

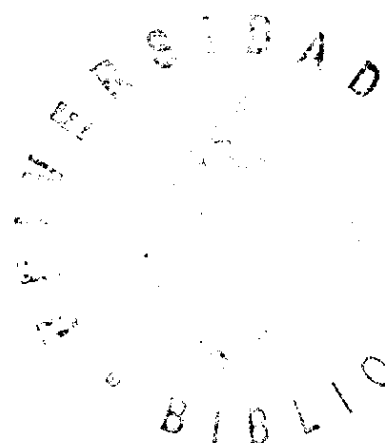
PSICOHIGIENE Y
PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL

PSICOLOGIA GENERAL

- 102. Bleger, J.: *Psicología de la conducta*
- 104. Bleger, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*

José Bleger

PSICOHIGIENE Y
PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL



EDITORIAL PAIDOS
BUENOS AIRES – BARCELONA – MEXICO

Cubierta de Gustavo Macri

1a. edición, 1966

9a. reimpresión, 1999

R - 25750

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

© 1966 de todas las ediciones

Editorial Paidós SAICF

Defensa 599, Buenos Aires

e-mail: paidolit@internet.siscotel.com

Ediciones Paidós Ibérica SA

Mariano Cubí 92, Barcelona

Editorial Paidós Mexicana SA

Rubén Darío 118, México D.F.

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina

Impreso en Gráfica MPS

Santiago de Estero 338, Lanús, en mayo de 1999

ISBN 950-12-5104-7

ÍNDICE

	Pág.
<i>Prólogo</i>	7
<i>Introducción</i>	19
Capítulo I. <i>El psicólogo clínico y la higiene mental</i> ..	25
Higiene mental y psicoshigiene (27). Objetivos de la higiene mental (29). Extremos en higiene men- tal (32). Indagación y acción (33). Salud pública e higiene mental (35). Educación sanitaria (41).	
Capítulo II. <i>Psicología institucional</i>	43
Qué es la psicología institucional (51). Objetivos de la institución y objetivos del psicólogo (58). Método del trabajo institucional (65). Técnicas del encuadre (68). Inserción del psicólogo en la institución (73). "Grado de dinámica" de la insti- tución (74). Psicología de las instituciones (79). Los grupos en la institución (85). El hospital como institución (88). La empresa (93). Psicología del equipo de psicólogos (97). Conclusión (101). Bi- bliografía (103).	
Capítulo III. <i>El psicólogo en la comunidad</i>	107
Objetivos y niveles de la higiene mental (110) Constelación multifactorial (119). El psicólogo y la terapia (123). Puntos focales para el tratamiento y la prevención (125). Comunidad (127). Objeti- vos (130). Comunidad tipo (141).	
Capítulo IV. <i>Grupo familiar y psicoshigiene</i>	147
Conclusiones (164).	
Capítulo V. <i>Perspectivas del psicoanálisis y psicoshigiene</i>	167
Psicoanálisis clínico (171). Tres formas del psico- análisis (176). Formación del psicoanálisis (180).	

	Pág.
Psicología y psicólogos (182). Psicoanálisis y médicos (187). Otros problemas relacionados (190). El psicoanálisis en el hospital (193).	
Apéndices	195
Estudio piloto en una comunidad	195
Programa del curso de higiene mental	203
Bibliografía detallada del programa de higiene mental .	205

PROLOGO

El profesor José Bleger viene desarrollando en nuestro medio una brillante y ya larga labor como médico, psicólogo, psicoanalista y docente universitario.

Resulta lógica por ello su preocupación por el planteamiento de problemas y aspectos aún insuficientemente estudiados de la profesión del psicólogo.

Al igual que en el campo de la profesión médica, una más amplia perspectiva de los problemas de la profesión permite entrever una actividad orientadora hacia la solución de cuestiones de orden metodológico y de carácter práctico dirigidas a defender e incrementar la salud y el bienestar de la población.

Salir de los estrechos marcos de una actividad profesional interesada casi exclusivamente en los aspectos curativos e individuales de la enfermedad, para entrar francamente en el campo de las ciencias del comportamiento, interesa por igual al médico y al psicólogo. Volcarse de lo individual a lo social es consecuencia de un claro reconocimiento de que los problemas de salud, de enfermedad y de normal convivencia exceden el ámbito profesional privado e individual, transformándose en áreas de trabajo de las

instituciones encargadas de organizar la atención de la comunidad.

