



PSICOLOGÍA CLÍNICA

NUEVAS PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS



**Grupos de Trabajo de
Psicología Crítica**

Depósito Legal M - 13.839 - 1.972

Documento recopilado y editado por los Grupos de Trabajo
de Psicología Crítica de la Universidad de Madrid. —
Circulación interna. ————— Mayo 1.972

Para cualquier consulta o información sobre los Documen-
tos publicados o por publicar, dirigirse al APARTADO DE
CORREOS NUM. 8.018 de MADRID

Impreso en COPION - Puerta del Sol, 10, 2º - MADRID - 14
Tirada en multicopista de 500 ejemplares.

NUEVAS

PERSPECTIVAS

TERAPEUTICAS

INDICE

+ INTRODUCCION

+ PRIMER APARTADO

- Introducción a la Anti-psiquiatría, Hernán Kesselman.
- Alienación social y Alienación mental. David Cooper.
- Entrevista con Joseph Berke.
- Justicia y enfermedad mental.

+ SEGUNDO APARTADO

- La transformación del hospital psiquiátrico: el rol del psicólogo.
- Algunos datos interesantes.
- La experiencia del hospital Roballos: notas para la historia de una comunidad terapéutica.

+ EPILOGO

- Criterios de salud y enfermedad en la práctica psicológica.

+ SEPARATA:

- Definición de Psicólogo, propuesta en el Primer Simposium profesional de Psicólogos, de Salamanca
- Información al Primer Simposium profesional de Psicólogos de las gestiones realizadas durante el curso 71-72 por los estudiantes de Psicología de la Complutense.
- Conclusiones de los Grupos de Trabajo paralelos a la Reunión anual de la SEP de Salamanca.
- Documento oficial elevado por la Sección de Psicología de la Complutense a las autoridades académica

Estudiar el tema de las Nuevas Perspectivas Terapéuticas exigiría un enorme esfuerzo de querer hacerlo adecuadamente. Nosotros pretendemos tocar sintemáticamente algunos de sus aspectos más interesantes. En el primer apartado nos adentramos en las ideas básicas de lo que constituye una de las principales corrientes renovadoras en el campo de la psiquiatría y de la psicología clínica, es decir, la antipsiquiatría. La antipsiquiatría ha aportado o está aportando puntos de vista interesantes en dos niveles principalmente. Uno de ellos sería el constituido por una revisión radical de lo que se entiende por esquizofrenia, esquizofrénico, esquizoide, etc. La etiología de esta se encontraría, desde esta particular perspectiva en desórdenes comunicativos intrafamiliares, esencialmente. Eso quiere decir, que se rechaza por completo la hipótesis de que en la base de la esquizofrenia se encuentre un trastorno de tipo nervioso u hormonal, y se habla de que muchas veces - la enfermedad no se encuentra en el pretendido "enfermo", sino en aquél que tiene la potestad de etiquetar, y dar los roles de "sano" y "enfermo". La persona, a la que la sociedad da el poder de definir a las otras personas como "sanas" o "enfermas" mentalmente, sería el psiquiatra; y con un papel semejante estaríamos nosotros, los psicólogos. Los antipsiquiatras cuestionan esa adjudicación, muchas veces arbitraria, cuyos efectos suelen ser muy perjudiciales, ya que la actual estructura de la práctica psiquiátrica, sobre todo de la asilar - produce un efecto pernicioso en las personas que no están afectadas por un proceso patológico mental comprobado científicamente. El otro nivel en que ellos aportan un nuevo punto de vista es precisamente el de la asistencia psiquiátrica. El psiquiatra y el asilo deben ayudar realmente a la persona afectada por una alteración mental. En la actualidad, dado un enfoque anticuado y erróneo en muchas ocasiones, la función que cumplen es justamente la contraria, la de provocar y perpetuar los procesos patológicos, metiendo a la persona afectada en una espiral sin salida. Este es un punto de vista que no -

es meramente teórico, ya que los antipsiquiatras tienen ya toda una experiencia clínica desde el año 1958 aproximadamente, que avalan algunos de sus puntos de vista. En cualquier caso, su cuestionamiento de la manera tradicional de hacer psiquiatría, constituye una aportación interesante. En el segundo apartado, estudiamos dos nuevas posibilidades que tiene el psicólogo de encuadrarse en un equipo asilar. Ambas son experiencias realizadas en Argentina, pero creemos que la situación de la psicología en ambos países es semejante. En el primer trabajo se estudian las nuevas posibilidades que se le presentan al psicólogo cuando se transforma el hospital psiquiátrico tradicional. En el segundo caso se estudia pormenorizadamente la historia de una comunidad terapéutica, que supone el tratamiento de personas afectadas por algún tipo de patología mental, por un equipo interdisciplinario, en el que tiene un papel importante el psicólogo.

El epílogo no es otra cosa que una reflexión sobre los conceptos de salud, enfermedad y normalidad-anormalidad, relacionándolos con una estructura social determinada.

Una reconsideración de lo que se entiende por enfermedad mental, y más particular una revisión de la etiología y comprensión de lo que hasta ahora se ha llamado "esquizofrenia"; un cuestionamiento de que la actual estructura asilar psiquiátrica tenga consecuencias benéficas, es decir, curativas. Las nuevas posibilidades que se le abren al psicólogo, cuando se transforma la estructura tradicional del hospital psiquiátrico tradicional. Y por último, una reflexión final para tratar de comprender donde se halla, en último término, el fundamento que permite clasificar como "sano", "enfermo", "Anormal", constituye el tema del presente documento.

En las páginas centrales amarillas, se incluyen cuatro escritos, que hemos considerado interesante incluir, pues su ponen una información útil, y que no ha tenido una adecuada difusión. El primer escrito es la definición de Psicólogo pro-

puesta por los organizadores del Primer Simposium Profesional de Psicólogos, celebrado el 13-IV en Salamanca. La tesis de los organizadores consistía en discutir y aprobar una definición de psicólogo y elevarla a los Ministerios correspondientes para legalizarla y, posteriormente, dedicarse al esfuerzo de crear un Colegio Nacional de Psicólogos. Esta tesis fue rebatida en el Simposium, pues se pensaba que era más correcto reunir a todos los psicólogos en un colegio, para entonces discutir democráticamente un Estatuto Profesional del Psicólogo. De la manera que proponían los organizadores cabía el peligro de que esa definición respondiese a los intereses de unos determinados grupos de psicólogos en perjuicio del resto. Este Simposium estuvo organizado por la Agrupación Nacional Sindical de Psicólogos, de Madrid, que, según su propia versión, abarca a unos 400 psicólogos, y la Sección Profesional de Psicólogos del Colegio de Doctores y Licenciados de Cataluña y Baleares, que reúne a 80 psicólogos.

El segundo escrito, es la información que leyó un compañero de quinto de Psicología, sobre las gestiones que se habían llevado por parte de los estudiantes de Madrid durante el presente curso 1971-72.

El tercer escrito, recoge las conclusiones elaboradas por Grupos de Trabajo que se reunieron paralelamente a la Reunión anual de la SEP, que estaban integrados por profesores, profesionales y estudiantes de Madrid y Barcelona.

El cuarto escrito, es el más importante: es el documento oficial, firmado por el Presidente de la Sección, don Mariano Yela, que ha elevado la sección de Psicología a las autoridades académicas para su aprobación, si procede. Consideramos básico darlo a conocer, dado que son muy pocos los compañeros que tienen una información exacta del resultado final de un largo año de lucha.

Esperamos que, tanto el tema que planteamos, las nue-

vas perspectivas terapéuticas, como la información que recoge
meos, sirvan para un conocimiento más real de los problemas -
de la Psicología.

- o - o - o - o -

INTRODUCCION A LA ANTI-PSIQUIATRIA

David Cooper, junto a Berke, Laing, Schatman, Reddler,
y Esterson, forman la vanguardia de un grupo de psiquiatras
que fuertemente influidos por la necesidad de reaccionar -
contra una Psiquiatría sometida a las necesidades del siste-
ma, alienante, adaptacionista - emprenden la tarea de demiti-
ficar las instituciones tradicionales, denunciando el papel
que les cabe a las mismas en la creación y el mantenimiento
de las enfermedades mentales.

Algunos de ellos vienen de una formación psicoanalíti-
ca estricta; han saboreado el gusto de los mayores galardoo-
nes científicos y se distinguen como investigadores de famo-
sos centros ingleses y norteamericanos.

Pero han incorporado las enseñanzas de J.P. Sartre
(sacrilegio inusitado para el insularismo británico); a tra-
vés de éste se asoman al marxismo y contemporáneamente viven
el impacto de movimientos locales e internacionales como el
"hippismo", las hogueras del mayo francés, las revueltas es-
tudiantiles en Alemania, las pequeñas guerras calientes en -
la guerra fría entre EE.UU y la Unión Soviética, las revo-
luciones china y cubana, la evolución del movimiento negro
norteamericano, la guerra de Vietnam, la evolución revolucio-
naria del Tercer Mundo, etc., lo que les lleva al desarrollo
de una actitud política nueva, curiosamente parecida al anar-
quismo.

Este grupo hace en 1966 su primera experiencia en anti-
psiquiatría, en un edificio londinense llamado "Kingsley
Hall", donde instala una comunidad en la que pacientes y per-
sonal asistencial conviven en un plano de igualdad, rompiendo
con las habituales reglas del juego psiquiátrico tradicio-
nal (drogas, electro-shock, diagnósticos individuales, Arbi-

triedad de los criterios de salud y enfermedad, etc). Esta comunidad se enlazaba a su vez con otros centros londinenses de un movimiento que, en su totalidad, se denominaba "contra cultura"; grupos de dramatización experimental; científicos sociales de la llamada "Nueva Izquierda"; concurrentes de la Antiuniversidad de Londres; Líderes del movimiento "procomuna"; la "Escuela libre de Londres"; poetas, músicos, plásticos y representantes del movimiento artístico de vanguardia en general.

Su hipótesis es la creación de un ambiente adecuado para que cada paciente desarrolle su sintomatología hasta los estadios más extremos de la regresión, llevando el padecimiento "hasta el final", en lugar de oponerse al mismo.

Se fundamenta así, según ellos, una forma de "recreación" de la personalidad en una atmósfera de libertad anticonvencional.

Sin embargo, esta experiencia no dura mucho tiempo. El grupo original se fragmenta y "Kingsley Hall" se cierra hacia el año pasado.

Laing y Esterson continúan sus trabajos con grupo familiar; por otra parte, Cooper se decide por la Comunidad como estilo permanente de vida y Berke proyecta reanudar junto con Schatzman un nuevo "Kingsley Hall".

Herman Kesselman

ALIENACION MENTAL Y ALIENACION SOCIAL

Aún en los medios psicoanalíticos de vanguardia existe una tendencia a considerar la esquizofrenia como una enfermedad de origen constitucional. La "falla en la formación del yo" sería así la marca de un "defecto de fábrica", con lo que la psicopatología cede alegremente el paso a una especie de patología de Laboratorio.

Según nuestra experiencia, el diagnóstico médico de "esquizofrenia" no se justifica en absoluto por los hechos. Más aún, diría que toda aproximación al "enfermo" corre el riesgo de falsearse si mantenemos estos métodos de rotular condicionados por la sociedad, métodos o prácticas que han creado en todas sus piezas entidades tales como: "esquizofrenia", "psiquiatra", "enfermo".

Nuestro grupo en Londres centró sus esfuerzos sobre el estudio de las formas específicas de las interacciones familiares que determinan el decir y el actuar de eso que se llama "esquizofrenia". La alienación social viene a recubrir la mayor parte del tiempo las diversas formas de "alienación mental". Acorralado en su familia, el sujeto está también entrampado en la sociedad.

Para comprender lo que está en juego en la dinámica familiar del esquizofrénico hay que llevar el estudio hasta la tercera generación y captar allí lo que está en germen como factor psicotizante. En función de su propia historia personal (de este "accidente" que sobrevino en la relación con sus ascendientes) los padres se encuentran en la posición de no poder reservar a sus descendientes otro lugar que justamente el de esquizofrénico; es él quien desde ese lugar está llamado a instituirse como porta estandarte o chivo emisario de un mal del cual sufre la sociedad.

El loco, en esta perspectiva, es aquel de quien necesitamos para podernos definir - como sanos de espíritu.

Nuestros trabajos nos han permitido poner de manifiesto que quienes son admitidos en un hospital psiquiátrico, lo son no tanto porque sean enfermos, sino porque protestan, de manera más o menos adecuada, contra el orden social. El sistema social en el cual están metidos viene así a reforzar los daños - producidos por el sistema familiar en el cual han crecido. Esa autonomía que intentan afirmar con respecto a una microsociedad juega como revelador de una alienación masiva ejercida por la sociedad toda. En un momento dado, a menudo en el acmé de una crisis, nos encontramos frente a un sujeto que toma bruscamente conciencia de la violencia de que ha sido objeto. Es eso mismo lo que generalmente lo precipita en el hospital psiquiátrico para "admisión de urgencia"... Y allí, nuestro "enfermo" va a encontrarse atrapado en el sistema binario de la vida psiquiátrica convencional (médico-enfermo, loco-no loco) sistema que reproduce los daños causados por estas familias - llamadas "esquizógenas", donde todo funciona como generador de sentimientos de culpa que fijan al sujeto en sus dificultades o lo clavan en un nudo de contradicciones.

Así, en la relación que ha instituido entre la salud - mental y la locura, la psiquiatría se contenta con salvaguardar la llamada salud mental haciendo violencia a la locura que pretende curar por electroshock y otros "tratamientos". El psicoanálisis mismo no está a cubierto de todo reproche, ya que - algunos psicoanalistas no hacen otra cosa que fundamentar su técnica en una ideología burguesa y ofrecerse desde allí pedagógicamente como ejemplo: el "sano de espíritu", "feliz", se opone así (como lo quiere la tradición psiquiátrica) el "enfermo mental", es decir al que tiene como función ocupar el lugar del loco.

Para mí, "la normalidad" no es otra cosa que el estado de alienación de un individuo, llevado al máximo. Este estereotipo de personalidad "bien equilibrada" se encuentra valorizado en todo el sistema burgués.

Así, yo no puedo hacer nada por quien viene a mí con - el disfraz social de "enfermo mental", si lo acojo con mi disfraz de psiquiatra analista. Eso quiere decir que no puedo - ser eficaz sino en la medida en que pueda, en el fondo de mí mismo, escuchar la revuelta que atraviesa el "enfermo mental" lo que supone un renuncio a todo intento de readaptación. No apunto a otra cosa que a la liberación de quien viene a buscarme. Tal liberación puede tener formas muy diversas y encontrar sentido en compromisos políticos, es decir en la transposición social de un problema personal.

Se trata de mantener, mediante la revuelta, una forma - de toma de conciencia sostenida por un combate que hay que librar.

Tal como yo la concibo, la salud mental es, para todo - ser humano, la posibilidad de comprometerse no solamente hasta el corazón de la locura, sino también hasta el corazón de toda revolución, encontrando en esa vía una solución a la preservación del "yo".

David Cooper

ENTREVISTA CON JOSEPH BERKE

++ ¿Podría decirnos algo sobre usted mismo?

-- Soy un médico norteamericano. He estado trabajando en Londres durante más de cinco años como investigador en Psiquiatría y Ciencias Sociales con la Asociación Filadelfia. Su director es Ronald Laing. Entre las obras realizadas por la Asociación Filadelfia se cuenta la instalación varios centros donde personas a quienes anteriormente se diagnosticó como esquizofrénicas pueden vivir sin estar sometidos a tratamientos médicos del tipo formal, o si vamos al caso, sin ningún tratamiento propiamente dicho.

++ ¿Está específicamente interesado en la esquizofrenia?

-- Pues lo estoy en todo el ámbito de la experiencia psicológica, de la cual la esquizofrenia forma parte muy importante. El término mismo es importante. Quiero recalcar que es un término, más que una condición; lo cual es una parte importante de nuestro trabajo puesto que muestra como, en la práctica, muchas personas resultan afectadas en sus estilos y experiencia de la vida por el solo hecho de que les aplique ese término. Podría emplearse otro término, tal como "depresivo", para explicar este punto, pero en el caso de referencia (la esquizofrenia), el término no cubre su experiencia en la vida, sino que se trata más bien de una etiqueta que les aplican a personas generalmente por motivos sociales.

++ Entonces, ¿cómo define usted a la insania (enfermedad)?

-- Hacerlo tomaría varios meses, y la respuesta eventual sería inadecuada. La insania es un hecho social más que personal. Es un fenómeno social y cultural, ciertas experiencias que son calificadas como "normales" dentro de una cultura o subcultura determinadas, pueden ser consideradas "locuras" den-

tro de otro ambiente cultural. La insania es sinónimo de un comportamiento lo experiencia "inaceptable" dentro de una estructura cultural determinada.

++ ¿Podría usted decirnos algo sobre sus trabajos junto con el Dr. Laing?

-- El motivo particular por el que vine aquí fué que sus ideas se superponían con las conclusiones a que yo comenzaba a llegar sobre la forma en que funciona la psiquiatría. Quería tener la oportunidad de trabajar con él. Ambos nos damos cuenta de que la forma en que se trata a las personas en el sentido general médico-psiquiátrico, no sirve para aliviar su sufrimiento, sino más bien para perpetuarlo; que los médicos actúan como depositarios de la responsabilidad social con el fin de mantener una forma convencional de comportamiento y experiencia; que el tipo de tratamiento que se aplica consiste en colocar a la persona dentro de una "camisa de fuerza emocional", sin excluir las drogas. Por lo general, los psiquiatras tratan de conseguir que la gente se olvide de lo que la molesta, en lugar de llegar a un acuerdo sobre ello.

