor cumplen, más o menos en general, cuántos hay...

Bueno, el centro de Leganés no es muy representativo. Efectivamente, hay psicólogos; hay cinco, que proceden tres de la Escuela de San Bernardo y dos de la primera promoción de Licenciados. La labor allí es una labor muy poco definida, entonces os puedo hablar a dos niveles: de lo que es representativo y luego de lo que no es representativo. Es decir, que hay una serie de trabajos que se están encomendando a los Psicólogos, que, a mi juicio, son los que tendrían que hacer, pero que realmente no son los que hacen en la generalidad de los sitios, ni, por supuesto, en Leganés tampoco. En Leganés están haciendo, casi todos, la típica tarea de aplicar las escalas de tests proyectivos y las escalas de inteligencia, fundamentalmente el Weiss. El Centro está ahora mismo en una situación especial, porque ha empezado a hacer una especie de autogestión y entonces, ni nosotros, ni ellos, sabemos por dónde nos andamos. La idea a la que se está atendiendo, idea que, tanto por parte de los psiquiatras, como de los psicólogos, es peliaguda, porque no se está preparado, es hacer comunidad terapéutica; en ese caso, los psicólogos tendrían un papel bastante poco definido en relación con los psiquiatras, es decir, no habría compartimentos estancos, harían psicoterapias de grupo; abandonarían toda la cuestión, prácticamente, de trabajo de test y se plantearían, sobre todo, trabajos a base de grupos operativos. Bueno, no sé si tenéis idea de lo que son grupos operativos. (NO). Los grupos operativos son una especie de psicoterapia-de-grupo-de-objetivo-concreto, que pretenden penetrar en toda la temática de las relaciones interpersonales; se marcan una pauta, una meta muy concreta, y a partir de ahí, se trabaja, despreciando en lo que cabe todo

lo demás; en este sentido se puede hacer psicoterapia de grupos operativos, tanto con los que llamamos habitualmente sanos como con los enfermos. Nosotros, en Leganés, concretamente en mi servicio, intentamos hacerlo exclusivamente con el objetivo de resocialización, sin ocuparnos demasiado del trastorno clínico, de la etiqueta clínica que pueden tener. En este trabajo van a participar los dos psicólogos que hay en el servicio. Lo que quiero dejar bien claro es que la labor del psicólogo en el sanatorio es la labor tradicional, en otras palabras: no se sabe para qué sirve.

--> ¿Nos puedes decir qué forma de contratación o qué tipo de pruebas se les ha aplicado para llegar a ser psicólogos en Leganés?

P.- Bueno, muy pintorescas. Algunos han entrado porque eran amigos, otros porque llevaban años en el centro, trabajando por su cuenta. Una chica en concreto llevaba cinco años trabajando así; yo llevo otros cinco trabajando en el centro y no nos conocíamos, (lo cual demuestra que había una gran labor de equipo) y luego, se puso una especie de suelto, me parece, en la Escuela de San Bernardo. Acudieron un par de ellos, se les hizo un examen a base de cosas tan variadas como era un test, una escala de Rorschach y el "curriculum" que no se valoró por el sistema tradicional, ni tampoco se valoró por ningún sistema definido, con lo cual se entró por golpe de vista (no es muy bonito lo que he dicho, pero es la verdad).

--> Dado que has dicho que había tres de la Escuela de San Bernardo y dos de la promoción del año pasado, ¿has oído comentarios de gente, o tú has visto en tu Servicio que exista diferencia ya sea bien en los conocimientos teóricos, o en el trabajo práctico entre lo que hacen esos Psicólogos de San Bernardo y lo que hacen los licenciados? ¿Se puede decir que existe una diferencia de preparación?

Bueno, no me atrevería a contestar a esto, porque yo los conozco muy desigualmente. Uno de los Psicólogos que hay allí es médico también, después estuvo en San Bernardo y hace Psiquiatría, por lo tanto, quizás tenga mayor preparación, desde el punto de vista clínico, pero no ya por la carrera de Psicología, sino por circunstancias muy personales suyas. En cuanto a los demás, es que realmente para la tarea hospitalaria no está preparado ninguno. Sea que, en principio, lo dejaríamos en un modesto empate, pero empate a nivel bajo.

¿Qué proporción hay de Psicólogos y Psiquiatras?

Bueno, aplastante a favor de los Psiquiatras. Hay treinta y dos psiquiatras y cinco psicólogos. Teniendo en cuenta además que esto ha sido con la nueva remesa de personal que ha entrado en el Sanatorio. Hasta hace muy poco es que oficialmente no había psicólogos en plantilla. Es más curioso un hecho muy pintoresco, que habían confundido a los psicólogos en el P.A.N.A.P. con maestros de taller, y entonces nos adjudicaron quince maestros de taller y resulta que no eran quince maestros de taller y resulta que había cinco psicólogos.

¿Quién decide la entrada o no entrada del psicólogo y bajo qué criterios?