La incorporación definitiva, en el sentido técnico y profesional, del psicólogo y del psicoterapeuta al equipo médico y al de salud pública es consecuencia de un mejor conocimiento del hombre sano y enfermo, y de una más ajustada comprensión de la historia natural de la salud y de la enfermedad.

En una medicina de la totalidad, lo orgánico, lo psíquico, lo emocional, lo individual y lo social son inseparables de lo que pertenece al hombre y al ambiente en el que aquél nace, crece, se desarrolla y vive.

Lo estático se convierte en dinámico; la salud y la enfermedad aparecen como "procesos" donde la herencia y el ambiente actúan como factores permanentemente relacionados. La salud y la enfermedad sólo resultan comprensibles en un estudio longitudinal, donde el presente constituye un momento de algo que tiene historia pasada y posibilidades de proyección hacia el futuro.

Pero la diversidad de aspectos a contemplar en la faena de estudiar y atender al hombre en salud y enfermedad en su ambiente, con criterio holístico, lleva a la formulación de denominaciones que, como las de medicina curativa, medicina preventiva, medicina social, medicina ecológica y otras, pierden significación a medida que se comprende que no puede haber más que una medicina, la que se apoya en la multicausalidad: en lo biológico, lo psicológico y lo social al mismo tiempo.

Nuevas concepciones rompen con el esquema de una medicina basada en la etiología específica de las en-

fermedades y llevan a una actividad profesional interdisciplinaria.

El progreso científico y la tecnología acentúan la tendencia a la especialización y llevan a la creación de profesiones nuevas o a nuevas funciones dentro de las profesiones clásicas. Pero éstas deben estar coordinadas e integradas; por ello se habla del trabajo en equipo interdisciplinario o multidisciplinario.

La integración y coordinación de funciones exigen, por otra parte, una correcta división del trabajo.

Lo complejo sólo puede funcionar armoniosamente dentro de un alto grado de organización, donde los objetivos formulados y el planeamiento y programas de trabajo se elaboran científicamente y las responsabilidades se reparten.

La complejidad de la vida y de las organizaciones creadas para defender la vida del hombre y facilitar su bienestar, como parte inseparable de la salud, han llevado a la cabal comprensión de que una medicina, para ser realmente efectiva en el sentido promocional de la salud y el bienestar, debe adoptar una franca actitud preventiva. Ello rompe con el esquema clásico de lo que parecían ser hasta hace poco campos antagónicos: las llamadas "medicina curativa" y "medicina preventiva". En realidad, no existe tal antagonismo. No existe más que una medicina: la buena medicina. Y ésta adquiere un alto grado de eficiencia y de capacidad de prevenir enfermedades, de acortar y erradicar las existentes y de promover la salud y la eficiencia, cuando es "comprehensiva" e interdisciplinaria, cuando toma en consideración al mismo tiempo lo biológico, lo orgánico, lo psíquico y lo social. Algo

semejante puede decirse del psicólogo en contacto con problemas médicos y sociales.

El médico por sí solo no puede resolver todos los problemas relacionados con la salud del hombre, ni cuando se trata de una atención eficiente y de la prevención de enfermedades.

Por otra parte, resulta incomprensible para la sociedad contemporánea, científica y tecnológicamente avanzada, no dedicar el máximo de atención al estudio de las necesidades totales del hombre y de los grupos humanos, en estado de salud y enfermedad, para evitar y prevenir todo lo que puede dificultar e impedir la consecución del alto nivel de salud y bienestar deseable para la población.

Y desde un punto de vista metodológico y práctico resultó conveniente formular una concepción de la labor médica esencialmente orientada hacia la prevención, estableciendo, como lo formularon oportunamente Leavell y Clarck, los cinco niveles hoy aceptados como clásicos: 1º) promoción de la salud o prevención inespecífica; 2º) prevención específica; 3º) diagnóstico temprano y tratamiento adecuado; 4º) limitación de la incapacidad, y 5º) rehabilitación.

En todos estos niveles hay mucho que prevenir. Anticiparse a los males posibles por el conocimiento exhaustivo de la "historia natural de la salud y de la enfermedad".

Pero ello debe hacerse con el concurso de equipos profesionales interdisciplinarios. No existen realmente profesiones ni técnicas auxiliares. Se trata de un conjunto de funciones que se coordinan e integran.