++ ¿Se trata, quizás, básicamente de una cuestión de tiempo, dinero y personal disponible? El psiquiatra que trabaja en un Instituto se ha convertido en una especie de "cuco", como el policía entre los delincuentes; a mí me parece que esta es una idea más bien paranoica?

-- No creo que se pueda ser lo suficientemente paranoico, tratándose de la función de los psiquiatras, y sobre la forma en que funcionan los hospicios de su tratamiento de los pacientes. Uno de los libros de mayor importancia a este respecto es un estudio hecho por un sociólogo, Erving Goffman, titulado "Asilos". El libro es un estudio de cómo funciona un hospital para enfermos mentales. Goffman pasó varios meses como asistente de enfermeros en un hospital, que

es la forma real para enterarse de lo que sucede. Los que manejan los hospicios son esencialmente los enfermeros y sus ayudantes, y sólo trabajando a ese nivel es posible averiguar lo que pasa, tanto en el sentido social como en el personal. Goffman descubrió que en lugar de ayudar al paciente internado, en el hospicio se trataba de perpetuar el mismo tipo de situaciones "enloquecedoras" de las relaciones familiares o de las otras que habían enloquecido al paciente en primer lugar. En otras palabras, pudo demostrar cómo y por qué el ambiente de un hospicio es de por sí "enloquecedor".

INMORALIDAD Y MALOS TRATOS EN UN HOSPITAL

Londres, 10. La brutalidad, deshonestidad, negligencia y falta de cuidados médicos con que se ha venido tratando a 2.250 pacientes del Hospital Psiquiátrico Whittingham, de Preston, ha sido puesta de relieve en una investigación oficial que ha realizado una Comisión Presidida por sir Robert Payne y cuyos resultados se han publicado hoy.

El Hospital Whittingham es uno de los mayores hospitales mentales de Gran Bretaña y la investigación ha denunciado que "el nivel de cuidados y la forma como se administra y se trata a los pacientes está por debajo de lo increíble"

Los pacientes considerados como "violentos" eran reducidos por los enfermeros enrollándoles toallas húmedas al cuello y apretando hasta que los síntomas de asfixia los -

dejaba inconscientes. En una sala, dos enfermeros rociaron los zapatos de cuatro pacientes de alcohol y los prendieron fuego, "para asustarlos por su comportamiento". Frecuentemente, grupos de pacientes eran encerrados días enteros en salas desnudas de mobiliario y sin calefacción. Otros grupos de pacientes no recibían más que alimentos líquidos durante semanas.

La Comisión recomienda el cese de toda la Junta Administrativa del hospital y de los médicos directores y una renovación completa de la plantilla del mismo. EFE.

A B C, 11 - 2- 72

El punto importante es darse cuenta de por qué una persona, especialmente un joven, siente que se está enloqueciendo, que no puede afrontar la realidad, cosas así. Generalmente, se debe a las formas irregulares, desesperantes de las relaciones existentes dentro de sus familias. Trabajamos mucho con las familias; es una parte importante de nuestras investigaciones. Con frecuencia comprobamos que una persona calificada como insana es la más sensata de su familia.

++ ¿Cómo quién dice una especie de chivo emisario?

-- Exacto. El motivo para calificar a una persona como insana es que hace esfuerzos por alejarse de las relaciones ambientales enloquecedoras o perturbadoras, del cuadro general de comportamiento dentro de la familia. Tomemos por caso un adolescente - varón o mujer - que está tratando de reafirmar su autonomía, en lugar de seguir las costumbres los rituales establecidos en su hogar. Cuando esa persona

es llevada a un hospital, en la mayoría de los casos está extremadamente asustada, no comprende lo que está sucediendo. Se la lleva a un lugar muy extraño donde los que están allí la van a ayudar. Sin embargo, hablando sociológicamente, se repiten allí las mismas escenas y costumbres que la han hecho caer en desgracia en su hogar. De manera que el ambiente en el hospital contribuye con frecuencia a enloquecer a las personas, especialmente si creían que llegaron allí para desligarse de las ataduras que les restringían dentro de su familia.

++ Entonces, el cambio es de un ambiente de locura hacia otro. ¿Pero cuál es la alternativa? Parecería que siempre se pierde la noción de curar. ¿Cómo trata usted en realidad a uno que sufre?

— Por lo general, hay dos factores asociados al tipo de sufrimiento de que habla usted: la invalidación social y/o personal. Lo primero que se debe averiguar es qué siente esa persona, en qué consiste la insania que la preocupa. En muchos de los casos, la explicación está en que la persona se está invalidando semanticamente a sí misma, por influencia de palabras emocionalmente cargadas como "esquizofrenia" "insania", y otras. Esto se debe a que la insania es una definición social, cultural, extraída de los libros de texto. No explica y ni siquiera expresa, qué es lo que siente la persona afectada. Resulta muy posible leer un libro sobre psiquiatría y sentir que uno está loco, debido a que prácticamente todo lo contenido en él son cosas que sienten personas normales. La cuestión es que no hay tal cosa como personas normales. Estamos hablando de un muestrario de gente, de manera que lo que debería hacerse es averiguar qué es eso de la insania, qué se experimenta con ella, y distinguir la invalidación semántica de los otros tipos. En realidad, se trata de estudiar en qué consiste su propio sufrimiento y comprenderlo. El sufrimiento es intolerable cuando es inin-

teligible. No desaparece cuando deja de ser ininteligible pero, generalmente, se torna tolerable. Le permite a uno tratar de llegar a la raíz del asunto.

++ Muchos están tratando de hallar una base química para la esquizofrenia; ¿puede ser causada por un desequilibrio químico en el cerebro?

— Jamás se ha hallado una causa química a la condición llamada esquizofrenia. En primer lugar, la esquizofrenia no es en realidad una condición; es éste un término de invalidación personal y social. Esto se relaciona con el origen del término para referirse a personas cuyo comportamiento parecía mostrar signos de un creciente deterioro no se producía en realidad necesariamente. Puesto que no existe tan cosa como la esquizofrenia. Es un término traído de los pelos, inventado para definir "ciertos" síntomas que se decía que los médicos podían discernir en otras personas durante una consulta. Laing me mencionó un trabajo escrito por un psiquiatra alemán en una revista especializada, el año pasado, según el cual los psiquiatras alemanes diagnostican esquizofrenia en una persona en base a una sensación que se autocrean en sí mismos, una sensación extraña que llaman "precoz". Se vé claramente en este caso que se hace el diagnóstico de esquizofrenia debido a los problemas propios del médico, no del paciente. Ese es el primer punto. El segundo es que ninguna prueba física ha servido jamás para relacionar positivamente factores físicos con mentales.

LUCHA CONTRA LA ESQUIZOFRENIA

Una de las psicosis más difundida en el mundo moderno es la esquizofrenia: una enfermedad mental caracterizada sobre todo por la falsa concepción de una reali-

dad que se vuelve infantil, fatua, desordenada en ocasiones, y, en otras, aparentemente coherente. Hasta ahora los fármacos que se utilizaban dejaban secuelas secundarias perjudiciales. En Londres, actualmente, se está experimentando un nuevo medicamento denominado "Orap", que actúa directamente bloqueando la producción de dopamina en las grandes células cerebrales, neuronas. Esta droga puede confirmar la tesis de los investigadores que sostienen casi "a priori" que la dopamina juega un papel trascendental en el mecanismo bioquímico de la esquizofrenia.

A B C / 23 - XI - 71

Existe el experimento analítico del punto rosado en la orina, del punto verde y el punto anaranjado; lo que esto significa es que los análisis de orina de personas consideradas esquizofrénicas muestran distintos resultados ante el agregado de reagentes químicos. En un hospital se descubrió que el producto que se consideraba indicativo de esquizofrenia reaccionaba según se le hubiera dado o no café al paciente en la mañana. De manera que el "punto" resultante en dicho análisis era un resultado de la presencia de la cafeína en la orina. Y así podemos seguir interminablemente.

El origen de la situación a que me estoy refiriendo se halla en los anales de la historia médica. Observe usted la experiencia y el comportamiento de las personas consideradas antiguamente brujas o demonios, cerradas en lúgubres sótanos para proteger al público. A principios del siglo XVIII, apareció un médico de nombre Philippe Pinel, y simultáneamente, con él muchas otras personas con buenas intenciones. Trataron de poner fin a la manera inhumana de proceder con los "locos"

de la época. Decían: "Fíjense; si decimos que esas personas no viven poseídas por demonios, sino que simplemente padecen de alguna clase de enfermedad, como un resfriado, tuberculosis o algo por el estilo, podremos tratarlos como personas enfermas y no como si estuvieran locos". Se trata de una diferencia importante. Porque la mayoría de las veces la locura no es más que una atribución moral; se hace una declaración sobre una cuestión moral. Una persona es loca y es mala; los dos términos están estrechamente ligados. Pero, si decimos que no es sencillamente mala - poseída por demonios, moralmente mala -, pero sí enferma, entonces podemos cambiar la actitud del público en general hacia esa persona.

A continuación, los médicos que habían definido "a priori" una conducta desviada como una condición o estado médico, vieron que tenían que aplicar técnicas de medicina con el fin de comprenderla. ¿Y qué hicieron? Primeramente diseccionaron cerebros de personas que morían en un hospital. Buscaban condiciones altamente irregulares, cambios en el cerebro, pero no encontraron ni una cosa ni otra. Luego trataron de estudiar la bioquímica del "demente". Actualmente este método está muy de moda. Se asocian las condiciones de demencia con el uso de drogas psicodélicas, porque se ha comprobado que las más comunes de dichas drogas, como por ejemplo LSD, DMT, mescalina y otras, son desde el punto de vista bioquímico similares a ciertas sustancias presentes naturalmente en el cuerpo - como por ejemplo la adrenalina - y entonces, según ese razonamiento, la esquizofrenia es un resultado de un proceso bioquímico defectuoso relacionado con una hiperproducción de sustancias psicodélicas. Comenzaron entonces a creer que las sustancias similares a la adrenalina en la sangre causan esquizofrenia. Por desgracia, esta teoría nunca ha llegado a ser comprobada.

En lo que comúnmente se denomina esquizofrenia, un síntoma corriente es el de las alucinaciones auditorias. Las personas oyen cosas que dicen otras, como "Haga esto", "Haga aquello", "No haga eso", cosas así. Pero una observación de gran interés es que las personas bajo el efecto de drogas psicodélicas rara vez experimentan alucinaciones auditorias dado que la mayoría de las falsas sensaciones que experimentan son visuales. Además, las personas bajo la influencia de drogas psicodélicas muy pocas veces experimentan alucinaciones de ninguna clase. Lo que más sucede es una forma de ilusiones visuales. La diferencia es importante. Mire aquella enorme pared. En realidad, la pared no es totalmente blanca, muestra manchas, enchufes, grifos, y estos cambios creados en objetos existentes que la mente puede distorsionar, achicar y agrandar, son ilusiones. Si fuese totalmente blanca y nosotros comenzáramos a ver algo en ella, eso sería una alucinación. Lo que sucede la mayoría de las veces bajo el efecto de drogas psicodélicas es que experimentamos extrañas ilusiones visuales. La diferencia es muy importante, ya sea por ese motivo o por un efecto posterior como cuando usted mira una ventana, cierra los ojos y continúa viéndola; esto se llama imagen residual. Las ilusiones visuales ocurren debido a distorsión de objetos sobre la pared, o a imágenes residuales. Este punto es importante debido al hecho de que si las drogas psicodélicas o sus elementos bioquímicos análogos que se encuentran en la sangre fuera causa de enfermedades mentales, entonces la gente que toma dichas drogas tendrían alucinaciones, y estas serían auditorias, no visuales. En realidad es raro sufrir alucinaciones bajo el efecto de LSD. La mayoría son efectos o ilusiones visuales.

++ ¿Podemos ahora pasar de la química al sexo? Wilhelm Reich escribió una vez que el "esquizoide" es una personalidad rígida incapaz de encontrar liberación, un normal flujo orgásmico debido a diversas tensiones y defensas musculares. Supongo que un partidario de Reich diría que la raíz de la esqui-

zofrenia es el sexo - en su más amplio sentido -, represiones durante la niñez, y cosas por el estilo que finalmente quedan radicadas en la musculatura de la persona. Usted - por el contrario, tiende a enfatizar la unidad familiar, - los antecedentes o situación de la familia. Aquí hay una diferencia.

-- De nuevo caemos en el término "esquizofrenia" que usted usa aplicándolo a una suerte de condición, una situación - de hecho. Pero yo no empleo el término en ese sentido. Nunca he conocido a un esquizofrénico. Como no me gusta achacar ciertas cosas a otras personas empleando esa palabra, para mí no tiene mayor sentido. Si queremos llegar a algo concreto, debemos hablar sobre las experiencias que tiene la gente. Se trata de que con frecuencia se aplica el término "esquizoide" a personas que sufren una especie de disociación, un rompimiento o división entre el soma y el intelecto, el cuerpo y la mente. Esto significa que la mayoría de las sensaciones y sus emociones que en realidad interesan tanto a la mente como al cuerpo, se dividen entre un componente de la mente y uno del cuerpo. Es esto a lo que con frecuencia la gente llama un esquizoide. El término tiene también relación con una división entre la cabeza y el corazón, las sensaciones y el intelecto. Cuando Reich empleaba la palabra orgasmo no se limitaba exclusivamente a la experiencia genital, sino a la totalidad de las experiencias emocionales, físicas, mentales.

++ Bien. Pero yo tengo la impresión de que para Reich y sus seguidores el orgasmo ideal involucra total entrega de uno mismo, un comprometimiento completo a la realidad física de otra persona. Por cierto, que esto es algo que el llamado esquizoide es incapaz de hacer: tiene un terror completo a dejarse llevar, a perder el control de sí mismo. Pero no resulta muy útil dirigirse al individuo. Eso es lo que más me impresiona con respecto a la importancia que - asigna usted a las influencias de la familia o la situación

familiar. Pero, seguramente, es más extenso aún que la familia misma... Se hace necesario curar toda la sociedad, cambiarla.

— Ese es un punto importante. La realidad es que nos encontramos enfrentados a una sociedad que está sistemáticamente enloqueciendo a todos sus miembros. Los individuos podrán sentir que el problema está en sí mismos, pero no lo está. Se trata de un problema social que se experimenta a nivel individual. Es este el motivo por el cual no deberíamos tratar de perpetuar el sufrimiento individual, de engañar al individuo para que crea que el mal está en sí. Resulta un hecho altamente satisfactorio cuando vemos que la gente se da cuenta de que lo que estamos experimentando afecta igualmente a muchas personas. Existen muchos individuos que pueden ser considerados, desde el punto de vista médico esquizoides, esquizofrénicos, lo que sea, pero que son muy potentes sexualmente y, sin embargo, no son felices, en otros aspectos. Esto apunta nuevamente a la vacuidad, lo inadecuado, de los términos esquizoide y esquizofrénico.

DETENIDOS COMO PRESUNTOS AUTORES DE LA MUERTE DE SU HIJO

Barcelona, 29. Como presuntos autores de la muerte de su hijo, han sido detenidos los padres de Manuel Moreno Rodríguez.

En una pensión de la calle Bujada de San Pedro, número 28, fué hallado muerto Manuel Moreno Rodríguez, de once meses, que vivía con sus padres en una habitación de la citada casa de huéspedes. El cadáver de la criatura presentaba un fuerte hematoma en el lado derecho de la cara, lo que hizo sospechar a la Policía que la muerte

podía haberse producido por causas no naturales.

Esta hipótesis pareció tomar cuerpo al declarar otros huéspedes de la casa que el pequeño era objeto de frecuentes malos tratos de obra por parte de sus padres.

Nada de particular tendría, por tanto, que el hematoma sufrido por el niño hubiera podido ser causa directa de su muerte, producida en un arrebato de violencia de sus progenitores, los cuales fueron puestos a presencia judicial para aclaración de ciertos datos, como el de haber declarado a la Policía que el fallecimiento del niño hacía escasos minutos que había ocurrido, cuando en realidad el cuerpo se encontraba ya frío y rígido, lo que demuestra que la muerte se produjo horas antes. MENCHETA,

A B C, 30 - XI - 71

++ Entonces, tratemos de inventar una palabra más humana. ¿Podría usted, finalmente, decirnos algo sobre sus trabajos con Mary Barnes? Entiendo que están escribiendo un libro conjuntamente. La de ella parece ser un caso de locura clásica, si me permite la expresión.

— Mary Barnes es una mujer inglesa de 45 años de edad. Había estado trabajando en un hospital y en el pasado había sufrido colapsos nerviosos, siendo el diagnóstico de esquizofrenia crónica; refrenada en forma extrema en un hospicio se había recuperado y luego comenzó a sentirse demente nuevamente; lo que ella consideraba locura. Su sensación era de extrema regresión, sin voluntad de hacer nada, querien-

do volver a ser una criatura, cosas así. Conoció a Laing hace unos seis o siete años - había oído a otros hablar de él - y le preguntó si podía incluirse en Kingsley Hall, el nuevo centro "anti-psiquiátrico" que se proyectaba entonces. Este centro fué inaugurado en 1.965, y ella fué uno de los primeros internados.