Bueno, yo os hablo de un Sanatorio que está fundado en tiempos de Isabel II, pero en el que realmente los planeamientos de ahora arrancan del mes de septiembre; o sea que la realidad es que se pretendía hacer muy seriamente pero que se hizo a la buena de Dios, es decir, se ha entrado como he señalado antes un poco por conocimientos concretos entre gente que había ya en el Centro y gente de fuera y los que estaban allí ya por derecho de antigüedad, sin sueldo y sin nada.

¿Se ha hecho ninguna escala, no está reglamentado como se va a admitir a los Psicólogos en el futuro, aparte de

no se espera que haya plazas, aunque si haría falta que las hubiese. Pero no se espera que el Patronato dé más plazas para el Sanatorio.

→ En realidad, esto no depende de un determinado Centro Psiquiátrico, sino que depende del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Es el PANAP el que decide el número de psicólogos y la forma de admitirlos en cada Centro de España.

P.- De hecho es que hasta ahora no ha decidido nada, porque no había psicólogos, y por lo tanto, difícilmente podía decidir.

→ Y ante la mayor parte de los Psiquiatras que hay en este Sanatorio, ¿qué consideración les merecen los psicólogos, si han hablado con los demás?

P.- Bueno, los psiquiatras que hay en el Sanatorio se pueden dividir en tres grandes grupos: hay psiquiatras que llevan 25 años de servicio y, por lo tanto, no saben lo que son los Psicólogos; hay psiquiatras que sí tienen una ligera idea de lo que son; son aquellos que pueden llevar una vida media en el Sanatorio de 4 ó 5 años, y un gran grupo que ha entrado ahora que, como no saben lo que es la psiquiatría, difícilmente saben lo que es la Psicología. Por lo tanto, la situación es un poco caótica. De hecho, en cuanto a preparación inespecífica, me refiero. Incluso a preparación teórica, la preparación de los psicólogos que hay allí - no para el centro, sino, digamos, en cuanto a conocimientos de libros - es superior la altura de los psicólogos a la de los psiquiatras; lo cual no quiere decir que sea una gran preparación la del psicólogo, que conste.

→ Podemos también preguntar a una de estas compañeras nuestras, Asistentes Sociales. Por ejemplo, tú estudias último curso, 3º de A.S. Nos puedes explicar, más o menos,

vosotras que váis a enfrentaros el año que viene, como al
unos de nosotros con la práctica de vuestra profesión, -
qué perspectivas véis, es decir qué pensáis que pueda ser
vuestra profesión en relación con el psicólogo y el psi-
quiatra, qué relaciones hay o qué relaciones no hay según
vosotras?

Bueno, es que globalmente no te puedo contestar. Te puedo
contestar en los campos míos que yo conozco, que son muy
pocos también. Yo estoy este año en el campo escolar y en
tonces te puedo hablar del psicólogo como me imagino yo,
porque no conozco a ninguno.

Yo creo que el Psicólogo escolar con la Asistente Social
puede trabajar en colaboración respecto a los niños difi-
ciles o un poco inadaptados. Creo que es donde veo la fun-
ción del Psicólogo.

Y con respecto a los fáciles?

Con respecto a los fáciles sólo veo a los psicólogos en -
la aplicación de test.

Pero, en cuanto a la tarea del psicólogo en relación a la
del asistente social, ¿puedes definir los campos? ¿Exis-
ten unos campos específicos para uno y otro?

Bueno, yo los veo muy distintos. Cuando trabajan en cola-
boración, yo a la asistente social la veo más enfocada a
la familia, y al Psicólogo más enfocada al sujeto.

Pero ¿cuáles son en concreto las funciones del Asistente
Social...? O sea, ¿qué es un Asistente Social? Yo es que
no lo sé.

Nosotros tenemos muchas veces, también el problema de que
no sabemos para qué servimos. Concretamente el 24 de ene-
ro hicimos una huelga. La primera en la historia de nues-
tra carrera. Entonces, hicimos grupos de trabajo, como ve-
mos que estáis haciendo vosotros, planteándonos nuestra -

carrera, precisamente tal y como está ahora. Las conclu-
siones a las que llegamos fueron, poco más o menos, que
lo que hasta ahora nos han dicho que tiene que ser la -
asistente social, no encaja, no sirve. Lo que nos han di-
cho hasta ahora es que tenía que ser una persona al ser-
vicio del ser humano, de la persona humana, para ayudar-
la a desarrollarse por sí misma, en fin, a ser más perso-
na. En la práctica, esto era integrar al individuo en la
sociedad, sin más, poner parches. Hasta ahora la asisten-
te social ha trabajado en centros parroquiales. Empezó -
ahí, porque la pagaba Cáritas, empezó Cáritas promociona-
do esto, y entonces había una labor pura de beneficencia.
Posteriormente, ya se ha ido abriendo campos. Por ejemplo
yo trabajaba el año pasado en un campo escolar con un psi-
cólogo. Trabajaba en el Instituto Nacional de Pedagogía
de Sordos, en el Colegio de Sordomudos. Entonces allí yo
me ocupaba de las familias de los niños que eran proble-
máticos, de hablar con las familias, ver qué ambiente fa-
miliar, social tenía ese chico, y a la vez el psicólogo
le aplicaba tests. Luego cambiábamos el psicólogo y yo -
impresiones y se hacía un informe psico-social que se da-
ba al centro y a la familia, y con eso se trataba de ha-
cer un tratamiento conjunto. Este señor era holandés, ha-
bía estudiado Psicología en Holanda... (SIGUE) Se limita-
ba a aplicar tests, unos tests especiales para dordomu-
dos. Una cosa curiosa es que no le pagaban en ese centro
le pagaba la Asociación de Padres de Familia; o sea, el
Ministerio de Educación y Ciencia pretendía en un futuro
abrir una plaza para psicólogos y otra para asistentes -
sociales, pero, vamos, en concreto, no se fiaba ni de -
uno ni del otro. Entonces, fué la Asociación de Padres
de Familia, la que pidió un Psicólogo para los niños y -
esto lo pagaban los padres.