Muchas profesiones y actividades tienen, pues, relación directa e indirecta con la salud. Son aspectos par-

ciales pero no independientes de una misma cosa. El psicólogo es un profesional absolutamente necesario en el equipo médico y de salud pública, como lo demuestra en su libro el Dr. Bleger.

La ausencia de salud, la incapacidad física o mental, al igual que las dificultades de comunicación y capacidad de colaboración entre los hombres, entre éstos y sus instituciones y entre las instituciones entre sí, conspiran contra el ejercicio de la libertad individual y la de los grupos humanos, la felicidad y el bienestar de la comunidad.

Aquí los psicólogos y los médicos tienen un amplio campo común de trabajo para prevenir y facilitar el progreso y perfeccionamiento de la vida del hombre y la comunidad.

Por ello se comprende que el psicólogo clínico de hoy debe hallarse familiarizado tanto con los fundamentos de la sociología y la antropología cultural, como con el uso y significado de las estadísticas médicas y el método epidemiológico aplicados al quehacer médico y a la investigación científica de problemas médicos y sus instituciones. Más aún, debe tener clara idea de lo que significan los principios y técnicas de administración aplicados a la atención de la salud y el bienestar de la comunidad.

Con estas ideas, caras a la medicina actual, orientadas hacia la prevención y la salud de la comunidad, el doctor Bleger médico se integra con el profesor de psicología Bleger y vuelca en el libro que prologamos su experiencia en la formación de psicólogos clínicos y su anhelo de convertir al psicólogo en un profesional claramente puesto al servicio de la comunidad. Introduce el término "psicohigiene" como parte de

la higiene mental, a su vez importante capítulo de la medicina preventiva, para delimitar el campo de aplicación racional de los conocimientos y las técnicas psicológicas más efectivas en beneficio de la comunidad. El autor denomina "psicohigiene" a este conjunto de actividades propias del psicólogo, "no porque se busque la salud psíquica (lo cual sería un absurdo), sino porque se actúa fundamentalmente sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas procedentes del campo de la psicología y la psicología social".

Pero como al autor le interesan también los problemas metodológicos, propios de la actividad científica y profesional, estudia cuidadosamente y con gran objetividad la posibilidad de aplicación de los conocimientos de la psicología individual y social con el propósito de mejorar la presente realidad social, que mantiene al hombre enfermo, angustiado y desajustado a su grupo familiar o social, y que perturba y dificulta el progreso necesario de las instituciones creadas por el hombre, y no siempre a su servicio.

Hablar de relaciones humanas constituye, como muy bien lo señala el autor, un problema que trasciende la acción de un profesional que actúa en la intimidad de un consultorio, para volcarse en una actividad de marcado carácter preventivo en el seno mismo de la familia, los grupos humanos y sus instituciones.

Todo ello implica "reubicar" al psicólogo en su cometido profesional, comenzando por modificar su formación en los ambientes universitarios y dándole acceso a la vida profesional liberal como investigador de procesos psicológicos en el campo individual, institucional y social, y como psicoterapeuta, donde la

acción del médico no alcance el nivel técnico suficiente.

Es evidente que la actividad del psicólogo en el campo de la psicoterapia trae y ha traído conflictos y malentendidos con psiquiatras, psicoterapeutas médicos y psicoanalistas, debido a la pretendida intromisión de aquel profesional en el campo aparentemente exclusivo del médico o del psiquiatra; pero también es cierto que la formación universitaria del médico no es suficientemente profunda en lo que se refiere a psicología como para hacer de cada médico un psicoterapeuta científicamente preparado para la atención correcta del enfermo y la solución de problemas de interrelaciones humanas en la comunidad aparentemente sana. Menos aún para enfrentar las repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad sobre el grupo familiar y las instituciones.

Estos problemas los aborda el Dr. Bleger con sinceridad y objetividad poco habituales, llegando a la conclusión de que el psicólogo debe encontrar su mayor fuente de trabajo y preocupación en el terreno o ámbito de la "psicohigiene", para ser útil a la comunidad.

Ello lo lleva directamente a ocuparse en problemas de prevención de las alteraciones de la vida de comunicación y comprensión entre los hombres en el seno de la familia, las instituciones y la comunidad.

Adquirir la necesaria experiencia por parte del psicólogo en materia de investigación operativa constituye una actividad impostergable, así como en el correcto uso del método clínico, para darle base científica a su cometido.