Respecto a la locura se trata de un término aplicado a una forma particular de experiencia. En el caso de Mary, la experiencia parecía ser un retorno a una versión anterior a ella misma, quería ser, convertirse nuevamente en una criatura, volver a sus raíces, casi hasta el feto mismo, como una manera de hacer frente al sufrimiento que sentía de adulta. Quería ver si podía nacer nuevamente. Quería volver casi hasta la posición del feto dentro de la matriz, para comenzar a crecer de nuevo. Eso fué en efecto, lo que sucedió durante los años recientes en Kingsley Hall. María volvió a ser una criatura, se la alimentó con una mamadera, jugó con su excremento, se la cuidaba como una cría, empleó largos períodos acostada en su cama sin moverse para nada, y al hacer eso volvió al punto anterior al momento en que comenzaron todas sus ansiedades. El objeto de todo esto era crecer nuevamente sin ninguna de las ansiedades. El objeto de todo esto - era crecer nuevamente, sin ninguna de las ansiedades que se relacionan con su primer crecimiento.

He tenido mucho que ver con Mary. Fui el principal responsable de la atención a sus necesidades inmediatas cuando yo vivía en Kingsley Hall entre los años 1965 y 1966, como también después. Todo el proceso fué para mí una experiencia, algo como experimentar una muerte seguida de resurrección. Es este el motivo por el cual admiro el coraje que mostró ella para hacer todo lo que hizo, Fué una cosa muy valiente y muy terrorífica de hacer, especialmente por el simple hecho de que los adultos no vuelven a convertirse en criaturas.

Pero la experiencia de Mary confirmó una idea de Laing y otras personas en el sentido de una regresión, una vuelta hacia atrás en uno mismo, puede tener efectos altamente curativos. Hay un libro sobre el tema escrito por un psiquiatra polaco, Kazimierz Dubrowsky, titulado "Desintegración Positiva". Se trata, por lo tanto, de un aspecto importante y nos lleva de vuelta a lo que hablábamos antes sobre los hospicios. Una gran parte de lo que un psiquiatra podría llamar "regresión" consiste en la tentativa natural de una persona de curarse a sí misma. Nuestro trabajo, así como lo que consideramos debe ser el trabajo de un terapeuta, es ayudar a una persona en el camino de su experiencia desintegradora; suministrarle los servicios esenciales - comida, un lugar cálido y una atmósfera agradable - y dejar que siga su curso la desintegración y posterior recuperación, sin interferir para nada. El "viaje de vuelta", la fase integrativa, será entonces una experiencia muy curativa. Lo que sucede con los hospicios, y particularmente con los psiquiatras, enfermeros y otros que trabajan en aquéllos, es que suspenden ese proceso de curación debido a sus propios temores, de lo que está sufriendo. Este temor personal que sienten sobre sí mismos los psiquiatras y enfermeros es lo que impide que pueda haber curaciones en los hospicios. Por lo tanto, no son en realidad hospitales mentales; son ciertamente "manicomios", o sea lugares donde se enloquece a las personas, o donde se perpetúa la locura. Lo que queríamos hacer era crear un asilo, en el sentido original de la palabra, donde se pueda producir la curación. Además de Mary, hay otras personas que han seguido la misma experiencia en Kingsley Hall, tal vez no en forma tan espectacular, pero sí igualmente efectiva como en su caso.

UN SUPUESTO MEDICO, SOSPECHOSO DE DOSCIEN-
TAS MUERTES

Washington, 1. El supuesto médico cubano Ricardo Muñoz Valdez, que trabajaba en una Institución Psiquiátrica de la localidad de Eigin (Illinois), se encuentra hoy bajo la amenaza de ser acusado de la muerte de 200 de sus pacientes.

Según una investigación llevada a cabo por el gobernador del Estado de Illinois, Richard B. Ogilvie, Ricardo Muñoz, puede haber sido responsable de la muerte de por lo menos 200 personas.

El diario de Chicago "The Chicago Tribune" publicó ayer una denuncia del supuesto doctor, del que se duda que posea el título de médico a pesar de tener un permiso especial del Estado de Illinois para ejercer la Medicina.

Ricardo Muñoz, de 48 años, asegura, sin embargo que posee el título de médico expedido por la Facultad de Medicina de La Habana en 1958.

Pero la denuncia del diario que ha sido confirmada por el procurador del condado de Kane, donde se encuentra la institución para enfermos mentales asegura que Muñoz no estaba dando tratamiento adecuado a sus pacientes.

Se le acusa de haber contribuido a la muerte de 200 de sus pacientes en el período com-

prendido entre abril de 1.969 y agosto de 1.971.

Un portavoz del hospital psiquiátrico, Douglas Narcors, ha dicho que las muertes de estos pacientes podían no haber estado relacionadas con el tratamiento dispensado por Muñoz.

El supuesto médico cubano, que ha sido suspendido de sus funciones desde el lunes, dejó de atender directamente a los pacientes el pasado octubre después de una protesta masiva de los enfermos contra Muñoz y sus cuidados médicos. - EFE.

A B C, 2 / III / 72.

Mary yo hemos escrito un libro sobre el asunto, que se rá publicado en 1.971. Consiste en el relato que hace ella misma de sus sensaciones y su experiencia conmigo, y de mi propio relato de mis sensaciones y mi experiencia con ella. Digo mi propia experiencia, porque eso fué, tan profundamente para mí como para ella.

JUSTICIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Los delirios no de una paranoia propiamente dicha, sino de una psicopatía de desarrollo paranoico, hacen imposible al sujeto en todos sus actos o sólo en los que no tienen conexión con el objeto de aquellos? A esa cuestión y a la concurrencia de la alevosía y premeditación en un caso concreto de asesinato responde la sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo.

Antecedentes de hecho. - El 29 de diciembre de 1968, Silvestre Soro Alacid, vecino de Lorquí (Murcia), dió muerte de dos tiros de escopeta a Joaquín M.V. La sentencia de la Audiencia de Murcia describe a aquél como "enfermo mental, que sufre una psicopatía diagnosticada de desarrollo paranoico con delirio sistemático de celos", desde más de un año antes de aquella fecha, lo cual no le "impide distinguir el bien y el mal, ni la licitud o ilicitud de sus acciones, siendo capaz de inhibir o desencadenar sus impulsos, ni desintegra su personalidad, pero supone una desviación morbosa de su psiquismo, que transforma en verdad la representación de un delito o hipertrofia y agranda los hechos reales que se asientan en su mente, dolencia mental irreversible y de gran potencial delictivo y que no se estima que suma al sujeto en estado totalmente inimputable, sino con imputabilidad disminuida". A fines de 1.967, Silvestre había comenzado a sospechar de la fidelidad de su esposa por su confianza "excesiva con su convecino Joaquín M.V.", casado con una primera hermana de aquella; arreciaron estas sospechas el 27 de diciembre de 1.968, y dos días después, la esposa acabó por confesar a su marido cierta acción cometida, por lo que le pidió perdón, declarándose arrepentida. Silvestre, a la mañana siguiente, manifestó que la perdonaba, y nada más levantarse de la cama, salió en seguida en motocicleta armado con una escopeta de dos cañones. Iba "agitado su espíritu", con deseos y fines de buscar a Joaquín, hacerle confesar

su trato íntimo con su esposa y llevarle a la Guardia Civil, más a la vez dispuesto a todo lo que pudiera pasar en el supuesto de que le hiciera frente. Cuando le localizó, después de deambular por aquellos parajes fingiendo cazar, le llamó; Joaquín se acercó, llevando en las manos unas tijeras de podar y un serrucho, con los que trabajaba, y al inquirirle de forma violenta, sobre lo que hacía o tenía con su mujer, lo negó reiteradamente, llegando a arrodillarse suplicante, y cuando seguidamente intentó atravesar una zanja para acercarse a su interlocutor, éste retrocedió un paso y descolgándose la escopeta que llevaba en bandolera, "de forma rapidísima e imprevista", encontrándose aproximadamente a unos 1,80 metros de Joaquín, sin apoyarse la culata del arma en el hombro, sino manteniéndola a la altura" disparó dos tiros que alcanzaron a Joaquín, causándole dos heridas mortales de necesidad, de las que falleció casi inmediatamente. Acto seguido se presentó a la Guardia Civil de Lorquí.

La Audiencia de Murcia, calificó estos hechos como constitutivos de un delito de asesinato definido por la alevosía, del artículo 406 número 1º del Código Penal, con la agravante de premeditación 6º del artículo 10º y las atenuantes 1ª - enajenación mental incompleta - y 9ª -arrepentimiento espontáneo - del artículo 9º, y en su virtud condenó a Silvestre Soro Alacid a la pena de diecisiete años de reclusión menor e indemnización de 500.000 pesetas a los herederos de la víctima.

Cuestiones debatidas: Esta sentencia fué objeto de un doble recurso de casación ante el Tribunal Supremo. El ministerio fiscal y el defensor del procesado, en sus respectivos recursos, coincidieron en negar la existencia de la alevosía como cualificativa del asesinato - el primero califica los hechos como homicidio del artículo 407 - y de la premeditación como agravante. El defensor, además, alegó en su recurso que se había vulnerado por no aplicación el artículo 8º número 1º - exigente de enajenación mental completa - : el paranoico conser-

va su capacidad de distinguir entre el bien y el mal solo en aquello que no tiene conexión con su delirio, pero no en los actos relacionados con él; en este caso, con los celos.

Doctrina: La resolución de la Sala Segunda del Tribunal Supremo acepta una de las tesis propuestas por ambos recursos y rechaza las otras dos, en los siguientes términos esenciales: De los hechos se desprende la característica especial de la alevosía constituida por la ausencia de riesgo derivada de la procurada o aprovechada indefensión de la víctima, por radicar la razón de ser de dicha circunstancia agravante en el prevalimiento de tal indefensión por parte del sujeto pasivo, el cual "ausente de la finalidad y causas del encuentro provocado por el procesado y por lo tanto ajeno a que podía ser objeto de una agresión" que no podía esperar por la rapidísima e imprevista reacción del agresor "no se hallaba en condiciones de repelerla o evitarla, sino indefenso, puesto que no era más que un seguro blanco ofrecido al árbitro - de su interlocutor, que se aprovechó de la situación por él mismo creada, inexistente todo riesgo para su persona".

No hay, en cambio, premeditación, circunstancia que - "se advierte en la conducta delictiva precedida de una reflexión y análisis conducentes a una resolución operada o producida con cierta antelación al hecho propiamente sumarial, mantenida sin solución de continuidad significada por una ulterior decisión de signo contrario durante el tiempo que media entre la resolución o determinación y la ejecución del delito". Estas características no se desprenden de la frase del hecho probado "agitado su espíritu, con deseos y fines de - buscar a Joaquín, hacerle confesar y llevarle a la Guardia Civil, más a la vez dispuesto a todo lo que pudiera pasar en el supuesto de que le hiciera frente"; primero, porque el procesado no resolvió matar, sino hacer confesar su acción - para llevarle a la Guardia Civil al que luego fué su víctima; segundo, porque, acudiendo al tratamiento científico y jurís-

prudencial de la premeditación condicionada, el reo sólo tuvo un propósito defensivo - "en el supuesto de que su pariente le hiciera frente" - y su decisión estaba supeditada a la realización de algo que tenía derecho a exigir o a impedir por sí mismo, con un propósito de no delinquir, aunque condicionadamente; tercero, porque es difícil compaginar la premeditación con la enajenación mental incompleta, apreciada por la Audiencia.

Enajenación que, contra lo que sostiene el recurso de la defensa, no es total, incluso en los actos relacionados con el delirio de celos del procesado. Es un hecho probado - que las facultades y posibilidades de actuación existen en el procesado de forma absoluta, sin ninguna exclusión, y la doctrina científica médica suele entender que no tratándose de una paranoia propiamente dicha, sino, como en este caso, de una psicopatía de desarrollo paranoico, no existe una total imputabilidad.

Resolución final - En virtud de las anteriores consideraciones, el Tribunal Supremo califica los hechos como asesinato, cualificado por la alevosía, sin agravantes genéricas y con las atenuantes apreciadas por la Audiencia, y condena al procesado Silvestre Soro Alacid a la pena de nueve años de prisión mayor.

LA TRANSFORMACION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

El rol del psicólogo

Por E. Costaguta y otros.

(Publicado en la Revista Argentina de Psicología)

Este trabajo surge de la experiencia que hemos tenido a lo largo de un año en el Centro Piloto del Hospital Nacional "José A. Esteves". Al introducirnos como psicólogos en esta Comunidad Terapéutica nos encontramos con que la tarea requería una amplia participación activa, que se contradecía con la función que teníamos en otros Servicios donde el rol está delimitado por una serie de restricciones.

El psicólogo habitualmente realiza tareas de psicodiagnósticos y orientación psicológica dentro de encuadres apoyados en supuestos teóricos aprendidos y en un límite dado por el consultorio mismo.

En la Comunidad nos encontramos con una pérdida de la especificidad de tareas que implica concomitantemente una pérdida de nuestro rol tradicional. El consultorio se extiende a la toda la Comunidad y dentro de ella, la atención del paciente es continua.

Estos hechos nos crearon en un comienzo un período de --confusión: perdíamos el manejo de la situación, nuestros esquemas no se adaptaban a la Comunidad, sentíamos que no teníamos --pacientes propios.

Quizás nuestro primer gran impacto fueron las Asambleas donde el paciente hace su presentación en Comunidad, y se lo --

confronta desde el comienzo con la realidad y su problemática vital. Cuando el paciente no lo hacía se nos podía completar su historia en público.

Aquí nuestra paralización era total, entrábamos en conflicto con reglas de encuadre tradicionales y con lo que llamamos "secreto profesional"; por ello, el porcentaje de participación de psicólogos en Asambleas fué mínimo en un comienzo y sólo se hacía bajo un requerimiento directo. Junto con nuestra confusión la Comunidad también estaba en formación, por lo tanto se nos pedía que contribuyéramos a esta formación creando tareas cuyos fines no teníamos claros.

Todo esto fué vivido como exigencias del resto del personal hacia nosotros, y nos sentimos obligados a cohesionarnos más como grupo y reunirnos, incluso fuera del Hospital, para pensar y analizar qué era la Comunidad y cuál era nuestro rol dentro de ella.

Fués así como comprendimos que la Comunidad nos obligaba a enfrentarnos diariamente con problemas prácticos que por tener que resolver con rapidez permanentemente, deben ser considerados como urgentes.

Dentro de la Comunidad Terapéutica los tratamientos son de carácter intensivo y breves, por lo tanto se debe operar desde el ingreso mismo del campo antes de operar.

En Comunidad Terapéutica operar y evaluar son dos pasos que se dan simultáneamente, y a veces incluso la tarea reflexiva se realiza con posterioridad al momento mismo de resolución de conflictos; esto es producto de las características del campo de trabajo.

Al poder aclarar este marco de trabajo, conceptualizamos una división de nuestras tareas, en tareas que funcionan dentro de encuadres delimitados y tareas no encuadradas,

Dentro de las primeras están: Admisión, Diagnóstico, Grupos Terapéuticos, Psicoterapia Familiar, Asambleas de Comunidad.

Admisión

El psicólogo realiza un informe que comprende los aspectos psicodinámicos de la enfermedad actual del paciente, evolución de sus síntomas incluyendo factores desencadenantes.

Se analiza también el tipo de comunicación durante la entrevista, la respuesta a la situación y la respuesta del entrevistador al paciente. Este análisis se efectúa con un encuadre situacional, donde no se incluye la importancia de la historia ni de la perspectiva, sino que ambas son consideradas en función de las conductas que el enfermo produce en ese momento.

Se incluyen todos estos elementos dentro de un enfoque dramático, es decir comprendiendo sus conductas en términos de experiencias únicas, del acontecer vivido en cada sujeto.

El diagnóstico presuntivo se realiza en forma conjunta con el médico y la asistente social del equipo de admisión.

Generalmente, en este momento se toma la decisión acerca de qué tipo de tratamiento va a seguir el paciente, internación, hospital de día, consultorio externo, internación en otro pabellón u otro hospital.

En situación más complejas los pacientes pueden pasar una semana de observación donde el psicólogo completará el diagnóstico y se decidirá el tratamiento más conveniente.

Diagnóstico

Esta tarea es exclusivamente realizada por el psicólogo. Se efectúa durante la semana subsiguiente a la solución del paciente, utilizando el material proyectivo y gráfico que el psicólogo considere conveniente en cada caso.

El diagnóstico comprende aspectos descriptivos que incluyen áreas de conflicto y adaptativas, y aspectos dinámicos que

abarcan estructura de la personalidad, puntos de urgencia, mecanismos de defensa, ansiedades y fantasías.

Dentro del pronóstico y recomendaciones terapéuticas, el psicólogo incluye las posibilidades y complicaciones que pueden darse en la patología del paciente, así como también los mecanismos adaptativos que pueden ser instrumentados a través de la terapia ocupacional.

Determina qué roles posibles pueden ser adjudicados dentro de la Comunidad, y de qué manera es conveniente reforzarlos o bien tratar de que el paciente desarrolle roles complementarios a los suyos habituales, hecho que le abre nuevas posibilidades de acción.

Es conveniente señalar también las posibilidades de modificación de pautas de conducta que se pueden lograr en el paciente y qué beneficios puede obtener de su permanencia en la Comunidad.