---+ Bueno, yo preguntaría lo mismo al Psiquiatra. Vamos, ¿pa-
ra qué sirve un Psiquiatra?

Voy a tratar de contestar, como siempre, a dos niveles: el mío personal y el que, más o menos, está imperante en el país. Voy con el segundo, primero; el Psiquiatra, ya sabéis que es el que cura locos, los cura de dos maneras; el enfermo privado con el que, por supuesto, tiene un tipo de táctica muy concreta, es el enfermo de la neurosis, de la psicopatía (siempre que no dé mucho la lata), de las alteraciones de la personalidad, de la conducta, etc. desviaciones sobre eso que se llama "la norma" norma que, por supuesto, no discute, la norma que flota; y luego, lo que se llama tradicionalmente la gran Psiquiatría, la Psiquiatría de clínica, la Psiquiatría de asilo, en la cual el psiquiatra tiene más amplios poderes por supuesto que fuera de las familias van, no a que se cure el enfermo, sino que les deje en paz y tenerlo allí el máximo número de años. Esto es una triste realidad, pero es así, sobre todo en los centros estatales, ya de situación asilar; no me refiero a las clínicas privadas donde se va a hacer una cura de sueño, liberarse del "surmenage" como dicen los franceses. Bueno, esta es, creo, la función psiquiátrica más o menos generalizada. La función que debe tener el psiquiatra está un poco por crear, me parece. Lo que ocurre, a diferencia del Psicólogo es que en España tiene más solera, en cuanto que tiene más horas de permanencia como profesión reconocida y, por lo tanto, está más esclerotizado y la gente supone que sabe más, pero, en el fondo, tanto la función del Psiquiatra como la del psicólogo, está por crear en el país, en el sentido de que en el momento en que el Psiquiatra se pone a plantear una crítica de la norma imperante del tipo que sea, norma de salud mental, norma de relaciones interpersonales, etc. crítica sobre todo el problema familiar que para mi modo de ver es la clave en todas las alteraciones mentales, entonces tiene que abrirse campo, porque ni las asociaciones públicas,

ya establecidas, ni por supuesto la línea general de la gran masa Psiquiátrica del país está de acuerdo con esto. Por ejemplo, podría citar la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre "salud mental", que consiste, no la recuerdo literalmente, pero más o menos viene a decir así: "Sano mentalmente es aquél que consigue una vida sana" (aunque lo definido no debe entrar en la definición), y que se procura un máximo de felicidad". Cabe pensar que una definición tan poco operativa y tan vaga permite cualquier tipo de cabriolas en el sentido de que toda persona que se desvíe de la norma es fácilmente asimilable tanto a la patología social como a la psicología psiquiátrica, y por eso repito que esta función de tiporompedor, vindicativo está tan por crear en los Psiquiatras como en los Psicólogos. Hasta tal punto es así que yo en este tipo de función no veo una diferencia clara entre la función del psiquiatra y la función del Psicólogo, en el sentido de que si el Psiquiatra no sabe bien lo que tiene que curar lo que pasa es que en el fondo el está dedicado a ver más a los llamados oficialmente "enfermos". El psicólogo como tampoco sabe realmente cuál es la norma, lo que tendría es que procurarse otra perspectiva de otro sector del llamado "sano" de la sociedad; luego confluirán juntamente esas dos informaciones para crear un tipo de actividad que por lo menos aquí está virgen, inédita, ahí entrarían los Asistentes Sociales, los Sociólogos, entrarían los antropólogos, por supuesto, pero repito en ningún caso de forma académica. Hasta donde se pueda llegar en el no academicismo, eso ya es una cuestión a discutir muy compleja.

---> Entonces, yo planteo, si hay alguien aquí en la sala que se atreva a decir cuál es la función de un Psicólogo y cuál debería ser la actuación de psicólogo?

---> Está aquí un Profesor de Antropología, que nos podría decir algo sobre este asunto...

Es bastante difícil responder a esta pregunta y quizás me atengo a la respuesta dada por el Sr. Psiquiatra.

La Psicología viene determinada en España por un cierto uso que, desgraciadamente, y por el momento, es más negocio de empresa que una cuestión profesional, por llamarlo de alguna manera.