El psicólogo —recuerda insistentemente el autor— debe actuar fundamentalmente como asesor o consul-

tor en instituciones públicas o privadas que, como el hospital, tienen infinitos problemas de desajuste social, emocional y administrativo, que traban a menudo su acción y eficiencia. Pone especial énfasis el Dr. Bleger en el estudio detallado de lo que le corresponde hacer al psicólogo, desde los puntos de vista ético, profesional y técnico, al actuar en las instituciones que solicitan su asesoramiento. La tarea a realizar no constituye evidentemente el estudio exclusivo de los individuos enfermos o no, sino fundamentalmente el estudio de los roles y la acción desarrollados por los individuos que componen la institución en relación con los objetivos de esta última, lo que se olvida con frecuencia.

Existe ya un cúmulo suficiente de conocimientos en psicología individual, social e institucional como para permitir al psicólogo actuar como factor de cambio en materia de pautas de conducta.

Esta acción es mucho más valiosa cuando va dirigida a la llamada comunidad normal, para intervenir en los procesos que gravitan e influyen en la estructura de la personalidad y por lo tanto en las relaciones entre los seres.

Acentuar la necesidad de conocer lo mejor posible las leyes naturales y las tendencias que rigen los procesos psicológicos en el particular contexto cultural resulta obvio para una sociedad organizada y progresista, ya que de la acción individual y de sus propias organizaciones dependen la estabilidad social y la necesidad continua de crítica y mejoramiento. "...los procesos psicológicos forman parte de la realidad, de la misma manera que las instituciones y los objetos de la naturaleza —dice Bleger—, y no es po-

sible lograr modificación radical sino también con un conocimiento de sus leyes peculiares..." Más adelante agrega el autor: "Toda institución es el medio por el cual los seres humanos se pueden enriquecer o empobrecer o vaciarse como seres humanos; lo que comúnmente se llama adaptación es sometimiento a la alienación y a la estereotipia institucional."

Muy a menudo se recalca la capacidad del hombre para adaptarse a las variables condiciones físicas, sociales o institucionales del ambiente, en el sentido de ajuste, conformidad o sometimiento, considerándose ello como normal o deseable sin advertirse que la "adaptación" en el sentido biológico no elimina la tendencia natural del hombre a la independencia física y espiritual y a su sed inextinguible de cambio y progreso.

Está también en la capacidad del hombre modificar el ambiente para adaptarlo a sus anhelos y aspiraciones superiores, dominando a la naturaleza y perfeccionando sus instituciones.

La necesidad de ubicar al psicólogo como profesional especializado en diversas actividades específicas llevó al autor a separar ámbitos o áreas de trabajo demasiado estrictas y delimitadas, lo que nos resulta algo artificial.

A nuestro juicio, la tarea de curación y de prevención no la realizan sólo los médicos y especializados en salud pública. De igual manera resulta difícil asignar campos demasiado estrictos al psicólogo, a riesgo de crearse un cierto "imperialismo y estrechez profesional" al mismo tiempo. La idea de equipo integrado multidisciplinario, adecuado para nuestro mundo tecnológicamente avanzado, exige comprensión to-

tal de problemas y responsabilidad en áreas limitadas, pero no "monopolizadas".

Es así como reclaman a veces para sí el derecho de orientar y organizar la comunidad los sociólogos, los asistentes sociales, los economistas y los políticos, y a veces los especialistas en salud pública y los psicólogos. El trabajo en equipo impide en buena medida participar de actividades "como de exclusiva atribución de una profesión determinada", aceptando la necesidad de especialización, por antonomasia.

Coincidimos, no obstante, con el Dr. Bleger en la conveniencia de señalar campos de acción específicos relativos para las diferentes profesiones, dentro del trabajo en equipo y con programas compartidos.

Adquiere particular significación la defensa que hace el autor de este libro de la necesidad de dar amplio acceso al aprendizaje de las técnicas y conocimientos propios del psicoanálisis a médicos y sociólogos, que no han de consagrarse luego a ejercer como psicoanalistas, dada la indiscutible importancia de poner esta técnica y estos conocimientos al servicio de múltiples problemas de salud mental de carácter social e institucional.

Resulta sumamente grato para el que suscribe hacer la presentación de este nuevo libro del profesor Bleger, quien lo publica con la modestia del hombre de ciencia que sólo espera promover la necesaria discusión acerca de problemas que, como el de la "psico-higiene" y la "psicología institucional", necesitan ser clarificados y correctamente ubicados en el campo del conocimiento médico y psicológico para que las técnicas y métodos con que se abordan los estudios rela-

cionados con ellos alcancen la seriedad y eficacia requeridas.