Para ello el diagnóstico, debe tener en cuenta los aspectos psicodinámicos del sujeto, pero adecuándolos a la situación particular que vive el enfermo, es decir su dramática.

Observando los roles dentro del Grupo familiar, pueden aconsejarse a través del diagnóstico una terapia familiar, o bien determinar modificaciones posibles, a través de entrevistas operativas con la familia.

Grupos terapéuticos

El grupo terapéutico dentro de una Comunidad posee características propias.

El afuera inmediato del grupo es la Comunidad, por lo tanto los problemas planteados en las Asambleas Comunitarias vuelven a aparecer en los Grupos Terapéuticos, donde se tiende a analizarlos y resolverlos en el aquí y ahora de la sesión.

Hemos elegido para esta tarea sistemas de coterapia formados con una pareja terapéutica (médico y psicólogo) y un observador. Este sistema nos permite compartir, por un lado, la ansiedad que despiertan los grupos con este tipo de pacientes, y por el otro el esfuerzo que significa integrar en el paciente su sintomatología clínica con su historia personal y con los conflictos que salen a la luz en la vida comunitaria.

Dentro de esta técnica los roles de los coterapeutas no presentan características diferenciales.

Psicoterapia familiar

Existe un equipo constituido por médicos y psicólogos que cumplen roles de coordinación y/u observación en psicoterapia familiar.

Este grupo de trabajo, donde el rol del psicólogo no presenta matices que lo diferencian del médico, persigue fines de investigación a través de la psicoterapia de familias de esquizofrénicos.

Asambleas de Comunidad

En las Asambleas se utilizan técnicas de confrontación del paciente con la realidad a través de señalamientos, preguntas, síntesis, aportes de datos que el enfermo no puede llevar.

En este sentido, el psicólogo participa al igual que el resto del equipo terapéutico.

Pasaremos ahora a referirnos a una serie de tareas y actitudes que no se incluyen dentro de encuadres delimitados y que por referirse a situaciones no pintadas exigen una técnica que debe ser recreada permanentemente.

Los psicólogos mantienen contactos informales con todos los pacientes de la Comunidad en múltiples situaciones: tareas recreativas como festejos, juegos, bailes, conversaciones de pa-

sillo o de buffet, compartir almuerzos y meriendas, etc.

Dentro de estas diversas situaciones el psicólogo actúa comprensivamente pretendiendo siempre que su rol sea terapéutico, entendiendo por ello una actitud que sea receptiva de los mensajes de los pacientes y correctora en cuanto a sus conductas desviadas, sin que esto implique para ninguna de las partes una confusión san-enfermo ni una actitud paternalista.

Podemos en este momento, llegar a realizar estas tareas superando en parte los conflictos iniciales, a través de haber asimilado un nuevo enfoque de lo terapéutico e instrumentando una disociación funcional.

Pudimos ir elaborando que la curación no dependía solamente de una serie de interpretaciones dadas dentro de un encuadre fijo, sino de la combinación de esta técnica con otras menos específicas y más espontáneas.

Por lo tanto, el psicólogo debe por un lado operar terapéuticamente sobre la enfermedad y conflictos de los pacientes en las situaciones que llamamos encuadradas, y por el otro estimular el proceso de resocialización del mismo activando sus aspectos sanos, a través de todo contacto cotidiano y toda tarea realizada conjuntamente.

Creemos que este nuevo enfoque terapéutico permite al paciente ir integrando su personalidad sin caer en la disociación mundo interno-mundo externo, que muchas veces se presenta como un obstáculo en otro tipo de terapias. Creemos también, que este enfoque permite al psicólogo superar la disociación cuerpo-mente que aparece como uno de nuestros viejos profesionales más comunes, ya que, en este caso, nos vemos obligados a incluir no solamente el cuerpo del paciente, sino también nuestro propio cuerpo a través de actividades realizadas en común.

Además de las tareas mencionadas el psicólogo participa activamente de toda la tarea - organizativa y resolutoria del Centro Piloto. Elabora y decide conjuntamente con el médico y la asistente social, el plan terapéutico del paciente que incluye: tratamiento a seguir, permisos de salida, externación y tratamientos posteriores.

Todo esto trae aparejada una ampliación sorprendente del campo de tareas, los psicólogos nos sentimos muchas veces con responsabilidades que no se nos asignan por lo general en otros ámbitos institucionales, y que por lo nuevo produjeron en un primer período bastante desconcierto, pero que en un segundo momento percibimos que enriquecen nuestro bagaje teórico con la experiencia cotidiana y nos permiten ofrecer nuevos aportes a la tarea de la Comunidad.

En síntesis: la experiencia de la Comunidad se va renovando, es una unidad en constante movimiento, donde el rol del psicólogo se plasma en función de las nuevas necesidades que vayan surgiendo, recibiendo modificaciones y reestructuraciones. Es un rol en transición que busca la manera adecuada de colaborar para una mejor integración de nuevos elementos en una estructura totalizadora que mantiene como único objetivo: la terapéutica.

PRIMER "SYMPOSIUM" PROFESIONAL DE

PSICOLOGOS

PROPUESTA DE BASE DE DEFINICIÓN DE PSICOLOGO

PSICOLOGO - Es quien, con formación y titulación de nivel superior universitario, está así capacitado oficialmente para entender en la problemática e implicaciones de la conducta humana individual, tanto en los aspectos teóricos y de investigación como en los de difusión de tales conocimientos; y en un orden práctico utiliza técnicas psicológicas en cuanto corresponda, para lograr su mejor inserción o reinserción a la sociedad como ser social, formado y eficiente, actividades que le cabe ejercitar como profesional acreditado tanto en el cuadro público como privado y dentro de su particular especialización.

Salamanca, 13 de abril de 1972

INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES DE MADRID AL SIMPOSIUM

Aprovechando la amable autorización de los organizadores del Simposium, los estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense queremos informarles de los puntos que consideramos importantes y urgentes para mejorar la situación profesional de la psicología en España, y de las gestiones que últimamente hemos realizado al respecto:

- 1 - Necesidad urgente de un colegio de Psicólogos. La creación de este Colegio es previa a la solución de otros problemas también urgentes, como el estatuto profesional y la lucha contra el intrusismo, que habrían de ser resueltos en el seno del colegio.

Respecto a este punto nuestras gestiones han consistido en informarnos de los intentos que se están ya realizando. A este respecto pedimos que se unifiquen los diversos esfuerzos para obtener cuanto antes lo que todos deseamos.

- 2 - Ante la carencia de salidas profesionales, por ignorancia o inercia de los que pudieran crearlas o por otras circunstancias, hemos solicitado la creación de gabinetes psicopedagógicos en todos los centros de enseñanza y de gabinetes de psicología clínica en los centros asistenciales.

A través de los cauces más cercanos a nosotros, Ministerio de Educación y Ciencia, sólo hemos podido tratar del problema de los gabinetes psicopedagógicos. El Director General de Universidades, con quien nos entrevistamos, no prometió nada concreto al respecto, únicamente solicitó que se le hiciera un informe sobre las funciones que podría desempeñar un psicólogo en instituciones dependientes del Ministerio y aseguró que, después de estudiarlo, haría algunas gestiones dentro del Ministerio para informar y ver qué se podría hacer.

- 3 - Hemos solicitado la creación de una facultad de psicología con autonomía en planes de estudio, medios materiales y personal.

En el plan de estudios que hemos preparado y enviado (con tres años básicos y dos de especialidades) se incluye la solicitud de que no se aplique a nuestra carrera la titulación intermedia prevista por la Ley de Educación al final del primer ciclo, y, por tanto, que no se coloquen barreras selectivas especiales entre los tres primeros cursos básicos y los dos de especialidad.

El Rector de la Universidad Complutense ha manifestado por escrito su disposición favorable a apoyar la creación de la Facultad de Psicología. El Director General de Universidades, en la entrevista antes mencionada, puso algunas dificultades, pero afirmó que transmitiría la petición a los organismos competentes.

En cuanto a la titulación intermedia y a la selectividad, la impresión fué que se cumpliría inexorablemente la Ley de Educación.

- 4 - Para procurar la unicidad en la titulación y la mejora de la preparación profesional hemos pedido que la Escuela de Psicología y Psicotecnia deje de funcionar en la forma actual a partir del curso que viene. Para ello hemos presentado un plan de incorporación del personal y de los cursos de la Escuela en la Facultad, de forma que se dedique a impartir cursos de especialidad y práctica para los que han acabado los estudios de licenciatura en la Facultad con el plan actual. Caso de aprobarse el plan autónomo de estudios y el agotarse la vigencia del plan viejo, el curso de especialización pasaría a integrarse en los de licenciatura de ese nuevo plan.

Este es el punto que mejor ha sido aceptado, de momento sólo de palabra, por el Rector de la Universidad, y por el Director General de Universidades.

- 5 - Por último, solicitamos que se establezca control oficial sobre los centros privados que imparten enseñanzas y titulaciones varias en Psicología.

También este punto parece que el Colegio sería el órgano más apto para llevarlo a cabo.

Las peticiones de tipo académico (Facultad de Psicología y transformación de la Escuela) han sido presentadas conjuntamente por profesores y estudiantes de la Sección.

CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA, REUNIDOS EN SALAMANCA CON MOTIVO DE LA XVI REUNION ANUAL ORGANIZADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGIA.

Varios grupos de trabajo formados por miembros de la S.E.P., profesionales y estudiantes, aprovechando la XVI Reunión Anual organizada por la S.E.P., han discutido algunos de los problemas que los psicólogos tienen planteados, y consideran que la necesidad de mejorar la situación de nuestra ciencia y profesión en el país obliga a:

- 1 - Una reorganización de la formación del psicólogo con el fin de darle una titulación única, así como una preparación acorde con las necesidades objetivas de nuestra sociedad y
- 2 - La creación de una Organización profesional capaz de solventar, tanto la necesidad de reunirnos como el establecimiento de un estatuto profesional adecuado y capaz de reivindicar los puestos y funciones propias del ejercicio profesional de psicólogo.

Dicho ejercicio profesional se plantea problemáticamente a distintos niveles:

- a) Conflicto entre la función que la sociedad exige de ellos y la función que podría esperarse del psicólogo según sus conocimientos.
- b) Conflicto inmediato y directo entre el psicólogo y los distintos estamentos con los que se relaciona su trabajo.

En función de ello, se establecen las siguientes necesidades:

1. Definir la función del psicólogo desde planteamientos

reales y no según los criterios utilitarios de las instituciones que le contratan.

2. Reconocimiento del "Status" y función del psicólogo - por los órganos competentes del Estado.
3. Realizar un estudio detallado de todos los campos posibles de actuación del psicólogo que garantice:
 - a) Una formación general y específica del futuro profesional.
 - b) La creación de puestos de trabajo que permitan el ejercicio competente de la profesión.

Con respecto al problema de la formación del psicólogo aparece como necesario:

1. La creación de Facultades que proporcionen un título - de Licenciado en Psicología y sean independientes de las de Filosofía y Letras.
2. La elaboración por parte de profesores y alumnos, con la participación de profesionales, de un nuevo plan de estudios de 5 años de duración. Dicho plan daría a los alumnos la posibilidad de elegir su propio "Currículum" incluso cursando asignaturas en otras facultades. Las materias a cursar serían de tipo práctico - teórico.
3. Que no se aplique a los estudios de Psicología la titulación intermedia, prevista por la Ley General de Educación al término de los tres primeros años de carrera
- 4 - Que se unifique el tipo de centros encargados de la formación del psicólogo, y, por tanto, que se supriman las escuelas de Psicología en la forma que tienen actualmente, con la posibilidad de que se conviertan en centros de especialización para postgraduados en Psicología.

5. La creación de una titulación única de Licenciado al - cabo de los 5 años de estudio que habilite para el - ejercicio de la profesión.

Este documento va dirigido a los profesionales y estudiantes de Psicología y lo elevamos, al mismo tiempo, a la S.E.P. para que:

- a) Realice las cuestiones necesarias y posibles para la creación de un Colegio de Psicólogos capaz de garantizar las reuniones y organización precisas para resolver estos problemas:
- b) Así como que facilite las instalaciones y material necesario para estudiar ampliamente toda la problemática señalada anteriormente.

Pedimos a la S.E.P. que dé una respuesta a estas dos peticiones y nos informe de su viabilidad.

Finalmente, llamamos a los miembros de la S.E.P. profesionales y estudiantes de Psicología para que participen activamente en los grupos de trabajo que tratarán críticamente toda esta problemática.

Ilmo. Sr:

Los Profesores y Alumnos de la Sección de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de esta Universidad Complutense, representados por los que suscriben, elevan a V.I. los siguientes acuerdos en forma de peticiones:

1.- Que a partir del curso 1.972-1.973 los estudios de Psicología se organicen en forma de Facultad de Psicología independiente, dentro de la Universidad Complutense.

2.- Estos estudios se ajustarán al plan que figura en el anejo y que ha sido elaborado por una comisión de Profesores y de Alumnos elegidos entre sus compañeros a este fin.

3.- La Facultad de Psicología se instalará en los edificios ya concedidos en el campus de Somosaguas, para lo cual se procederá con la mayor brevedad a efectuar las obras de acomodación necesarias.

4.- Para el funcionamiento de la Facultad de Psicología pueda garantizarse a un nivel académico y científico decoroso, resulta imprescindible su dotación de medios pertinentes entre los que destacan los siguientes:

- a. Personal docente, administrativo y subalterno.
- b. Material científico y pedagógico.
- c. Libros y revistas.
- d. Mobiliario y locales.

Las necesidades concretas referentes a estos puntos han sido reiteradamente expuestas y figuran en líneas generales en el documento que como anteproyecto de las condiciones para el traslado se elevó a las autoridades académicas, aunque una puesta al día del mismo documento, de acuerdo con el nuevo plan de Estudios y con las necesidades que crea la desmembración de la nueva Facultad, será elevada en breve a la superioridad.

5.- De acuerdo con esta nueva estructuración de los estudios, es preciso a partir del mismo curso 1.972-73, la Escuela de Psicología y Psicotécnica se reorganice y coordine con la nueva Facultad, como en el anejo 5º se especifica.

Dios guarde a V.I. muchos años.
Madrid, 24 de marzo de 1.972.

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Complutense.

MADRID

(FIRMAS)

PLAN DE ESTUDIOS PARA LOS TRES PRIMEROS CURSOS DE
PSICOLOGIA

- 1º Curso: Psicología General.
Introducción a la Psicometría
Fundamentos biológicos del comportamiento
Teoría de la realidad, del conocimiento y de la comunicación.
Antropología
Teoría y metodología de la Ciencia.
- 2º Curso: Psicometría General
Psicofisiología General
Sociología
Corrientes del pensamiento contemporáneo.
Corrientes del pensamiento psicológico contemporáneo
Psicología evolutiva.
- 3º Curso: Psicología Social
Psicología Diferencial
Psicología de la Personalidad
Psicometría Especial
Psicopatología General
Psicología Experimental (sistemática)

Este primer ciclo comprende todas las dimensiones esenciales de la Psicología, así como sus fundamentos históricos, filosóficos y metodológicos.

Para pasar al segundo ciclo de Licenciatura se requerirá tener aprobadas todas las asignaturas del primer ciclo, aunque - también será posible la matrícula condicional del primer curso - del segundo ciclo con un máximo de tres asignaturas pendientes.

Así también se requerirá aprobar un examen de un idioma a elegir entre el inglés, el alemán y el ruso, y que consistirá en

una traducción directa sin diccionario de textos psicológicos. La nueva Facultad organizará cursos de Idiomas. Este examen podría ser dispensado en el caso de que los alumnos acrediten el dominio del idioma mediante diplomas expedidos por centros de solvencia,

En virtud de la posibilidad de excepciones que ofrece la Ley de Educación, no se considera oportuna la expedición de un diploma en Psicología implica especiales responsabilidades que exigen una preparación larga y profunda no abaricable ni perfectible en los tres años del Primer Ciclo.

LICENCIATURA (x)

Comprende los estudios precisos para la investigación o las aplicaciones en una de las tres especialidades siguientes: Psicología pedagógica, Psicología Industrial y Psicología clínica.

Primer curso: Asignaturas obligatorias:

- Psicología Experimental (laboratorio)
- Psicología del Aprendizaje
- Afectividad y motivación
- Tests psicométricos
- Tests proyectivos
- Entrevista y consejo psicológico

(x) Todas las asignaturas serán de dos horas semanales.

Primer curso: Asignaturas optativas (a elegir cuatro de ellas)

- Psicoanálisis
- Psicolinguística
- Procesos cognoscitivos superiores
- Psicología del Arte
- Psicofisiología especial
- Modelos psicomatemáticos
- Psicología clínica
- Psicología industrial

Psicología pedagógica.

Segundo curso: nueve asignaturas a elegir entre las siguientes que se irán organizando según las posibilidades

Dinámica de grupos
Tendencias actuales de la psicología
Ética y deontología
Selección profesional
Estudio y valoración del trabajo
Organización de empresas y dirección del personal
Fisiología, higiene y psicopatología del trabajo
Ingeniería psicológica
Psicología comercial
Psicosociología industrial
Psicodiagnóstico escolar
Orientación profesional
Orientación escolar
Psicodidáctica y enseñanza programada
Psicopedagogía diferencial
Psicofarmacología.
Psicopatología infantil y juvenil
Psicopatología y psicopedagogía del lenguaje
Psicodiagnóstico clínico.
Psicología dinámica de la personalidad
Teorías y métodos psicoterapéuticos
Análisis y modificación de la conducta
Psicopatología especial.