La Psicología, entonces, más bien parece - es una opinión personal - que se dedica a unas visiones comparativas de inteligencia o cuando hay psicotécnica sobre ello, de personalidad. Lo cierto es que incluso especialistas en clínica, salvo aquellos que como todos en el país son autodidactas, muy pocos psicólogos saben utilizar el Rorschach, los proyectivos como pueden ser el T.A.T., etc.

La misión que viene a tener por hoy el psicólogos digamos en la perspectiva profesional de vivir a través de la Psicología, viene a ser bien haber "cazado" y auténticamente aquí la palabra caza es la que cuadra más, haber cazado - un colegio de estos de 5.000 pesetas mes y más o menos - aplicar unos tests. En fin, todo aquello que un hipotético puesto de auxiliar de Psicólogo podía perfectamente hacer, y, de vez en cuando, ver a un niño que auténticamente es para todo el colegio un problema. Esto en lo que se refiere a Psicología Pedagógica.

En lo que se refiere a Psicología Industrial, ¡ah!, ahora entramos un poco en el campo de las señoras con mucha suerte. El campo de la Psicología Industrial, que es algo que, realmente, no se hace, quitando este pequeño "bluf", esta pequeña inflación de la selección de personal, no se hace en España; más o menos está llevada por un número de grandes empresas que no deben de pasar de veinte, salvo - aquellas grandes empresas, que tienen un departamento de personal, en el que normalmente, como segundo de a bordo suele haber un psicólogo. Con respecto a los estudios que se han hecho de selección de personal, que sigo que es casi lo único que se hace, puedo decir que en España nos estamos guiando por la buena intención, o por los conocimien

tos adquiridos en el extranjero por estos señores; no hay ni mucho menos, ningún tipo de empresa, sea estatal o privada, que se preocupe, a nivel de investigación, de estos temas.

Y con respecto a clínica, me parece que ya se ha hecho - una definición bastante mejor que la que pudiera hacer - yo, porque es un campo que me queda totalmente lejos. ¿Qué debe ser el Psicólogo? Esto ya es una respuesta, que me váis a perdonar que no dé, porque yo no soy Psicólogo, y es algo en lo que creo que no debo intervenir. Sé perfectamente una respuesta que no interesa aquí, sobre qué es un antropólogos. ¿Qué es un Psicólogo, qué debe ser? No lo sé. Creo que correspondería, más bien, a alguno de vosotros que tengáis alguna actuación de tipo profesional que estéis proyectado sobre el qué hacer.

- > Se dice que la labor del Psiquiatra estaría reservada a aquellas conductas del enfermo que rayan bastante con la Psicopatía, mientras que la labor del Psicólogo caería - en aquellos trastornos que aún no permitiéndole vivir -- normalmente, sin embargo no le dificultad hasta tal punto como para ser internado en una clínica.
- > Es que lo que se está haciendo es tratando de revisar lo que es la psicopatía. Entonces, esto es casi una definición que entra dentro de lo definido. Es una cosa que se está planteando actualmente casi en todo el mundo, pero creo que por eso es un poco crítica la situación y las soluciones que haya que dar. Entonces, el modelo general no sirve en absoluto, ni sirve ningún modelo, puesto que se tiene que ir creando en la práctica, y de una manera bastante abierta y dinámica.
- > Yo creo que son dos problemas diferentes. Uno es el estructural y otros es el campo de actuación. Yo me estoy refiriendo solamente al campo de actuación. No estoy diciendo el por qué de la situación actual de la Psiquiatría, o de como está la salud mental de España.

Bueno, quería decir que, a propósito de las psicopatías, voy a empezar con definiciones, la definición de psicópata aceptada por lo menos en nuestra estructura psiquiátrica, es la siguiente: Es aquel que por su carácter sufre o hace sufrir a los demás. Entonces yo quisiera que me dijerais con esto si realmente es un campo específico del psiquiatra, del sociólogo, del psicólogo o del cura.

Bueno, yo con respecto a lo que ha dicho él de que más que partir de lo existente hay que fabricar unas nuevas estructuras, yo estoy totalmente de acuerdo. En nuestra carrera, más o menos, nos está pasando lo mismo, se nos ha producido un desfase terrible en nuestras teorías que datan del año 1.700 hasta ahora. Entonces, el campo de la investigación en España no existe, en ningún sector profesional, pero, desde luego, creo que el Psicólogo y el Asistente Social se unifican mucho en esto y el Sociólogo también: en que, en primer lugar, no están reconocidos oficialmente, no tienen un estatuto ni una característica propia, una idiosincrasia particular. Aparte de eso, por lo que estoy oyendo aquí un gran desconcierto entre la aplicación y lo que estudiáis.

Alguien ha hablado antes aquí de que hace poco tiempo -- unas Asistentes Sociales descubrieron que su labor no era de asistencia social, sino todo lo contrario, una labor de integración.

Bueno, esa era una labor de asistencia, pero no social. Era y es integrar.