Por el aporte de elementos de estudio e información que suministra, por la claridad de pensamiento y la profundidad de los planteamientos efectuados, debe considerarse el trabajo como de real significación y trascendencia.

Muchos puntos son pasibles de discusión y de futura revisión, pero la humanidad no progresaría si no hubiera hombres capaces de afrontar críticas y abrir nuevos caminos en la acción y el pensamiento científicos.

Prof. Dr. David Sevrer.

INTRODUCCION

Es posible que no se haya dado nunca en tal magnitud en nuestro país el fenómeno tan singular que para los psicólogos de mi generación ha significado el desarrollo de la psicología durante los últimos veinte o veinticinco años. El salto que hemos tenido que dar ha sido y sigue siendo muy grande. Desde una total desorientación y confusión de campos hemos tenido que orientarnos en los objetivos y métodos de la psicología, y fundamentalmente también, preocuparnos por el desarrollo de una psicología que no fuese puramente nocional o filosófica, llegando ahora al punto en que nos vemos necesitados y exigidos de elaborar un nuevo paso, que consiste en el hecho de que los problemas científicos de la psicología y el desarrollo de su investigación no pueden o no deben estar desvinculados de los requerimientos y exigencias de la vida real y cotidiana.

Soy de los que creen que el desarrollo de la psicología es una necesidad impostergable, del cual dependen no sólo un mejor conocimiento de las leyes psicológicas que rigen la conducta de los seres humanos, sino también la posibilidad de poder comprender y

orientar la organización y la vida de los seres humanos.

Es evidente que hemos aprendido —como especie— a manejar los hechos naturales, a manejar la naturaleza, a construir y manejar instrumentos, técnicas y objetos, pero no hemos aprendido todavía lo suficiente como para orientar la vida y las relaciones de los seres humanos, ya sean éstas de carácter individual, grupal, institucional o comunitario (nacional e internacional). Creo que la psicología ha dejado totalmente de ser un conocimiento “de lujo” y ha pasado a ser una necesidad impostergable, porque conocemos las leyes que rigen el movimiento de un objeto, pero no conocemos todavía bien las leyes psicológicas que rigen la vida humana. Y creo que de ellas dependen en cierta medida las situaciones de enorme tensión que estamos viviendo en la actualidad, las situaciones de inseguridad, permanentes riesgos, situaciones caóticas que pueden llegar al autoexterminio de gran parte de la humanidad, de sus logros, y aún de todos los seres humanos. Esto no significa de ninguna manera que crea que de la psicología dependa todo, pero sí creo que la psicología puede y debe gradualmente ofrecernos un aporte considerable para salvaguardar y mejorar la vida de los seres humanos.

Enfocada de esta manera, la psicología tiene que calar, penetrar cada vez más en la realidad social y en círculos más amplios, incluyendo el estudio de los grupos, de las instituciones y de la comunidad, tanto como problemas sociales nacionales e internacionales de todo tipo, ya que la dimensión psicológica se hace presente en todo, puesto que en todo interviene el ser humano.

Orientado de esta manera, pienso que si bien no tene-

mos por qué exigirnos resultados inmediatos, por otro lado debemos trabajar con una finalidad de investigación pero orientada por ciertos objetivos y finalidades que seguramente la misma investigación nos hará variar, mostrándonos derroteros cada vez más exactos y fructíferos. La función social del psicólogo y la trascendencia social de la psicología constituyen para mí una preocupación desde hace muchos años, y me he propuesto ampliar gradualmente el campo de investigación y de aplicación de la psicología. Es así como desde 1962 se han realizado en el departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires distintos seminarios, a mi cargo, sobre higiene mental y especialmente sobre todo lo que en ese capítulo corresponde al psicólogo y a la psicología; y la creación en 1965 de la cátedra de Higiene mental me obligó definitivamente a un esfuerzo para reubicar la psicología como ciencia y al psicólogo como profesional.

De estos seminarios y de esta cátedra, de la revisión bibliográfica, de la discusión de los problemas con los integrantes de la cátedra y con los estudiantes, han derivado algunos estudios que publico ahora en forma de libro, sin la pretensión de que constituya un libro de texto, sino con el propósito de promover inquietud, de problematizar las cuestiones y especialmente de ampliar las perspectivas de la psicología y de los psicólogos.