En el Doctorado se desarrollarán los aspectos fundamentales científicos y experimentales de la investigación psicológica, sin excluir no obstante la profundización profesional a lo largo de las líneas de aplicación perfiladas en la Licenciatura. La Facultad se reserva el derecho de modificar este plan de estudios en la medida en que la experiencia docente lo aconseje.

Anexo 4

Referente a la provisión de puestos docentes en la nueva Facultad de Psicología conviene advertir, aparte de la necesidad de nuevas dotaciones ya especificadas en el documento antes citado y elevado reiteradamente a la Superioridad, la conveniencia de buscar una fórmula viable para integrar en la nueva Facultad de Psicología a los Profesores Numerarios (Catedráticos y Agregados) pertenecientes a la Facultad de Filosofía y Letras (Secciones de Filosofía, Comunes y Pedagogía - respectivamente), más que al constituirse la Sección de Psicología en Facultad independiente hayan de quedar adscritos a la misma en iguales condiciones (como Numerarios) que las que actualmente existen en su pertenencia a la Facultad de Filosofía y Letras, con la consiguiente y oportuna transformación de su titulación, de acuerdo con el nuevo plan de estudios.

5º - De acuerdo con la nueva estructuración de los estudios de Psicología, para evitar conflictos de titulación y profesionales y para contribuir a la mejor formación teórica y práctica de los psicólogos, es preciso que, a partir del curso 1972-73 la Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad Complutense de Madrid se reorganice y coordine con la nueva sección o Facultad de Psicología. Esta reorganización se ajustará a los siguientes criterios:

- 5.1. A partir del curso 1972-73, la actual Escuela de Psicología y Psicotecnia se denominará Instituto Superior de Psicología Aplicada (I.S.P.A.) de la Universidad Complutense de Madrid, y se instalará en la nueva Sección o Facultad de Psicología.
- 5.2. El ISPA conservará el personal directivo, académico, administrativo y subalterno de la actual Escuela, así como su organización general en tres secciones: Psicología Industrial, Psicología Pedagógica y Psicología Clínica.

- 5.3. El ISPA conservará como mínimo el actual presupuesto de la Escuela, extendiéndose cuanto antes a su profesorado y personal las condiciones generales del profesorado y personal de las Facultades Universitarias.
- 5.4. El ISPA tendrá como fin principal: 1) Proporcionar a los Licenciados en Psicología la formación práctica y profesional que no ha podido adquirir en el actual Plan de Estudios de la Sección de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras y ello mientras subsista el mencionado Plan de Estudios. 2) Colaborar con la nueva Facultad de Psicología en los estudios del ciclo de Licenciatura y Doctorado, una vez que se inicien tales ciclos de acuerdo con el nuevo Plan de Estudios y la nueva Ley de Educación.
- 5.5. Durante el período transitorio, en tanto concluye sus estudios la primera promoción de Licenciados según el nuevo Plan de Estudios de la nueva Facultad de Psicología, el ISPA tendrá el siguiente Plan de Estudios:

Sección de PSICOLOGIA INDUSTRIAL:

1. Psicología Industrial
2. Organización de Empresas
3. Dirección de Personal
4. Selección Profesional
5. Análisis y Valoración del Trabajo
6. Psicopatología del Trabajo
7. Higiene y Seguridad del Trabajo
8. Investigación de Mercados

Sección de PSICOLOGIA PEDAGOGICA:

1. Psicología Pedagógica.
2. Orientación Escolar
3. Orientación Profesional
4. Diagnóstico Escolar
5. Psicopatología infantil y juvenil
6. Psicopedagogía del lenguaje.
7. Psicopedagogía de deficientes
8. Psicopatología del lenguaje (opcional)

Sección de PSICOLOGIA CLINICA:

1. Psicología clínica
2. Psicopatología
3. Psicología Dinámica
4. Psicodiagnóstico
5. Psicopatología infantil y juvenil
6. Psicopatología del lenguaje
7. Psicopedagogía de deficientes
8. Psicopedagogía del lenguaje (opcional)

Cada sección de ISPA organizará las prácticas oportunas de cada asignatura en los centros y empresas adecuados, según viene haciendo la actual Escuela.

- 5.6. Durante el mencionado período transitorio, el ISPA otorgará al final de los estudios y prácticas y previa la comprobación oportuna del rendimiento y competencia del alumno, un "Certificado de Psicología Aplicada" (Sección de Psicología Industrial o Pedagógica o Clínica) del Instituto Superior de Psicología Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid".
- 5.7. Durante dicho período transitorio solo podrán matricularse en el ISPA los Licenciados en Psicología: Excepcionalmente se admitirán en la Sección de Psicología Clínica a los Licenciados en Medicina que hayan aprobado o convalidado previamente en la Sección o Facultad de Psicología, las asignaturas siguientes: Psicología General, Psicología social, Psicología Matemática I, Psicología Matemática II, Psicología, Antropología, Psicología Diferencial, Psicología Evolutiva, Historia de la Psicología, Psicología de la Personalidad, Psicología del Aprendizaje y Psicología Experimental. Igualmente, se admitirán en la Sección de Psicología Pedagógica a los Licenciados en Pedagogía que hayan aprobado o convalidado previamente en la Sección o Facultad de Psicología las asignaturas siguientes: Psicología So

Cial, Psicofisiología, Psicología Matemática II, Sociología Antropología, Psicología Diferencial, Historia de la Psicología, Psicología de la Personalidad, Psicología del Aprendizaje, Psicodiagnóstico y Psicología Experimental.

- 5.8. Una vez extinguido el actual Plan de Estudios de la Sección de Psicología, el complemento práctico que el ISPA habrá venido dando a los Licenciados en Psicología no será ya necesario, los cursos de especialización aplicada habrán sido ya incorporados a la Licenciatura, el ISPA dejará de ofrecer cursos y titulaciones propios, se limitará a colaborar con la Facultad en los estudios de Licenciatura y Doctorado y no habrá más titulación oficial en Psicología que la normal de Licenciado y Doctor en Psicología.

- - - - -

ALGUNOS DATOS INTERESANTES

-- En España, el anterior secretario del P.A.N.A.P., Dr. Fernández Turégano, en un plan de reorganización de los dispensarios, entendía que éstos deben estar dotados: de un psiquiatra, un psiquiatra ayudante, un psicólogo, un sociólogo, dos enfermeras psiquiátricas, dos asistentes sociales y el personal administrativo necesario. Su función, según este proyecto consistiría en el diagnóstico precoz, la asistencia posthospitalaria, la prevención de recaídas y, de otro lado, en el estudio epidemiológico de la psicosis y en la profilaxis familiar, escolar y médico social en general.

-- En el Departamento del Sena, para 6.000/000 de habitantes funcionan ya en la actualidad 35 dispensarios, en los que desempeñan sus actividades 120 psiquiatras; 55 de ellos médicos, del cuadro de hospitales psiquiátricos, jefes de servicio o asistentes. Cuentan con la colaboración de 80 asistentes sociales, 35 secretarías con dedicación completa y utilizan los servicios de 23 psicólogos.

-- Todo intento curativo por vía somática o a través de una técnica psicoterápica concreta resulta estéril o ineficaz si la personalidad total del enfermo se desenvuelve en un ambiente material y humano destructivo que, en lugar de fomentar la parte sana del hombre ingresado en el establecimiento, contribuye como medio de cultivo a estimular lo patológico a través de la masificación deshumanizada de los pacientes.

-- Organizaciones posasistenciales relacionadas con el hospital psiquiátrico: Hospital de noche, hospital de día, talleres protegidos, club de pacientes, asistencia heterofamiliar, hogares de enfermos y asistencia postcura en el propio hogar.

- Según el Comité de expertos de la O.M.S. las funciones de los centros de higiene mental serían las siguientes: Mantener la relación con los médicos generales, los servicios de asistencia médica general y los de asistencia médica general y los de asistencia social. Organizar servicios para tratamientos ambulatorios cortos, para hospitalización de día y centros de hospitalización breve para niños y adultos. Establecer servicios de rehabilitación. Facilitar los servicios consultivos que necesite la colectividad o cualquiera institución interesada.
- Para Castilla del Pino, el equipo dispensarial de los Dispensarios de Higiene Mental como centros de A.P.E., debe estar constituido por un psiquiatra director, un psiquiatra ayudante, un psicólogo y de tres a nueve asistentes sociales y enfermeras psiquiátricas. La misión del psicólogo es de sobra conocida, pero creemos que entre nosotros no es posible limitarlo a la mera indagación psicológica, sino que debe propugnarse su contribución a la terapéutica psicológica. Como señala Christie, no puede delegarse las funciones de psicólogo a un profesional concebido en los términos de psicólogo experimental y que ignora los problemas de "transfert" y sus repercusiones en los resultados de un "test".
- Para el Dr. Joaquín Santo-Domingo, en la sección de Psicología Clínica del centro Psiquiátrico primario, debería haber dos psicólogos clínicos formados exclusivamente médicos con labores precisas de diagnóstico y nunca de psicoterapia.
- Para la O.M.S. "es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". El concepto de salud para el hombre se puede comprender como un permanente equilibrio dinámico con el ambiente en su triple dimensión física, psíquica y socioeconómica.

- Para Talcott Parson, el enfermo es un caso particular de conducta social desviada en cuatro características, dos derechos y dos obligaciones: 1º) No se culpa al enfermo por su estado. 2º) Se le libera de las obligaciones de su rol mientras dura la enfermedad. 3º) Debe hacer un esfuerzo adecuado para volver a la normalidad. 4º) Debe recurrir a la asistencia técnica capacitada. El médico asume el papel de legitimador del rol de enfermo.

(Recogido de "LA ASISTENCIA DEL ENFERMO MENTAL", Publicación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Madrid, Abril de 1.969)

LA EXPERIENCIA ROBALLOS

Notas para la historia de una comunidad terapéutica.

El presente trabajo aporta datos sobre la experiencia realizada por un equipo interdisciplinario en el Hospital Dr. Antonio L. Roballos de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos (Argentina). En éste se llevaron a la práctica conceptos de comunidad terapéutica, poniéndose énfasis en la expansión de roles profesionales, a través del trabajo en equipo. Su autor es Arturo Sala, estudiante de Antropología y ex-jefe del Gabinete de Etno-psiquiatría del Hospital Roballos.

I - INTRODUCCION

En los últimos tiempos el esquema conceptual frente al enfermo mental comenzó a cambiar haciéndose mucho más empírico. Dejó de considerársele como una abstracción para llegar hacia él viéndolo como una realidad concreta. Como un individuo que desarrolla un proceso patológico dentro de un específico contexto socio-cultural, por lo cual no debía de ser ni estigmatizado ni segregado. De esta manera la psiquiatría sintió el reclamo histórico que la llevó a integrarse con otras disciplinas variando su actitud tradicional al fusionarse con las ciencias del hombre.

Surgen así nuevas formas de terapia: las sociales, que actualizan tratamientos tan antiguos como el hombre -

mismo. Cuando en los tiempos primitivos de la humanidad un integrante del cuerpo social enfermaba, eran responsables de su curación, no sólo el Shaman sino la comunidad toda a la cual el enfermo pertenecía. Técnicas éstas que aún constituyen la base de no pocas terapias folklóricas.

Poco después de la Revolución Francesa, los conceptos de libertad, fraternidad e igualdad son llevados por Felipe Pinel al Hospicio de la Bicêtre rompiendo con las cadenas de los enfermos mentales y preocupándose por imponer lo que él llamó el tratamiento moral de los enfermos, donde lo fundamental consistía en la libertad y dignificación de los mismos. Tarea esta asumida en nuestros días por la joven psiquiatría social.

De todas las disciplinas que se ocupan de la salud las que se encargan de la mental y de sus trastornos específicos son las que requieren un mayor diálogo con las ciencias sociales en su conjunto. Es en la necesidad de este diálogo en que halla su fundamento operativo la existencia de equipos interdisciplinarios de investigación y de tratamiento. Interdisciplina implica aquí la integración armónica de varias disciplinas que crean para alcanzar un objetivo común, técnicas y filosofías comunes. Es decir, un mismo ECRU (ESQUEMA CONCEPTUAL REFERENCIAL Y OPERATIVO) para así poder llegar a actuar sobre las enfermedades mentales a través de una acción concreta a la vez que totalizadora.

Las instituciones psiquiátricas que han tendido a superar en la acción hospitalaria las profundas fracturas que existen entre el nivel y adelanto de la reflexión teórica y el atraso bochornoso del quehacer práctico han podido demostrar la efectividad de los conceptos socioterapéuticos. Manifestado esto en la cantidad cada vez mayor de pacientes dados de alta y en el menor tiempo de internación. Muchos pacientes pueden hoy ser atendidos a través del sistema del hospital de día, siendo así mantenidos en el seno de su grupo familiar y comunitario.

El concepto de hospital abierto y roganizado como comunidad es una realidad que, cada día, se constituye con más fuerza. Aunque aún queden muchas instituciones donde, arcaico conceptos puramente organicistas encuentran su aplicación en abyectas organizaciones hospitalarias, donde lo realmente alienado es la institución y no el paciente. Puesto que el "loco" lo es, en tanto "yo" espero que se comporte "locamente". Los hospitales en los cuales su cultura - no propiamente terapéutica - espera que un maniaco se condecora, hará de éste un condecorado.

La creencia de que los hospitales abiertos contribuye a una mayor agresión, está desapareciendo a medida que se conocen las determinaciones culturales de dicha agresión. Donde un paciente sea golpeado o denigrado de cualquier forma - no se puede esperar que éste en su oportunidad no agrede o mate. Son las reglas del juego.

SEVILLA, 22. (EUROPA PRESS). Antonio Manzano Beato, supuesto autor del asesinato de la niña de dos años María Isabel Segura - Sanchez en la noche del 28 de marzo, ha sido puesto a disposición del Juzgado número 10 de Sevilla, que entiende del caso.

Manzano Beato tiene treinta y ocho años es soltero y padece profundas perturbaciones psíquicas, que los médicos, han calificado como de extrema peligrosidad. Estas perturbaciones suelen traducirse en psicopatía alcohólica y manías sexuales. En dos ocasiones estuvo internado en el Sanatorio Psiquiátrico de Miraflores y tenía algunos antecedentes penales por robos y escándalo público. A causa de esto último, la Secretaría Municipal de Vivienda y Refugio, le ha

bía desalojado de la casa que ocupaba en la barriada de La Paz y trasladado a las llamadas Casitas Bajas del polígono de San Pablo.

Antonio Manzano vivía con un hermano mayor, también soltero. La madre de ambos, que habitó con sus hijos primeramente en un refugio provisional del lugar conocido como Charco Redondo, y después en la casita del barrio de La Paz de donde Antonio fué desalojado, ingresó más tarde en un asilo de ancianos.

"INFORMACIONES", 22-IV-72

El presente trabajo no pretende ser más que un aporte al conocimiento de las actividades desarrolladas en el HOSPITAL ROBALLOS EN el período 1967/68 por un equipo interdisciplinario que hizo posible tal experiencia con su esfuerzo y desinterés. Aquí no se agotará el tema, siendo posible que sigan otros trabajos. Estas notas reflejan exclusivamente la posición de uno de los participantes en dicha experiencia, la del autor.

II - ANTECEDENTES HISTORICOS

La Historia del Hospital Roballos es un reflejo de la historia de la psiquiatría institucional argentina. A comienzos de este siglo los enfermos se alojaban en las dependencias policiales por carecerse de lugar donde ubicarlos. Algunos eran conducidos por la policía al antiguo Hospicio de las Mercedes en Buenos Aires.

Poco después, los enfermos empiezan a ser alojados en el viejo Hospital de Caridad, hoy Pasteur. Se trataba de un refugio de tuberculosos y leprosos al que se les sumó el de alienados. La extrema precariedad de medios para la atención del

enfermo mental llevó a que en 1927 el doctor Francisco Medus crease el Refugio de Alienados, dependiente de los servicios municipales de la ciudad de Paraná; posteriormente se transformaría en el Servicio de Alienación Mental pasando a depender del Departamento de Salubridad Pública. Comenzó a funcionar en un viejo barracón de la calle Carbó en lo que había sido la "licorería de los Gismondi". Es entonces que comenzó a ser llamado el Hospital Dr. Antonio L. Roballos, en memoria del destacado higienista fundador de la Asistencia Pública de Paraná, del Servicio de Sanidad Escolar y de la Escuela de Enfermería. La internación fué en un comienzo mixto para ser luego exclusiva de mujeres.

Varios años después el hospital es trasladado a un edificio algo más amplio ubicado en la calle Diamante al 300. Hasta antes de instalarse el hospital funcionaba aquí uno de los prostíbulos más famosos de la ciudad de Paraná, en cuya boite se inauguró la primera sala de internación, contando aproximadamente con 60 enfermas. El estado de la institución era de gran precariedad, hasta que en 1.963 se inauguró el moderno edificio - donde desarrollamos nuestras tareas - al que son trasladados los pacientes. La gran mayoría psicóticos crónicos y gerontopsiquiátricos, algunos de los cuales contaban con más de cuarenta años de internación.

En 1.967 se resuelve organizar este hospital para lo cual los organismos correspondientes a nivel provincial y nacional comienzan las tratativas y convenios. El 11 de agosto de 1.967 es intervenido. En esta etapa se siguieron los principios recomendados por el Instituto Nacional de la Salud Mental, pasando el hospital a formar parte del programa nacional que dicho Instituto había puesto en marcha.