En Psiquiatría, más o menos, se planteaba lo mismo, ver cómo el psiquiatra más o menos trata a todo aquel que se desvía de la norma, pero sin plantearse si es que es la norma la que "jode" al individuo.

Hoy por hoy se plantea el problema de quién es el enfermo y quién no es el enfermo. En segundo lugar, ¿qué se

hace con un enfermo? ¿Se puede curar a un enfermo, no se le puede curar? Entonces, ¿qué hacemos? A un psiquiatra se le plantea ¿qué puede hacer con un señor que no sea normal?

--+ Pero, bueno, es que cuando antes hablábamos de que la crisis de la Psicología era mundial, yo digo que sí, pero que lo que más interesa es lo que ocurre aquí. Lo que a la Psicología le ocurra será lo que al país le ocurra, porque es una parte del país, ni más o menos. Entonces, el Psicólogo me parece que tiene una misión, que es que todo el que se salga de lo normal, que todas las alteraciones que produzcan en un individuo la vida cotidiana, se tapen, para que no creen conflictos ni crisis a ese sistema. Al Psicólogo no se le pide otra cosa, sólo se le pide que a todo aquel señor que, por múltiples razones, la vida cotidiana le cree problemas, decirle: Señor, el problema es tuyo, y no de esa vida cotidiana que te crea el problema".

--+ A mí, eso no me convence. Entonces, ¿qué hace el Psiquiatra?

--+ El Psiquiatra y el Asistente Social hace lo mismo, porque todo lo que se produzca dentro de un país, dentro de un sistema, tendrá como misión servir al sistema. Entonces, lo que se plantea por parte nuestra, entre otras cosas, sería analizar hasta qué punto nos hace falta partir de una visión concreta de la Psicología, por supuesto; pero partiendo de una actitud general ante el país. No se trata de hablar de crisis de la psicología a nivel mundial, que también la puede hablar por causas distintas, sino de hablar de la crisis de la Psicología, de la crisis de la Psiquiatría y de la crisis de la Asistencia Social en España; y responder desde la estructura del país, porque si no, no tiene sentido; sería hablar en abstracto, no sería hablar de la realidad, de lo que pasa, de lo que ocurre. Se puede hablar de quién es el enfermo y quién no es el enfermo, pero siempre a partir del país, de cuál es la es

mo persona. Hasta qué punto el psicólogo está en esos casos sólo para dar una serie de cifras en condiciones de poder decidir ideológicamente sobre la vocación de una determinada persona, etc. Entonces, me parece que esto es tan básico que si no, se convierte la psicología en una tecnocracia.

Tú propones una autocrítica.

Bueno, yo propongo no una autocrítica exactamente. Se había dicho antes, por parte del enfoque antropológico algo muy importante. Yo creo que ni la psiquiatría, ni la psicología pueden progresar en serio hasta que no se planteen los relativismos. Tenemos un ejemplo muy típico que es el complejo de Edipo. El complejo de Edipo existe mientras haya una estructura determinada que lo posibilite de la manera en que lo definió Freud. Hay otros complejos que si queréis los llamamos de Edipo, o como os dé la gana, pero que en el momento que varía la estructura, ya se viva en comunidad, ya se viva en familias patrilineales, etc. no tienen nada que ver con el complejo de Edipo como tal. La óptica se ha achicado precisamente por intentar universalizar problemas que son de una determinada estructura social. Si el Psicólogo y el Psiquiatra - esto sería un problema general de cualquiera que se dedique a Ciencias Sociales - no se da cuenta de que la contradicción de partida consiste precisamente en que no hay más remedio que estar en el sistema en el que se está porque no puede uno venir de Venus, pero que, a la vez está uno siendo crítico y criticado, entonces evidentemente todo lo que se haga será una función técnica. La técnica nos puede llevar efectivamente a seleccionar al mejor Ingeniero, pero al mejor Ingeniero, ¿para qué? Es la pregunta.

No sé si conocéis vosotros "Un mundo feliz" de Huxley. Me parece que Aldous Huxley escribió este libro basándose en la exageración de los adelantos que había realizado la psi

cología y la medicina y otras ciencias hasta 1.920. En este libro, más o menos, se llega a un mundo feliz, pero sometido, indudablemente, a unos cuantos. El papel del psicólogo es bastante parecido a esto, es decir, esta novela está bastante exagerada, pero el psicólogo si se integra dentro de la estructura social actual, puede ser de lo más pernicioso. En este sentido, el psicólogo, creo, tiene dos vertientes muy importantes. Por un lado puede meterse dentro de la estructura social, a la cual estamos bastante abocados, porque en realidad necesitamos comer, o en realidad podemos negarnos a comer y hacer un replanteamiento muy serio de qué consiste la psicología, y con los medios que tenemos a mano realizar este replanteamiento. Entonces, creo que la solución nuestra sería colocarnos frente a la estructura social.