De los aspectos positivos y negativos de los capítulos que constituyen este libro podrán hacerse eco todos aquellos que de una u otra manera hayan tratado de enfocar estos problemas.

Se parte de un capítulo en el cual se abren las pers-

pectivas del psicólogo clínico frente a la higiene mental; le siguen otros sobre psicología institucional, psicología de la comunidad, grupo familiar, y uno último sobre las perspectivas del psicoanálisis en relación con la psiquiatria¹. Y dada la carencia de suficiente claridad sobre estos problemas y la manera de encararlos en la enseñanza, he creído conveniente agregar en el Apéndice el programa del curso de Higiene mental dictado en el segundo cuatrimestre de 1965, con la correspondiente bibliografía detallada, y también un breve comentario sobre el trabajo práctico realizado, que ha consistido en un intento de sistematizar el estudio psicológico de una comunidad, tarea que ha sido llevada a cabo por los estudiantes, dirigidos por el excelente cuerpo de colaboradores con que he contado. Con todos ellos tengo una deuda de gratitud, ya que han ofrecido y utilizado generosamente su tiempo, su capacidad y su inteligencia en la difícil tarea de organizar una cátedra de Psiquiatria, tarea cuyas mayores dificultades no sólo han residido en la estructuración formal de la misma, sino fundamentalmente en la organización de la materia, su contenido, su bibliografía, su orientación, sus objetivos, su integración teórica y práctica y la revisión de esquemas conceptuales y técnicas.

Especialmente quiero mencionar la inestimable colaboración que ha prestado generosamente el profesor

¹ El primer capítulo fue publicado en *Acta psiquiátrica y psicológica argentina* el 8/4/1962; el segundo, en el departamento de psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires (1965), el cuarto y quinto fueron leídos —respectivamente— en el simposio “Enfermedad mental y familia”, organizado por *Acta psiquiátrica y psicológica argentina*, y en una reunión científica del Instituto de Psicoanálisis (1965).

adjunto de la cátedra, Dr. Abraam Sonis, como reconocido especialista en los problemas de la salud pública, interesado siempre en el panorama psicológico de los problemas de la salud pública.

Me guía el propósito fundamental de que los distintos capítulos de este libro puedan promover interés para orientar a los psicólogos en el campo de la psicohigiene, y a la psicología en un camino que supere las antinomias entre teoría y práctica, entre ciencia y aplicación. Para mí, personalmente, este libro, o estos capítulos, constituyen un jalón más en el propósito de construir una psicología concreta, y veo ya con satisfacción la existencia de un buen número de psicólogos trabajando de acuerdo con los lineamientos que aquí se reseñan. Ellos estarán muy pronto en condiciones de ratificar, rectificar, ampliar y profundizar lo que han aprendido.

CAPÍTULO I

EL PSICOLOGO CLINICO Y LA HIGIENE MENTAL

La creación de la carrera de psicología en distintas universidades del país y el contar ya con egresados de las mismas, cuyo número irá progresivamente en aumento, plantea problemas de distinta índole. Uno de ellos es el del rol del psicólogo en la salud pública y, más especialmente, en la higiene mental.

De la correcta ubicación, desde el comienzo, de los psicólogos clínicos como profesionales en la sociedad y en el momento actual depende en gran proporción que no nos veamos ulteriormente enfrentados con problemas sumamente graves. Para aclarar mejor lo que quiero significar, voy a tomar someramente como ejemplo lo que ocurre actualmente en el campo de la medicina: sabemos que la mejor medicina sería aquella en la cual los profesionales dedicasen sus esfuerzos a la salud pública, es decir, dentro de una organización que centre y dirija los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud. Y, sin embargo, el profesional médico es preparado y ejerce en forma individual una medicina fundamentalmente asistencial.

Con ello, y en la práctica —entre otros males del sistema—, esperamos que la gente enferme para curarla, en lugar de evitar la enfermedad y promover un mejor nivel de la salud. La modificación de tal estado de cosas se ha tornado en la actualidad un problema sumamente difícil, como ocurre siempre que hay que introducir cambios radicales; con la agravante de que el mismo médico tiene, todavía en gran proporción, una dicotomía o disociación entre salud pública y medicina asistencial, y de que son los médicos los que, en no escasa medida, presentan una cierta resistencia al cambio y a la organización más racional de la medicina. No es menos cierto que este cambio no depende únicamente de la voluntad de los médicos; pero tampoco contamos con esto último para ello, ni con la conciencia cabal del problema y de sus soluciones. Hay que contar con que son las condiciones sociales y económicas las que actualmente hacen más fácil para el profesional la práctica de la medicina privada, asistencial e individualista. Es muy posible, sin embargo, que muy rápidamente esto vaya dejando de ser cierto en nuestro país, o quizá ya no lo sea.