A los pocos días de llegado el interventor, Dr. Luis César Guedes Arroyo, arribó el que esto escribe - primer integrante del equipo interdisciplinario que comenzaría a formarse -. En esos momentos se había habilitado solamente uno de

los dos pabellones destinados a internación. La población de pacientes llegaba a las noventa internadas; desde el punto de vista socio-institucional el hospital podía caracterizarse como una institución cerrada no integrada e inspirada técnico-administrativamente en ideologías tradicionales.

Tiempo después se integra la residencia con cinco médicos procedentes de Santa Fé y de Rosario y un psicopedagogo de Buenos Aires. El resto del equipo se constituyó sobre los recursos locales: dos psicopedagogos, tres trabajadoras sociales dos psicólogas, una terapeuta ocupacional, una psiquiatra infantil, un bioquímico, un odontólogo, una enfermera universitaria, enfermeras egresadas de la Escuela de Enfermería de Paraná, una estadígrafa, auxiliares de psiquiatría, voluntarios, médicos clínicos, un pastor protestante y un sacerdote católico.

La consigna del equipo era llevar a la práctica conceptos de comunidad terapéutica y hacer énfasis en la expansión de roles profesionales a través del trabajo en equipo. Ocuparse del tratamiento de la familia del paciente e investigar los aspectos socio-antropológicos que tuviesen que ver con esta problemática. En lo extra-hospitalario se trataba de reorganizar la red de servicios asistenciales en salud mental de la provincia al tiempo que desarrollar y mantener contactos amplios e intensos con la comunidad, con el objeto de sensibilizarla en lo concerniente a la salud mental de la población.

El hospital fué abierto en su totalidad, inaugurándose en septiembre de 1.967, el servicio de hombres con una capaci-

dad de treinta camas y el de mujeres tenía una capacidad de cincuenta en cada sala. A partir de aquí la interacción de los pacientes fué heterosexual.

III - EMPLEO DEL EDIFICIO DURANTE LA EXPERIENCIA

A nuestra llegada tenía muy poco movimiento y no se aprovechaban los recursos que la edificación ofrecía. El hospital cuenta con cuatro cuerpos intercomunicados por galería externas formando una figura cuadrangular, el pabellón frontal estaba dedicado a la administración, recepción y consultorios externos. Funcionaban aquí los gabinetes de Servicio Social, Psicopedagogía, Psicología, Etnopsiquiatría y los Consultorios de Psiquiatría Infantil y de Psiquiatría General, de Odontología, Laboratorio, Farmacia y Biblioteca. Un amplio salón de actos era empleado para las reuniones de equipo y docencia. En un extremo del sector que nos ocupa se instaló un bar al que concurrían los pacientes con sus familias, un amplio corredor de grandes ventanales - abiertos hacia los campos de golf - permitía el ágil desenvolvimiento de actividades. Estaba decorado con cuadros y plantas de interior. Un equipo de música - funcional instalado en todo el hospital, además de cumplir con sus funciones específicas, hacía las veces de intercomunicador entre los diversos servicios. En su subsuelo funcionaban los talleres de terapia industrial.

El pabellón anterior se encuentra vinculado con el cuerpo lateral izquierdo por una galería que conduce a su subsuelo. Este es un espacioso ambiente con abundante entrada de luz natural y aquí se instalaron los talleres de terapia ocupacional. En la planta baja se encontraba internación de hombres, las salas con pequeños cuartos de capacidad para dos o tres pacientes. En la planta superior se hallaba nuestra residencia, no pudiendo habilitarse aquí las salas de internación por estar deteriorados los techos.

Una galería de treinta metros, aproximadamente, comunica

el pabellón anterior con el lateral derecha, destinado a la internación de mujeres y no difiere del otro.

Finalmente un cuerpo al fondo cierra la figura. En este se encontraba el lavadero, ropería, cocina y un amplio comedor con mesas dispuestas en forma de servir cada una a un pequeño grupo. El comedor era compartido con los integrantes del equipo. Los pacientes recibían su comida en bandejas individuales - en un amplio mostrador - dirigiéndose así al comedor, se sentaban donde querían y de tal forma se constituían grupos informales de interacción heterosexual. Este sistema permitió obtener a través de la observación de la sociodinámica del almuerzo importantes datos: interacción masculino-femenino, "agudo", "crónico", etc. Estos pabellones están rodeados por amplios jardines cubiertos de césped. En los terrenos se preparó una quineta y se construyó un campo de deportes.

IV - LA CREACION DE UNA "CULTURA TERAPEUTICA" EN UN HOSPITAL ORGANIZADO COMUNITARIAMENTE. NOTAS METODOLOGICAS.

Un hospital por el sólo hecho de existir no representa una comunidad ni mucho menos. Constituye un agregado de individuos internados para obtener un específico resultado sanitario; esto determinará su egreso por parte del grupo técnico-administrativo, el cual tiene por objeto la resolución de los problemas médicos a nivel individual y el mantenimiento de los recursos en existencia a nivel institucional. Aquí reunión no implica unión y si un amplio nivel de abstracción. Abstracción que - justamente - se trata de eliminar para hacer de la institución una unidad concreta donde la ambigüedad de las operaciones sea reducida al mínimo y donde se descuentifiquen las relaciones interpersonales para cualificarlas. Es decir, donde no se hable de un hombre refiriéndolo al número de su cama sino - donde se lo llama por su nombre y apellido, tomándolo no en abstracto como a un enfermo sino como a "este hombre" concreto que tiene una específica enfermedad. Lo característico de las ins-

tituciones hospitalarias alienadas es el grado de abstracción - institucional y la existencia de relaciones interpersonales - cuantificadas en las que lo individual y cualitativo se pierde por la reificación de la organización.

Entendemos por comunidad a aquella unidad social cuyos miembros participan de elementos comunes, situada en un espacio geográfico determinado donde la interacción es más intensa y homogénea que en otros contextos. Para que ésta funcione lo más armónicamente posible es preciso que priven los sentimientos de cooperación y de pertenencia. El concepto de organización de la comunidad lo referimos al conjunto de etapas que deben ser cubiertas para alcanzar una meta preestablecida.

Organización del hospital como comunidad implica el cumplimiento de las etapas precisas para estructurar los aspectos sociales, culturales, técnicos e institucionales actuantes en él, creando así una "cultura" que sea terapéutica, que se dirija especialmente a las partes sanas del paciente, ejerciendo - influencias para reducir los trastornos de conducta permitiendo el lúcido establecimiento de relaciones humanas, satisfaciendo las necesidades emocionales, reduciendo los niveles de conflicto, fortaleciendo las funciones afectadas del yo y facilitando una acción terapéutica que tenga integralidad de contenidos.

El concepto de cultura terapéutica lo empleamos para designar al conjunto estructurado - de puntos de comportamiento y hábitos de acción que le permitan al paciente un actuar - socialmente adecuado con los restantes miembros del grupo hospitalario.

Dentro de una cultura terapéutica existen pares de acción inseparables. Por un lado, la propia dinámica del paciente y las condiciones impuestas por el sistema socio-cultural

del hospital, cuyo funcionamiento integral afecta al comportamiento de todos los miembros que lo componen, y por otro la presencia de un equipo interdisciplinario al que le corresponde desarrollar e instrumental el potencial terapéutico que porta la población de pacientes actuando como grupo integrado

La conducta terapéutica tradicional consistía en el actuar dentro de la psicopatología individual, donde se marcaba la divalencia terapeuta sano, paciente enfermo y donde la estructura social de la institución al estar alienada sólo lograba potenciar "lo enfermo" del paciente y no desarrollar las partes sanas de su personalidad. Lo que hoy se pretende es implementar todos los recursos institucionales y socio-culturales en una actividad socioterapéutica, en la que nadie quede excluido - ni personal ni pacientes - de su responsabilidad en la recuperación del otro. Donde los pacientes sean alentados a enfrentar sus conflictos, devaluando el yo en su organización e identidad. Para esto es preciso que el equipo asuma una relación realmente democrática llegando hasta los pacientes para tratar de estimular y desarrollar socialmente "esas partes sanas" permitiendo así que la cultura terapéutica sea realmente "lúcida" tanto para el paciente como para el terapeuta.

El paciente al ingresar debe aprender tan rápido y eficazmente como pueda el conjunto de pautas y hábitos que constituyen la cultura del grupo hospitalario. Es aquí donde se presenta un problema fundamental. El referido a la procedencia de pacientes pertenecientes a grupos culturales muy diversos.

Es, ante esta situación, que encuentra la investigación y el actuar etnopsiquiátrico su fundamental importancia, ya que se debe crear una cultura terapéutica en la que los pacientes puedan comunicarse realmente en profundidad interactuando dinámicamente para su recuperación. Pero los pacientes pueden representar totalidades concretas absolutamente heterologadas unas en relación con las otras.

Entendemos por etnopsiquiatría a aquella actividad interdisciplinaria que tiene por objeto explicitar y tender a superar las contradicciones inherentes a la existencia de grupos culturales diversos - en una sociedad de clases - que participan de tiempos sociales y mentales simultáneamente heterólogos, en los cuales se asientan las oposiciones de las que surgen los distintos niveles de conflicto y alienación.

La etnopsiquiatría pretende apartarle a la psiquiatría social los elementos que le permiten no copiar modelos extranjeros inaplicables a nuestra realidad sino crear aquellos que estén de acuerdo con la estructura social, económica y política de un país como el nuestro. De manera que la psiquiatría sea realmente social al integrarse dentro de una auténtica cultura nacional y popular. Totalizando el proceso de las enfermedades mentales al considerarlas insertas en una específica estructura social obrando así en una praxis que sea consecuente con ello.

Los diversos tiempos sociales y mentales actuantes en un mismo espacio geográfico y en una misma sincronidad - en el aquí y ahora histórico, en el presente cronológico - temporal nos determinan diversos sistemas de enseñanza y de aprendizaje, diversas formas de comunicación - donde la estructuración de los códigos se asentará en esos "tiempos concretos" de los distintos grupos culturales.

En Entre Ríos el objeto de nuestra investigación etnopsiquiátrica consistió en el intento de determinar el tiempo en el que cada uno de los grupos culturales existentes actuaba en relación con los demás y cómo estos se relacionaban con los específicos trastornos mentales a nivel familiar e individual.

Es así como se puede hablar de tiempos relictuales en el sentido de que algunos se encuentran - relativamente - más atrasados que otros.

A través de la realidad interna de cada grupo se trata de considerar qué tiempo de participación tienen, es decir, investigar qué grado de relictualidad temporal (entendemos por relictualidad temporal a aquellos contenidos ideológicos reificados en experiencias pasadas del grupo que en el de aquí y ahora actúan como los tres alienantes) conservan en relación con el pasado del grupo y con sistema socioestructural global que los contiene.

La importancia de esta digresión etnopsiquiátrica en la teoría y en la práctica de la comunidad terapéutica radica en los sistemas comunicacionales y valorativos que se emplearán en la constitución de la misma. Dentro de la teoría de la comunicación nos interesa especialmente la relación existente entre mensaje y metamensaje. El término metacomunicación o metamensaje - como ya se sabe - significa comunicación acerca de la comunicación, donde no sólo se dice algo sino que se califica y se subraya lo que se dice. Tiene por función intercambiar señales y proposiciones acerca de la codificación y de la relación que se establecerá entre los que se comunican.

Las instrucciones que se dan metacomunicativamente pueden verse como: a) emitidas por un emisor acerca de la forma de decodificar el mensaje por el receptor. b) Acerca del mensaje relacional emitido a través de señales que definen status y roles. A través de éstas se establecerán las maniobras que definan una relación como simétrica o como complementaria. En la primera se intercambian conductas similares entre los individuos, donde roles y status son equilibrados democráticamente. En la segunda se da una relación competitiva. Es la que establece cuando dos personas intercambian tipos diferentes de conductas. Heterologación manifiesta de status y roles (uno es médico y manda, otro es paciente y acata). Por maniobra se entiende de el mensaje emitido para poner en duda la naturaleza de la -

relación y en base a esta duda definir el tipo de relación que se establecerá. Estas maniobras se intercambian continuamente en cualquier relación y caracterizan situaciones inestables en la que dos personas buscan una definición de su relación. c) Instrucciones institucionalizadas explícitas o implícitas que son inherentes a la configuración socio-cultural.

De lo anterior se desprende que tanto lo comunicado o metacomunicado, así como también los procesos-relaciones que se establezcan se encuentran sustentados en las valoraciones e ideologías de los individuos como integrantes de un grupo cultural determinado (o clase social). Las ideologías con el tiempo cultural en que se afinquen reificadamente determinarán una de las formas en que sobre la historia individual se estructurará el campo psicológico. Con respecto al grado de conflicto, éste será menor y la relación que se establezca más armónica si los integrantes que componen "esa" situación interpersonal pertenecen a un mismo grupo cultural donde los valores, los códigos, en fin, los tiempos, sean relativamente semejantes.

Dentro de una cultura terapéutica el sistema comunicacional es una estructura de dos niveles: uno global y otro particular. En lo global se expresará el mensaje, éste será emitido sincrónicamente, es decir, referido al aquí y ahora de la situación; ahora bien, la decodificación real del mismo estará supe- ditada a la clara comprensión del metamensaje. Este participa del plano particular de la estructura, y para que sea posible su decodificación es preciso diacronizarlo, es decir, referirlo a la historia individual y grupal del emisor, esto es, lo que refleja el tiempo mental y cultural del emisor.

La clara comprensión y correcta decodificación por parte del terapeuta sólo puede alcanzarse teniendo en cuenta estos 2 planos temporales en los que se comunica un paciente. O sea que para la decodificación - en las circunstancias de heterologación temporal a la que nos estamos refiriendo - es preciso una captación sincrónica de lo diacrónico. Significa esto referir la his-

toria del paciente con sus específicos tiempos relictuales al sincrónico presente de la situación terapéutica. Para ello es preciso que el terapeuta conozca los elementos fundamentales que constituyen las valoraciones propias de los distintos grupos culturales que actúan en la región donde realiza su labor.

La necesidad de este análisis surgió en nosotros en la tarea comunitaria dentro del Hospital Roballos donde en las diversas reuniones y grupos que realizábamos con los pacientes nos daba la impresión de quedarnos sólo con una cara - y no la más importante del problema - si no referíamos la totalidad diacrónica a la situacionalidad sincrónica. Este análisis lo aplicamos - personalmente - en forma empírica en nuestras tareas pero no pudimos proseguirlo en forma estructurada, técnica y metodológicamente puesto que las investigaciones etnopsiquiátricas no pudieron ser concluidas por finalizar nuestra participación en la experiencia.

La superación - relativa - de las diferencias culturales que existían entre los pacientes y que se podían erigir como barreras entre ellos, pudo ser lograda a través de la generalización de los comportamientos dentro de la vida hospitalaria. Lográndose una homologación operativa y situacional a través del trabajo en común. Gracias a éste se podía crear un pasado similar - bagaje de experiencias que dan lugar a marcos de referencia compartidos - logrando así un "folklore homologante del grupo hospitalario", que permitía el manejo de códigos relativamente similares dentro del hospital. Tradición comunitaria por la cual el mensaje podía ser enriquecido, ya que era percibido dentro de un marco de referencia homólogo a todos por esta "tradición", en la cual cada paciente podía perfilarse como ser individual y concreto.

Para fortalecer esta situación es fundamental que en la cultura terapéutica existan relaciones simétricas; para ello las maniobras que se ejecuten deben contar con una estructura social operativamente homóloga en la que lo heterólogo -

puede ser manejado con positividad terapéutica y por estas razones la creación de microestructuras sociales de trabajo entre los pacientes es fundamental (comisiones de trabajo). Sobre este campo es mucho lo que hay que investigar pretendiendo nosotros solamente presentar las que fueron y son nuestras líneas de búsqueda. Esperando que esto pueda servir como base de discusiones posteriores.

Para contribuir a la creación de una atmósfera "lúcida" es preciso que en la comunidad hospitalaria se reduzca al mínimo la ambigüedad de las acciones y de los roles, para que de esta manera se puede fortalecer la confianza del paciente en la predicción de las conductas de quienes lo rodean y de él mismo. Lo fundamental es que cada miembro del equipo del personal reduzca al mínimo la ambigüedad de la realidad externa que éstos, por el juego de sus roles, representan directamente. Todo miembro de la comunidad debe de ser claramente identificado. Uno de los conceptos clave dentro de la comunidad terapéutica es el de permisividad y supone otros asociados como autoridad, liderazgo y responsabilidad.

Se entiende por permisividad el hecho de que en la comunidad se toleran conductas desviadas pero esperando que las mismas sean reconsideradas por todos los miembros del grupo. En lugar de suprimir las conductas desviadas mediante reglamentaciones o prescripciones rígidas se permite su manifestación con la seguridad de que las causas serán halladas y su control grupal logrado.

Las restricciones y sanciones existen pero limitadamente, no son promulgadas sino que la fuerza de éstas emana de todo el grupo. De tal manera los pacientes logran adquirir responsabilidades por ellos mismos y por la comunidad de la cual forman parte. La

autoridad lo es en tanto delega responsabilidades, y por esta delegación los pacientes llegan a ser responsables de la administración global de la comunidad; de tal manera el enfermo se ve integrado a ella y vive el crecimiento de la misma sintiéndose pertinente y perteneciente.