→ Creo que aquí nos han lanzado la pregunta de qué es un psicólogo clínico; parece que nadie la recoge. Esto es algo provisional, una visión personal mía, que es de una escuela, y la voy a tratar de exponer más o menos confusamente: Yo creo que cuando se enfoca críticamente la labor de un psicólogo clínico, caben dos posturas: o decir que, al fin y al cabo, hay que curar, que la enfermedad existe, que es una cosa que no la pueden ignorar, y que sí, que habrá grados de enfermedad, más o menos, pero que ahí ves enfermos y que a ver qué haces con ellos, y que hay que curarlos, e ignoras otras serie de planteamientos y de estructuras en las que está funcionando esa unidad funcional, ese enfermo. Por otra parte, otra postura puede ser la que yo llamo ideológica, pero sin una sistematización y sin un sentido de la realidad, sino, simplemente de la idealidad. Es que es muy fácil decir: no podemos ser integradores; indudablemente las personas son reflejo de las instituciones, o sea, nos enseñan a mirar por un lado y, por otro, la institución es contradictoria, es explotadora, luego la persona tiene que explotar, y nosotros

no podemos poner las válvulas de escape para que no explote, sino que tenemos que hacer que explote, a ver si explota todo. Creo que es utópico, ya que, porque exploten unas cuantas personas, no va a explotar la estructura.... ¿Qué hacéis con esas "unidades funcionales", con esos individuos, con esas gentes del pueblo? Los condenáis, los hacéis explotar como meros explosivos. Yo creo que la opción, la alternativa que cabe es procurarles el mínimo equilibrio, y aquellos que sean capaces de un equilibrio biosocial mayor, potenciarles para que estén concienciados de su realidad y por una decisión individual, personal y por una reeducación y orientación, que decidan ellos, si van a intentar luchar para que salten esas estructuras contradictorias, o no. Ahora, lo que no podremos hacer es decirles, ¿para qué os vamos a reequilibrar? Simplemente que exploten y a ver si explota todo.

La pregunta que me planteo es ¿hasta qué punto todas las personas que nos dedicamos a las ciencias sociales, hasta qué punto los conocimientos que nosotros tenemos nos hacen privilegiados? ¿Hasta qué punto podemos usar de esos conocimientos para manejar a los demás, es decir ni hacerlos potenciales revolucionarios, como tú has dicho, ni tampoco integrarlos en el sistema? Yo, la solución intermedia la veo muy difícil, puesto que si tú, a una persona la reeducas (que creo particularmente que esa es la función que debemos de tener todos), le muestras la realidad tal como es, esto lleva conexas, sin que se pueda separar, el que tú a esa persona le metas, si quieres, una chispa revolucionaria y que ella misma se rebelde contra eso que tú le has enseñado... Si no se le enseñas, entonces tú estas manejando a las personas, las estás integrando. ¿Hasta qué punto el asistente social debe seguir poniendo parches a una estructura que en muchos aspectos se está derrumbando, o lo que debe hacer es rascar un poquito más para que se caiga entera? Es un poco lo que los psiquiatras se están planteando

ahora también con la antisiquiatría. ¿Hasta qué punto el psiquiatra debe readaptar a los locos, o hasta qué punto el loco es el sano y los locos somos los demás, y debes dejarle sin readaptar, hasta qué punto nosotros debemos trabajar, o, por el contrario, negarnos a trabajar? ¿Cuál sería la solución?

P.- Querría contestar también un poco a esto, porque me parece que has tocado un tema fundamentalísimo. Creo que estamos mezclando sin querer, cuestiones de teoría, en las que, quizás todos los que estuviésemos en esta habitación, estaríamos de acuerdo, y cuestiones de táctica. Voy a ir por partes. En principio, lo del equilibrio a nivel funcional, la simbiosis, todo lo intercambiable -- que se quiera, hombre-medio, evidentemente no es que hay que tender a ella, es que no se puede tender a otra cosa porque, aunque sea una frase que ya por muy repetida no se le saque contenido, el hombre es un ser social, es decir, lo que es un milagro es que de vez en cuando veamos hombres aislados, e incluso el hombre aislado ha pasado por el estadio de hombre social, y no a la inversa. En este sentido, a mí me parece un tema bizantino, un tema escolástico, en el sentido peyorativo de la palabra, el pretender que podría ser una funcionalidad correcta en el plano biológico y una funcionalidad correcta en el plano social. Yo creo que no se puede plantear así, sobre todo, desde nuestra perspectiva, fundamentalmente una perspectiva social, que tiene una base biológica pero -- que es absolutamente indivisible. Digo este prólogo para lo siguiente: ¿Es una cuestión demagógica hablar de enfermedad? Bueno, yo creo que no, creo que hablar de enfermedad no es una cuestión demagógica, sino que es una resultante situacional, es decir; hay enfermos mentales. Ahora, ¿qué quiere decir eso de enfermos mentales y qué valoración ideológica se le da a la palabra enfermo mental? Yo pienso que hay una diferencia operativa extraor-

naria a niveles de eficacia entre lo que es un enfermo mental y un rebelde. Un rebelde es un hombre que está en contra de un sistema social, con potencialidad de establecer relaciones interpersonales con otro tipo de colectividad, que en este caso, podría ser la no vigente, pero, al fin y al cabo, está capacitado para seguir manteniendo relaciones interpersonales. El llamado enfermo mental, que puede ser a su vez producto de una situación castrante del medio social en que vive, ha llegado ya a un extremo de demencia ción tan sumámente intenso que, mientras es enfermo mental en el estadio de enfermo, está, por supuesto castrado, y - víctima de la castración del medio del que procede, pero, simultáneamente, en ese momento está incapacitado para establecer relaciones interpersonales con cualquier otro tipo de sistema social. En un ejemplo muy claro: Un señor hecho enfermo mental en un estado fascista no puede coger y fundar un estado comunista. Por lo tanto, aquí habría una diferencia grande entre lo que es un rebelde y un enfermo mental, lo que podremos hacer, a niveles de psiquiatra, psicólogo, etc. etc. es por un lado, denunciar y estudiar qué caminos llevan a ese estado específico en el cual esa persona está descalificada en cuanto a relaciones humanas; por otro lado, este enfermo mental no es la desgraciada consecuencia de un azar, o la caída de una estructura biológica sino que es la resultante de una situación social. Ahí es - donde puede haber un planteamiento de tipo revolucionario, no antes. Ahora bien, en ese momento, no seamos tontos, no podemos sacar a los enfermos que llevan cincuenta años en un sanatorio sin más, y pensar que están en una situación más lúcida que nosotros, porque es que están en otra situación, ni más ni menos; es cualitativamente diferente. El - origen puede ser éste, ahora bien, la resultante actual, el momento actual en el que viven es, exactamente, el de enfermedad mental. Esto, a otro nivel, En cuanto a la cuestión biológica, quiere retomararlo otra vez por lo siguiente: Qué

duda cabe que las enfermedades mentales, lo que se llama técnicamente enfermedad mental (la neurósis no es, técnicamente, una enfermedad mental) hay alteraciones de tipo somático; pero no sabemos qué es primero, si el huevo o la gallina, y me refiero a lo siguiente: cuando, por - ejemplo se hacen autopsias en un asilo- llamo asilo, genéricamente a las instituciones de almacenamiento de enfermos - con pacientes que han llevado quince, veinte, treinta años de internamiento, no hay, ni uno solo que tenga un cerebro en estado normal. Llamo normal, en este caso, la norma biológica, es decir, la textura histológica de los tejidos como la tiene la media de la población. Ahora, ¿a qué se debe esto? Durante mucho tiempo las escuelas organicistas han sostenido la opinión de que fuera la causa primaria que les producía la enfermedad mental, es decir, la esquizofrenia tenía alteraciones neuronales, alteraciones moleculares, metabólicas, etc... Pero resulta que esto se ha visto también en otro tipo, simplemente en las estructuras asilares, donde no van específicamente enfermos mentales; o sea que se ha llegado a una - inversión del problema: es el asilismo el que produce esta deteriorización de tipo biológico; por lo tanto, llegamos a donde hemos empezado; es que lo biológico en el hombre se puede alterar desde el punto de vista social, de una manera, por lo menos tan deletérea como con el - repanéma de la sífilis, que era de las primeras enfermedades que se describieron, y con la cual los psiquiatras se pusieron muy contentos, porque al haber una parálisis general progresiva que daba delirios de grandeza, y demás, pues pensaron: la esquizofrenia tendrá otro virus, la neurósis, otro, y otro... De hecho, esto no se ha comprobado. Es más, la misma parálisis progresiva, que al principio se describió como una enfermedad que daba delirios de grandeza, luego se vió que provocaba depresiones que provocaba estados paranoides; o sea que podía provo-

caba depresiones, que provocaba estados paranoides, o sea que podía provocar todo en función de la historia social previa de ese individuo. Este es el planteamiento teórico; ahora, luego, una persona en concreto, vosotros, yo, el que sea, se tiene que plantear: bueno con esta óptica general ¿qué es lo que se puede hacer, qué pasos se pueden dar? Yo creo que no se pueden dar aquí directrices generales sobre esto, porque, primero, el plano concreto de cada uno difiere mucho. Lo que sí diría, y aquí sí que hablo en primera persona del singular, es que cualquier tipo de profesionalización en este momento es, de alguna manera, laborar en favor del sistema. Puede ser una contribución inevitable, hay contribuciones excesivas, como por ejemplo, programen un referendun. Pero, sin embargo, de todas maneras, al ver a un paciente, incluso en esa situación que se supone que es rompedora, no seamos tontos, estamos dentro del juego, psiquiatra, psicólogo y paciente o cliente.

Por favor, yo, sobre esto quería preguntarte una cosa. A nivel de conocimiento vulgar, es decir, no especializado, se entiende por Psicología, por lo menos por lo que yo he visto hasta ahora, un poco psicología-psicoanálisis, y no ya psicoanálisis, sino Freud, complejo de Edipo, sueños, eso tan bonito. Según esto, para la opinión vulgar, lo que separa un poco el campo del psicólogo del del psiquiatra sería eso: la apelación a una causa orgánica que justifique. Pero, ¿en qué cosa que tenga una causa orgánica no existe también un problema afectivo, o un problema distinto en cualquier caso, incluso hasta qué punto puede ser que no haya en las psicopatías una causa orgánica, o en las neurosis, o...?