V - ASPECTOS PRACTICOS DE LA EXPERIENCIA. LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA "COMUNIDAD ROBALLOS"

a) Reuniones y grupos:

1 - Reunión de comunidad terapéutica: Esta es una de las principales tareas de las actividades del hospital organizado comunitariamente. Se realizaba todos los días de 8 a 9 de la mañana en un gran salón al que concurrían todos los pacientes - agudos y crónicos - en condición de hacerlo, alcanzando a formar un grupo de aproximadamente 90 entre varones y mujeres el personal y la totalidad del equipo. No hay aún una metodología específica de trabajo al respecto y nuestro equipo intentó crear técnicas que fuesen operativas para el singular - contexto socio-cultural en que nos movíamos. Estas reuniones pueden confundirse con las de psicoterapia de grupo, pero difieren básicamente de éstas aunque en algunas oportunidades puedan usarse técnicas similares.

Hay pacientes que creen que se trata de un "psicoanálisis a viva voz" donde todos comentan sus experiencias pasadas, su historia, etc% sin embargo, la base fundamental de trabajo en este tipo de terapias está dada por las dificultades actuales del paciente en el seno de la comunidad, la forma de interacción paciente-paciente, paciente-personal, paciente-equipo, la forma en que el paciente asume sus roles dentro del hospital, las dificultades dentro de los grupos de trabajo, etc.

Al comienzo de estas reuniones los pacientes preferían comentar sus problemas dentro de los grupos informales que constituirían con sus compañeros, pero, a poco de concurrir a ellas comenzaron a surgir temas que tenían que ver con las -

rivalidades, las huídas, los conflictos, el liderazgo, las conductas desadaptadas de otros pacientes, los problemas sexuales etc. Se solicitaban aquí las altas y se discutían grupalmente, se pedían cambios de medicación y se solicitaban mejoras dentro del hospital; esto no quitaba que en ciertas oportunidades saliesen problemas personales muy profundos, asumiendo así la reunión un carácter de "confesión pública". Las interpretaciones que se hacen en estas reuniones son muy específicas y concretas, referidas al aquí y ahora. Al comenzar la reunión se presentaban los nuevos pacientes y los visitantes no conocidos por la comunidad, se comentaban los permisos y las salidas para luego entrar a tratar los temas que los pacientes - individual o globalmente - sentían como más urgentes.

Es frecuente la pregunta sobre qué se hace en una de estas reuniones si un paciente comienza a delirar. En nuestra experiencia lo escuchábamos con suma atención hasta que terminaba su parlamento - si los compañeros no lo cortaban antes - para luego confrontarlo con la realidad, aunque esta tarea, en la mayor parte de los casos, estaba a cargo de los propios pacientes. Aquí era posible comprobar el peso social del grupo - como corrector inmejorable de conductas desadaptadas. En otros casos, coordinador o líder de la reunión, interrogaba al auditorio acerca de cómo veían al compañero y cómo se lo podría esclarecer.

Cuando se creaban silencios se los respetaba, dejando - que resolviere la situación la propia comunidad de pacientes. Para ello, es fundamental el control de las ansiedades por parte del equipo, porque si no son éstos los que lo rompen preguntando cualquier cosa sin mayor sentido y permitiéndoles así a los pacientes la evitación del conflicto que podrían existir detrás del silencio.

Con respecto al equipo cabe señalar que en las primeras reuniones realizadas tenía poca participación y se "cargaba" de ansiedades con grandes deseos de que la reunión finalizase

cuanto antes. En esta etapa era más difícil la participación para los miembros del equipo que para los pacientes propios. El coordinador durante las primeras etapas de aplicación de esta técnica fue siempre el mismo (el director) participando activamente una muy pequeña parte del equipo. A medida que esta técnica se fué aprendiendo comenzaron a variar los coordinadores, siendo éstos generalmente los residentes, el equipo en general comenzó a participar cada vez más, aunque algunos integrantes tuviesen muy poca participación, otros por el contrario trataban de hacerle "la rabona" a la reunión esgrimiendo racionalizaciones diversas para justificar su ausencia. Era obligatoria la asistencia para todos los integrantes del equipo.

Cuando hay formadas comisiones de trabajo es posible, si el coordinador o los integrantes del equipo no se percatan que las reuniones se transformen en puramente informativas, - sirviendo así a los pacientes para evitar los conflictos que pudieran haberse creado. A veces son estos mismos los que cortan la información diciendo "bueno, eso no importa, lo que hay que arreglar aquí es lo que pasó en la sala anoche cuando fulano...", entrando así el grupo a discutir y esclarecer el problema que se hubiese creado. En el caso de que los pacientes quisieran retirarse sin causa justificada eran interrogados por los compañeros para conocer el motivo. La tarea del coordinador aquí es señalar qué puede estar saliendo con ese paciente. Otra conducta frecuente en algunos pacientes, generalmente líderes, consistía en confundir su rol, tendiendo a asumir uno similar a cualquiera de los integrantes del equipo generalmente, aquí la rectificación corría por parte de los propios pacientes que sentían una fractura manifiesta en la relación simétrica entre ellos establecida.

La tarea fundamental del equipo es esclarecer las situaciones creadas y según el caso movilizar al grupo;

la del coordinador consiste en tratar de localizar todo el proceso de la reunión, es decir, lo aportado por los pacientes y el equipo, para darle a la situación una resolución que sea esclarecedora y donde no queden elementos ambiguos o sin discriminar.

Es frecuente que los grupos informales de pacientes tiendan a manifestarse aquí, en la ocupación espacial que hagan del salón de reunión; al comienzo, esta tendencia era muy fuerte y se podía distinguir en un extremo - alrededor del coordinador - a todo el equipo, en el otro los pacientes varones - minoría - y en el resto las pacientes agrupadas según la ubicación de su grupo de preferencia. Para romper con esta situación de subagrupación los integrantes del equipo se dispusieron entre todos los pacientes; en un primer momento estos tendieron a hacerle las preguntas o acotaciones al terapeuta que tuviesen más cercano, aquí la tarea del equipo consistía en canalizar esos emergentes hacia toda la comunidad integrando así el paciente a ésta.

La dinámica de estas reuniones es frecuentemente no predecible y varía según cuáles sean los conflictos que hubiesen aparecido durante el día anterior. Depende del coordinador el control de esta dinámica, influyendo mucho - incluso - la preparación y disposición para el manejo de grandes grupos que éste tenga.

2 - Revista: De 9 a 9,30 todos los días se realizaba la revista de la reunión de comunidad, participaba todo el equipo y el personal que tuviese trato directo con los pacientes. El objeto era aclarar ciertas conductas refiriéndolas al comportamiento del paciente o de los pacientes en otras actividades y analizar los emergentes aparecidos en la reunión. Además, se realizaba aquí el entrenamiento y aprendizaje de esta técnica, discutiéndose los aciertos y los errores de los integrantes del equipo en sus participaciones.

3 - Reuniones de sector: Como en la reunión de comunidad el gran número de participantes no permitía un acercamiento directo y más "cara a cara" se resolvió para lograr una interacción más armónica y eficaz permitiendo una participación más activa y una mejor evaluación de la conducta de cada paciente realizar tres veces por semana - lunes, miércoles y viernes de 13,45 a 14,30 - reuniones directas con grupos de 15 pacientes. Al comienzo, estas reuniones se hacían con grupos de 15 a 20 sin ningún tipo de selección. Como resultado de esta experiencia se resolvió formar tres grupos, uno de puntaje bajo con pacientes esquizofrénicos crónicos y oligofrénicos, otro de mediano puntaje y otro de puntaje alto; la selección se llevaba a cabo de acuerdo a un puntaje de homologación. El que empleábamos nosotros era el siguiente:

INTERES:

- Rehúsa venir a las reuniones 0
- Asiste, pero muestra poco interés 1
- Muestra algún interés 2
- Interesado 3
- Interesado y aprecia el trabajo 4

LUCIDEZ:

- Generalmente no tiene conciencia de lo que está sucediendo 0
- Se distrae cuando escucha voces 1
- A veces no tiene conciencia de lo que está ocurriendo 2
- Generalmente tiene conciencia de lo que está ocurriendo 3
- Siempre es consciente de lo que ocurre 4

PARTICIPACION:

- No conversac..... 0
- A veces contesta preguntas directas 1
- A veces da respuestas y hace comentarios voluntariamente..... 3

Generalmente da respuestas y hace comentarios voluntariamente	4
Conversa demasiado	3
COMPRESION:	
Incapaz de comprender	0
Generalmente comprende	1
Siempre comprende	2
CONOCIMIENTOS:	
Tiene poco conocimiento de temas corrientes	0
Contesta generalmente en forma incorrecta o da contestaciones que no hacen al tema	2
Ocasionalmente contesta en forma incorrecta o dando contestaciones que no hacen al tema	2
Tiene cierto conocimiento de los temas corrientes ..	3
Tiene buen conocimiento de los temas corrientes ...	4
LECTURA:	
Rechusa leer	0
Analfabeto	0
No puede ver para leer	0
Lee mal	1
Lee regularmente bien	2
VOZ:	
No habla	0
Muy bajo	1
Voz media	2
Voz alta	1
LENGUAJE:	
Dificultad para entender	1
A veces dificultad para entender	2
Lenguaje escolar	3
Buen lenguaje	4
IDIOMA:	
Habla en idioma extranjero	1

Idioma ininteligible	0
Idioma regular	2
Buen idioma	4
Puntaje o resultado final	

La evaluación de los grupos se hacía al finalizarse las doce sesiones. Una hoja de progreso era preparada para tal efecto; según ésta el paciente podía continuar en el mismo grupo durante otra serie de sesiones, podía pasar a otro grupo o bien podría ser considerado inactivo hasta fecha a determinar.

Item de informe progresivo:

Relaciones de grupo:

- Participa en los comentarios grupo
- Buenas relaciones con los otros miembros del grupo
- No se disgusta si es interrumpido
- Es tímido
- Interrumpe a los demás
- Discute con los demás
- Se enoja fácilmente

Gusto-Disgusto:

Disfruta el paciente en las sesiones:

Si

A veces

No

Progreso:

Si ha habido algún progreso en el paciente desde las últimas reuniones.

Si

No

Ubicación:

¿Piensa que el paciente permanecerá en el mismo grupo?

¿Se integrará a uno inferior?

¿Se integrará a uno superior?

Esta hoja era llenada por el líder a cargo del grupo.

En estos grupos si bien se empleaban técnicas de terapia grupal no se cumplía con el concepto tradicional que esto implica. Eran fundamentalmente grupos socio-terapéuticos de remotivación en lo que se quería hacer coincidir los aportes de la organización social, de la reunión de comunidad y de las restantes tareas realizadas por los pacientes en el hospital en una sesión específica. En estos grupos solían explicarse conductas que en la reunión grande no podían ser comprendidas puesto que los pacientes aportaban datos que en las otras retenían.

4 - Experiencias dramáticas: Este grupo surgió a iniciativa de los pacientes que querían formar un conjunto de teatro. Funcionaba dos veces por semana, los martes y jueves, con una duración de una hora treinta; los momentos finales se empleaban para el esclarecimiento y comentario de las situaciones creadas durante la dramatización. El grupo estaba compuesto por treinta pacientes agudos y crónicos, estando el manejo técnico inscrito en los principios del psicodrama. Se incorporaron a estas sesiones instrumentos musicales diversos y danzas.

Los pacientes aportaban los elementos que luego se dramatizarían, creándose juegos dramáticos diversos; por iniciativa de los pacientes se lo llamó al grupo "La Cabaña", pues decían que aquí se sentían como en una cabaña con las penas y las alegrías que son propias de la vida. Una de las cosas que más nos llamó la atención fué que pacientes con episodios psicóticos que tenían serios problemas de conducta en las restantes actividades de la comunidad, aquí, al asumir situaciones específicas y dramatizarlas, empleaban conductas mucho más sanas y lúcidas que las que le eran habituales. Al finalizar las reuniones se hacía una ronda y todos tomados de las manos cantábamos una canción compuesta por el grupo y que llevaba su nombre.

b) Trabajo:

1 - Comisiones: Los integrantes de cada una de éstas no excedían a los diez y eran elegidos electoralmente por toda la comunidad en la reunión de la misma; además, en ésta mensualmente se celebraba la renovación o no de los mismos, comentando aquí los coordinadores de las comisiones las gestiones por ellas realizadas y todo el grupo evaluaba lo actuado.

+ Comisión de Recepción: Tenía por misión recibir a los pacientes que se internaban, ponerles al tanto del funcionamiento de la comunidad y transmitirles las pautas básicas de comportamiento que regían en ésta. Acompañado de los nuevos compañeros en los primeros momentos, que muchas veces son los más difíciles dentro de la vida hospitalaria. Era en una palabra el organismo endoculturante; en ocasiones recibía a las autoridades, a los profesionales y equipos visitantes.

+ Comisión de Cultura y Deporte: Tenía por misión organizar actos, celebraciones, fiestas, campeonatos, etc. Conectarse con organismos afines de la ciudad de Paraná para la realización de actividades en conjunto, como por ejemplo torneos de ping pong, billares, fútbol, etc. Tuvo a su cargo la supervisión en la construcción de la cancha de fútbol y la construcción de la cancha de fútbol y la construcción de la cancha de bochas.

+ Comisión de Trabajos: Tenía a su cargo realizar gestiones y tareas para el óptimo mantenimiento de la comunidad, así como también lograr el apoyo de la ciudad de Paraná para conseguir los elementos necesarios más baratos, tramitar la donación de herramientas y materiales para los talleres de terapia ocupacional e industrial, etc. Tareas que realizaban los pacientes - como en las restantes - por su propia cuenta en la ciudad, aunque contando con el asesoramiento y supervisión del equipo.

+ Comisión de aseo y limpieza: Tenía a su cargo lo concerniente a la decoración del hospital; para ello los pacientes realizaban gestiones en diversas empresas y negocios de la ciudad para conseguir afiches, cuadros, plantas de interior, etc. Supervisaban la limpieza del hospital (realizada por el general de mucamas). Estaba prevista la creación de otras cuando finalizó nuestra experiencia.

2 - Terapia Ocupacional: Las tareas realizadas por este servicio eran amplias y variadas, se encargaba de la enseñanza de corte y confección, artesanías y manualidades, peluquería y cosmetología, dibujo y dactilografía, modelado en arcilla, bailes folklóricos, expresión corporal y danza, agricultura y arte culinario.

Terapia industrial: En esta sección se enseñaban y se realizaba la construcción a escala industrial de objetos de cerámicas, mates, floreros, tazas, platos, jarrones, figuras decorativas, bases para lámparas, etc- y contaba el taller con todos los elementos necesarios para su funcionamiento y estaba a cargo de un maestro alfarero. Se construían lámparas y pantallas, en carpintería se realizaban juguetes y tareas diversas. Se comenzó en hierro forjado a realizar diversos trabajos.

c) Escuela: El departamento de psicopedagogía brindaba escolaridad elemental a los pacientes. Son objetivos terapéuticos eran los siguientes: acrecentamiento gradual de la atención, ejercitación de la memoria, abstracción temporoespacial, aumento del caudal ideativo y asociativo, hábitos de comportamiento en grupos, psicomotricidad de destreza manual. Para el cumplimiento de estos objetivos se dictaban las asignaturas de la escuela elemental, mediante enseñanza dirigida, individual y grupal. Se trataba de acrecentar los conocimientos de escolaridad en aquellos pacientes que habían alcanzado un determinado nivel y que no lo pudieron proseguir, así como también desarrollarlos nuevamente en aquellos que, como consecuencia de su enfermedad, los hubiesen olvidado. El grado de escolaridad se es

tablecía a través de entrevistas personales y mediante pruebas psicométricas. Los grupos de pacientes concurrían todos los días en un horario fijo a las clases en la escuela, sector donde antiguamente estuvieron ubicados los calabozos. Participaban de estas tareas, además de los psicopedagogos, auxiliares de psiquiatría y voluntarios. La supervisión de estas actividades, como de las restantes, corría a cargo de los médicos psiquiatras del equipo.

d) Recreación:

Se realizaban guitarreadas, juegos, paseos; el domingo miembros del equipo acompañaban a los pacientes que lo desearan a escuchar misa a la catedral de la ciudad, mientras otros grupos visitaban los comercios de la misma, terminando el paseo en las mejores confiterías de la ciudad, donde se comentaban las impresiones recogidas. Al mediodía se realizaba un asado preparado por los pacientes que habían permanecido en el hospital. Se realizaban pic-nics aprovechando los excepcionales recursos que ofrecían los alrededores, bosques y plazas recostadas sobre el río Paraná.

Los jueves, la comisión de deporte y cultura junto con el servicio de terapia ocupacional realizaban de 16 a 17,30' lo que llamábamos Hora Social. Aquí concurrían todos los pacientes junto con sus familiares invitados y amigos, además de todo el equipo, se tomaba el té con postres preparados por los pacientes y luego se organizaban bailes amenizados por conjuntos de música popular de la ciudad de Paraná que gustosamente concurrían todas las semanas.

e) Deportes: Se realizaba entrenamiento en atletismo, gimnasia y fútbol.

+ Las actividades del equipo: El horario de trabajo del equipo era dentro del hospital de 8 a 17 horas, exceptuando los residentes que nos constituíamos como grupo de convivencia permanente; después de las 17 horas y hasta la hora de la cena

- los que no cumplían con actividades en la comunidad externa- participaban de grupos informales de discusión, de partidos de billar o de truco, en fin, se compartían todas las actividades de los pacientes.