Bueno, esto que dices, yo creo que, ingenuo o no, es un hecho real, es decir, la gente piensa así. Tenemos que partir de este hecho. Por supuesto, sí, al psicólogo se

le considera más etéreo, digamos más dedicado a las ciencias del alma, y al psiquiatra, más dedicado a la conexión misteriosa entre la neurona y el síntoma patológico. De todas maneras, también hay una reacción que tú no has dicho, que es muy importante. A veces, la psicología científica - científica entre comillas - pretende reducir todo a una perspectiva común, mejor dicho, a una de las tareas de la psicología, que es el estudio de la conducta. La conducta es una perspectiva del problema, porque también hay que estudiar la experiencia. La experiencia hay que darla por otros medios, es decir, la metodología psicológica, en la cual estamos bastante verdes, es específica, no se puede trasponer un modelo de la física, por ejemplo o un modelo de la biología a modelos de investigación psicológico-psiquiátricas. En este sentido, hasta cierto punto, la gente simplifica el problema, lo ve de una manera un tanto ingenua. Pero hay algo que es cierto, es decir, las sensaciones, los sentimientos son tarea nuestra. Ahora, ¿cómo se metodologiza esto, como se describe de una manera científica? Por supuesto, no pesándolo, porque no se puede pesar, pero, evidentemente, no sólo a través de las manifestaciones externas, que es sólo una de las perspectivas del problema. Aludo aquí a todos los conductismos, etc, que son perfectamente científicos, siempre y cuando no se les desenmarque, porque tienen un encuadre, tienen unas limitaciones investigadoras, y ahí se quedan.

→ Yo no sé si lo que voy a decir aporta algo de luz a esta discusión. A mí me parece que hay distintos valores y fruto de esos sistemas de valores, vienen una serie de estructuras sociales en donde vive el individuo. Entonces un tipo de sufrimiento, o de enfermedad mental puede darse cuando existe contradicción entre el sistema de valores que tú has asumido y tu conducta determinada. Entonces, el psicólogo, no sé si tendrá que ser el hombre, que

en definitiva, lo que deberá hacer es descubrir el sistema de valores del paciente y tratar de que éste sea consecuente con sus sistema de valores. O sea, no tratar de imponer su sistema de valores, de hacer un juicio, ni si quiera, sobre el sistema de valores del paciente, sino sí simplemente eso, llevarle a que sea consecuente con su sistema de valores.

Yo, lo único que planteo a esto es que parecería que cada individuo elige su propio sistema de valores, y yo di go: sí, señor, cada individuo, elige su propio sistema de valores, pero lo elige entre unas alternativas que no vienen del individuo, sino que el sistema social se las impone. Entonces es que el individuo no es libre de elegir su punto de partida, sino que ese sistema de valores viene determinado por su situación social, o sea, por su origen de clase y por su status social en una etapa determinada. Y, además, otra cosa, y que muchas veces la enfermedad o la anormalidad de un individuo viene precisamente causada por ese sistema de valores. Entonces, lo que tú no puedes hacer es decir: Bueno, sea coherente con ese sistema de valores. Es que muchas veces no puede ser coherente, porque el sistema de valores es el que conduce a la enfermedad. No se trata de que tú le impongas otro sistema de valores, no se trata de que tú, di ríamos, hagas apostolado, no se trata de eso. De lo único que se trata es de que tú muestres porque la labor del psicólogo nunca es enseñar, sino aclarar, ayudar a aclarar al individuo, mostrarle cómo su sistema de valores, o lo que sea, le produce una serie de trastornos, lo que es totalmente distinto a lo que tú dices. Me parece que tu perspectiva es una postura normal, cientificis ta; en otros términos, la postura al servicio del sistema, y por eso estoy en contra de ella.

- P.- La gran diferencia que podemos aportar nosotros con relación a planteamientos anteriores en el país, es que, hasta ahora, los psicólogos y los psiquiatras han presumido de asépticos. Yo creo que nosotros, lo que tenemos que plantear es que no somos asépticos; ni la psiquiatría y psicología tradicional lo eran ni nosotros tampoco. De he cho, lo que tenemos es que explicitar cada uno en que con siste nuestra no asepticidad, para también darle al pacien te, o al que se relacione con nosotros, opción a no ser manejado; es decir, que muchas veces podíamos caer en el mismo error que es: bueno, la psiquiatría oficial tiene una ideología, yo demuestro la ideología, la denuncio des de otro tipo de escala de valores. La diferencia que puede dar aportes sustanciales es reconocer que uno la denun cia desde otra escala de valores, y por lo tanto uno está comprometido con algo. Compromiso siempre existe, lo úni co que pasa es que unas veces se explicita y otras, no.
- > Bueno, creo que si no hay nada más que decir, ya son los dos y podríamos darlo por terminado.

- - - - -