Comprobamos así que la función de la residencia como grupo de convivencia permanente permitía el funcionamiento armónico y la continuidad de la cultura terapéutica, siendo el interjuego de roles entre los pacientes y el equipo constantes.

A más de las actividades antes mencionadas el equipo - trabajaba en consultorios externos y no se descuidaba la docencia ni la investigación. Una vez por semana se realizaba una gran reunión clínica en la que se analizaba, interdisciplinariamente, la problemática de cada paciente, considerándolo dentro de su específica situación familiar y comunicativa.

La atención del grupo familiar para la rehabilitación y reinserción del paciente era realizada por los trabajadores sociales, que en las oportunidades necesarias concurrían al domicilio del paciente con el médico tratante. En otros casos, esta tarea las cumplía el equipo móvil, que tenía a su cargo todo lo referente a prevención de hospitalización.

+ La acción extrahospitalaria: El equipo después de las 17 horas, determinando días por semana dictaba charlas, seminarios, y conferencias en la ciudad de Paraná.

Se realizó un seminario para sacerdotes sobre "Religión y Salud Mental", otro para médicos generales sobre el tema "Psiquiatría Social y Salud Mental". Se realizaron cursos de capacitación para maestros de la ciudad de Paraná y de la ciudad de Viale.

Fueron muchas las tareas realizadas y no pretendemos -

agotar el contenido de lo actuado en este trabajo. La experiencia ROBALLOS después de un año y meses de vida entró en estado transitorio al cambiársele el equipo que había realizado la transformación por otro de mantenimiento.

Hoy, mientras escribo estas líneas finales, sólo puedo decir que la ideología terapéutica imperante en estos momentos en el ROBALLOS es la tradicional, con la consiguiente frustración de las expectativas de los pacientes que son los que lamentablemente sufren en carne propia estos cambios.

Experiencias como la aquí descrita cuestionan muchas cosas, por eso son temidas y saboteadas por las "elites terapéuticas de la dominación". La muestra lo primero que cuestionó fueron los sistemas terapéuticos vigentes.

A manera de conclusión afirmamos nuestra creencia en estas actividades; sin embargo, es mucho lo que hay que cambiar para que esta acción sea efectiva para la realidad de nuestro país. Son muchas las vallas que hay que quebrar y las resistencias por vencer. En estas notas hemos querido destacar los aspectos positivos de la tarea, lo mucho de negativa - que se encuentra entroncado en la situación socio-económica, institucional y política actual - se nos ha caído de la mesa de trabajo y no queremos por ahora, recogerlo.

VI - CONCLUSIONES

En los últimos tiempos, el esquema conceptual frente al enfermo mental ha cambiado, al fusionarse la psiquiatría con las ciencias del hombre en su conjunto. Reactualizando - así terapias tan antiguas como el hombre mismo: las sociales. Por ello, es preciso integrar equipos interdisciplinarios de investigación y tratamiento.

El presente trabajo aporta datos sobre la experiencia realizada por uno de estos equipos en el Hospital Dr. Antonio L. Roballo de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos. En éste se llevaron a la práctica conceptos de comuni-

dad terapéutica poniéndose énfasis en la expansión de roles profesionales a través del trabajo en equipo. Ocupándose del tratamiento no sólo del paciente sino también de su familia. En la acción extrahospitalaria se tendió a sensibilizar a la población en lo referente a la salud mental. Aspectos que son comentados y analizados.

Se hace referencia al concepto de "cultura terapéutica" destacándose los más importantes aspectos de éste. Uno de los problemas encontrados en la realización de la experiencia fué el - constituido por la presencia de pacientes procedentes de grupos culturales muy diversos en sus tiempos sociales y mentales. Razón que determinó la realización de investigaciones etnopsiquiátricas que permitieran conocer los sistemas comunicacionales, - costumbres, creencias y valoraciones de estos grupos, así como también la relación que tuviesen con los trastornos mentales. Se analiza el proceso comunicacional dentro de la comunidad terapéutica considerando esta problemática. Recomendase que el terapeuta conozca los elementos que constituyen las valoraciones propias de estos grupos para así poder decodificar correctamente lo comunicado por los pacientes, realizando para ello una captación diacrónica del metmensaje en la sincrónica situacionalidad terapéutica.

La superación relativa de las diferencias comunicacionales y culturales existentes entre los pacientes - que se pueden erigir a modo de vallas insalvables entre ellos - se logró a través de una homologación operativa y situacional de los comportamientos mediante el trabajo en común. Creándose así una tradición o "folklore" del grupo hospitalario que permitió el manejo de - códigos relativamente semejantes dentro del Hospital. A manera de conclusión se afirma la creencia en la positividad de estas experiencias, aunque se señala la existencia de factores negativos entroncados en la actual situación política, económica, social e institucional del país.

CRITERIOS DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA PRACTICA PSICOLÓGICA.

Por el Dr. ANTONIO CAPARROS. Este texto está entresacado de una Mesa Redonda publicada - por los Cuadernos de Psicología Concreta, editados en la Argentina.

El psicólogo como "agente de cambio"

Se habla del psicólogo como "el agente de cambio". Pero ¿es que puede compararse su tarea a la del "Hombre" como agente de cambio, al incluirse militantemente en un movimiento? ¿Cuándo va a lograr un psicólogo - a través de su profesión, en las condiciones convencionales en que la misma se desarrolla - un cambio de esa naturaleza? La acción psicológica hace cambiar, sí, ciertas estructuras; y claro, le hacen al psicólogo un "agente de cambio". Pero, para mantener el sistema, no - para transformarlo; no para hacer desaparecer su inhumanidad, sino para atemperar las fricciones que impidan su auge, su mantenimiento, su exacerbación.

Aquí surge una pregunta: ¿podemos pretender los psicólogos desentrañar el sentido ideológico o fundante de las conductas? Lo que se nos pide es la modificación de aquellos comportamientos individuales que e digamos momentáneamente - presentan determinadas características que hacen que se perturbe la actividad de un grupo humano, o que el que los realice experimente vivencias sumamente traumáticas para él. Por eso se viene a vernos; y ese, pues, y solo ése ha de ser nuestro plan; ahí debemos actuar, sin excedernos de él. Y, por lo tanto, incluir lo ideológico es imposible. No lo postulo así. Digo sólo lo que así ocurre.

La verdadera escisión, disociación o mutilación de un psicólogo consiste en percibir

solo lo más inmediato, y no lo más profundo, lo genérico, lo fundante, lo clasista.

Relación psicoterapeuta-paciente:

El analista, pese a ubicarse en un omnipotente altar, se adecua - aún sin saberlo - a lo que el paciente quiere de él. - Cuestión que no ocurre sino en casos absolutamente tomados como antiéticos, en el resto de la acción médico-terapéutica. Sin embargo, en psicoterapia, pese a esas interpretaciones que "sacuden" y que "hacen mover el piso" al paciente, nunca nos animamos a sobrepasar el límite de lo que, esencialmente, el paciente busca de nosotros: su mejor adecuación al sistema. Y por ello podemos decir, además, que si no aprehendemos, profundizamos, etc la interpretación ideológica de la conducta del paciente, es porque éste no lo acepta, por regla general. Es decir, no acepta - entender cuál es el significado de sus acciones en función del sistema en que vivimos, de su composición de clase. Lo que, en general, es desatendido en las sesiones analíticas por todos nosotros.

Lamentablemente, nosotros tenemos que cobrar. Y eso, llamémoslo como lo llamemos, nos hace mercancía. Nuestra actividad es una mercancía con un determinado valor de cambio.

Nosotros ofrecemos la mercadería que nos requieran quienes vienen a utilizarla, quienes vienen a adquirirla: los pacientes. No pretendo decir que deban dejarse de lado las adquisiciones - tan importantes - que se han hecho sobre significados individuales, o genuinos de un paciente: lo que si digo es que si no pasamos de ahí, no es porque no competa, si se pueda, sino porque ello estaría en contradicción con lo que se nos viene a comprar. Y que, por eso, y a través de un claro mecanismo de racionalización, lo declaramos inútil e irreversible. Y lo es, evidentemente. Lo es para retener pacientes (digamos "clientes" en nuestra

tra sociedad. De esos que pagan. "El analista debertener clara idea de sus actitudes contratransferenciales". Si, se proclama mucho. Sin embargo, se ignora totalmente, se saltea - si no utilizamos el señalamiento o la interpretación ideológica - la más profunda de todas. Pues si sucede así, contratransferencialmente, estamos supeditándonos a las exigencias del paciente respecto a los límites que debe alcanzar nuestra tarea.

Sobre la salud y la enfermedad

¿Qué es la enfermedad? ¿Qué es la salud? ¿Con qué criterio lo delimitamos? Pese a llevar unos cuantos años actuando - terapéuticamente, ignoro, no sé lo que es salud, y lo que es enfermedad. Y esa ignorancia es general: por algo siempre que se trata de estos temas se congrega gran cantidad de especialistas; y no en vano ocurre con alta frecuencia, lo que es índice de que no sabemos de qué tratan de manera incontrovertible estos conceptos de enfermedad, normalidad, salud, etc. Tenemos todos un entendimiento empírico, práctico. Pero no conceptual. Algo pasa para ello. Durante años he pensado desesperadamente en este problema, pues me planteaba el problema ético de cómo podía curar sin saber qué era enfermo y qué sano.

Si Uds. toman un tratado como el de Meyer-Gross, por ejemplo, pueden ver un conjunto de criterios de salud y enfermedad a la cual más endeble; por mucho que algunos se disfrazan de taparrabos que tanto viste últimamente de la "mediana", la "curva de Gauss", Las "desviaciones", etc. Es decir, de criterios sofisticadamente estadísticos, que en este caso, (no en otros, desde luego) no añaden absolutamente nada, puesto que ninguno vamos a decidir si alguien es o no enfermo viendo la desviación que presenta sobre la curva normal que, se aclara, no existe, por otra parte, nunca. Y como éste, tantos otros - más o menos de nivel.

A nivel de la enseñanza de la Psicología, el problema no reside en el "alto" nivel o

no de ésta; de lo que se trata es de la forma ción del mejor nivel posible para la libera- ción del país.

Véamos algunos de esos puntos rápidamente. Por un lado, - lo que puede decirse es una especie de identid kit del hombre - promedio de una sociedad dada que (por la regularidad o por la frecuencia de los rasgos) se toma como sano, en tanto que aparecen como enfermos los que se separan del mismo. Otras veces es, por ejemplo, un perfil de características, ya no tomadas de la realidad, sino diseñadas por determinadas "autoridades" científicas que deciden que eso es el hombre sano y que los que se separan del mismo son enfermos,

Otras veces se acude al criterio de la perturbación que pueden producir en los demás, o del propio sufrimiento en la vida de relación. En otros casos, es la "desadaptación", es la imposibilidad de alcanzar las metas que también idealmente debería conseguir un individuo en nuestra sociedad. O bien se establece en otros casos algunos parámetros esenciales a modo de leyes que implicarían salud, normalidad, etc., y cuya inversión sería causa de enfermedad.

La ideología como determinante:

Es curioso que en casi todos los casos se acepte como - la cosa más natural, que, desde luego, lo que hoy puede ser considerado enfermo, en otras sociedades de hace 1000 años por - ejemplo, era sano, y viceversa, pero pareciera que se dice sin profundizar lo que implica esa postulación.

Y es nada menos que las condiciones históricosociales son las que plantean determinados modelos, determinadas imágenes, determinados primas de Cosmovisión de cada individuo que le hacen ver a los demás según determinadas categorías, no inocentes, no neutrales.

Por ejemplo, se salud o enfermedad, por una parte. Y - por otra, que llevan a que los hombres sufran o no (esto de "o no" es un eufemismo que el hombre feliz no se encontró todavía) en su vida cotidiana. Es decir, que implica la aceptación de que la sociedad, no solamente modela a los hombres, si no que modela también el criterio con que juzgamos la conducta de los hombres, desde cualquier punto de vista, es decir, su carácter de enfermedad o salud, normalidad o anormalidad, etc. Y todo ello, afirmado, desde luego, en los basamentos - conceptuales de cada sociedad determinada. Esto es, que sin - ellas no se puede entender nada de la práctica psicoterapéutica.

Hombre enfermo o sociedad enferma

Muy combatido el psicoanálisis, ha expresado (creo que sin darse cuenta de los alcances de su postulación) algo fundamental: Todos los hombres son enfermos, en nuestra sociedad.

Cuando se afirma que no hay fronteras entre lo sano y lo enfermo, sino que es un continuo cuantitativo, lo fundamental, no es la discusión bizantina sobre si existen saltos cuantitativos o no, en el momento de pasar de lo sano a lo enfermo, sino el sentido ideológico profundo que esta formulación implica de que en nuestra sociedad no es posible conseguir un hombre sano. O si se quiere, de que no podemos saber plenamente cómo ha de ser un hombre sano, y en qué puede consistir - eso.

Esta afirmación tiene dos limitaciones:

- a) La de la diversidad de intensidad del tipo de comportamientos donde aparecen determinadas situaciones que llamamos enfermas. Este es el campo donde Freud estableció su reino. En cualquiera de las actividades del hombre, hay una gama de conductas que van desde un buen "manejo" de las situaciones, hasta aquel manejo que lleva a destruir al mismo sujeto que lo realiza y a todo lo que lo rodea.

El hecho de que unos puedan "manejar" relativamente bien ciertos aspectos en tanto que otros no, y viceversa, ha podido llevar a la abstracción de crear un prototipo que maneja bien todos los aspectos y otro que maneje mal todos los aspectos, como los límites de salud más concebible, y de enfermedad más aguda, respectivamente.

b) Por otro lado, Marx encara el hecho fundante o ideológico de las conductas. Demuestra cómo determinadas relaciones de producción y sus correspondientes superestructuras se incrustan en la personalidad, como esqueleto de la acción. En tanto otras, institucionalmente, modelan la interioridad del individuo, y se proyectan luego en su actuación. Así los organismos represivos, generan en cada individuo "un gendarme interno" que lo mantiene adecuado a las normas del sistema. Es la violencia que el sistema ejerce sobre cada hombre a través de su interioridad.

El desarrollo de las contradicciones sociales permite intuir que se generará otro tipo de relaciones humanas que no determinarían la imprescindible patología del hombre actual (que tiende a destruir a sus semejantes, pero que esta teniendo continuamente ser destruido por ellos), dicho demasiado esquemáticamente.

A veces se dice que nuestra sociedad está enferma. Es un error; un antropomorfismo. Una sociedad no es un individuo y sólo con prodigalidad metafórica se puede decir que está enferma para expresar su estructura social en descomposición y amenazada de muerte. Una sociedad es enfermante. Y una sociedad con el grado de distorsión de la nuestra, sumamente enfermante; y no siendo el individuo, a través de su lenguaje específico, -

de su peculiar manera de existir, sino una parte que involucra a su nivel, el funcionamiento de la totalidad en que se incluye (la sociedad), ha de ser enfermo.

Podemos decir, por ejemplo, que una cualidad de las conductas enfermas es que presentan una disociación de sus significaciones aparente y real, por ejemplo, O tantas otras cosas. Por eso, no se puede curar a nadie si no es que pueden cambiar se las estructuras sociales que modelan la persona.

Pero, puede adelantarse en este terreno, si el conocimiento de los significados ideológicos de la conducta orientan a los hombres de esta sociedad, hacia la sociedad del futuro. Esto no quiere decir desdeñar los aspectos no-ideológicos de la conducta, los mecanismos específicos de lo individual. Por el contrario, implica dar coherencia a los significados integrados en toda conducta de un hombre.

En cambio, desconocer los significados ideológicos, prestar tanto atención sólo a los que no lo son, es un claro abstraccionismo, metadológicamente hablando. Pero ideológicamente hablando, implica no renunciar a lo ideológico sino aceptar lo ideológico de la clase dominante como lo natural, como lo implícito, como el campo que no necesita explicitarse por ser compartido sin mayor acuerdo previo.

Con ello se logra una mayor adecuación del individuo al sistema social imperante. Y éste es en rigor el criterio pragmático de salud que se utiliza, sin embargo, no es sino el de mayor normalidad (como el producto que normalmente ofrece esta sociedad). Pero, en lugar de ser la salud, es una mayor enfermedad, lo que se consigue con ese individuo, aunque se lo tapone con el opio del exitismo en nuestra sociedad.

RELACION DE PUBLICACIONES DURANTE EL CURSO

1.971 - 1.972

DOCUMENTOS:

- + PSICOLOGIA, ¿profesión en el aire?
- + TECNOLOGIA DE LA CONDUCTA. ¿Todo el mundo en una caja?
Manifiesto de Skinner.
- + WALLON, Ortogénesis de la personalidad.
- + PSICOLOGIA INDUSTRIA. El psicólogo en la empresa.

COMPLEMENTOS:

- Nº 1 - PSICOANALISTAS Y ANTIPSIQUIATRIA
- Nº 2 - LA FATIGA
- Nº 3 - El PSICOANALISIS COMO INSTITUCION
- Nº 4 - LA ENSEÑANZA SUPERIOR BREVE, ES UNA AMENAZA O UN
CAMBIO PARA LA UNIVERSIDAD?
- Nº 5 - LA LABOR TEORICA Y PRACTICA DE LA PSICOLOGIA EN
ESPAÑA.