Son muy variados los campos de actuación del psicólogo clínico; pero si éste se halla interesado predominantemente en los problemas psicológicos de la salud, tiene que ubicarse correctamente en el hasta ahora poco definido campo de la higiene mental, y en la medida en que lo vaya haciendo, el campo se irá configurando más clara y nítidamente. Quiero aclarar y subrayar que mi posición es la de que el psicólogo clínico, suficientemente preparado para ello, debe ser plenamente habilitado para poder desarrollar una actividad psicoterápica, porque —entre otras razones— es actual-

mente el profesional mejor preparado, técnica y científicamente, para dicha tarea; pero al mismo tiempo creo que la carrera de psicología tendrá que ser considerada como un fracaso desde el punto de vista social, si los psicólogos quedan exclusivamente y en su gran proporción limitados a la terapéutica individual. La función social del psicólogo clínico no debe ser básicamente la terapia, sino la salud pública, y dentro de ella, la higiene mental. El psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la psicohigiene y no esperar que la gente enferme para recién poder intervenir. Es a este problema al que me he referido al comienzo, y su correcta orientación debe ser encarada muy precozmente. Estas son verdades que no se ponen teóricamente en duda, pero que no se hacen todavía prácticas en la dimensión necesaria.

Higiene mental y psicohigiene

Una vez aceptada la premisa sostenida más arriba, quedan varios problemas muy básicos por plantear y resolver. Cuando se quiere enseñar higiene mental, lo que habitualmente se hace es, sencillamente, enseñar psicología y psicopatología; testimonio de ello son los textos más habituales de higiene mental, que son, en síntesis, no otra cosa que tratados abreviados de psicología evolutiva, psicopatología y psiquiatría.

El primer problema que nos planteamos es, entonces, el del contenido de la materia que tenemos que tratar en este seminario. Si nos orientamos por lo que indican las publicaciones corrientes sobre la materia, nos encontramos con que tendríamos que repetir conoci-

mientos que el psicólogo ya ha adquirido en el curso de su aprendizaje, proposición que nos deja lógicamente muy insatisfechos, aun contando con que la repetición no es nunca totalmente tal, sino siempre una aplicación y profundización. Pero conocer psicología y psicopatología no es todavía conocer higiene mental, aunque esta última presupone lo primero.

En este sentido, creo que lo que realmente corresponde en un seminario de higiene mental es el estudio de la *administración* de los conocimientos, actividades, técnicas y recursos psicológicos que ya han sido adquiridos, para encarar los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad como fenómenos sociales y colectivos. Tenemos que adquirir una dimensión social de la profesión del psicólogo, y con ello conciencia del lugar que ella ocupa dentro de la salud pública y la sociedad. Deseo promover un cambio en la actitud actual del estudiante, tanto como en la del psicólogo como profesional, llevando su interés fundamental desde el campo de la enfermedad y la terapia al de la salud de la comunidad; deseo evitar que los psicólogos tomen como modelo del ejercicio de su profesión a la actual organización de la medicina, en la falsa creencia de que ésa puede ser la organización óptima o necesaria.

La extensa bibliografía existente sobre el tema no aclara suficientemente esta perspectiva, que creemos es la única correcta. Hacemos totalmente nuestra la opinión de Sivadon y Duchene, para quienes la mayor parte de las publicaciones sobre higiene mental son irritantes y decepcionantes.

Objetivos de la higiene mental

Uno de los primeros objetivos, con el cual históricamente nace la higiene mental, figura o se encuentra entre los propósitos del movimiento que promovió el libro de C. W. Beers, publicado en 1908: "hacer algo por el enfermo mental", en el sentido de modificar la asistencia psiquiátrica, llevándola a condiciones más humanas (mejores hospitales y mejor atención) y con ello a la posibilidad de una mayor proporción de curaciones.

Un segundo paso histórico de fundamental importancia se da al plantear como objetivo ya no sólo el propósito anterior, sino también, básicamente, el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, con lo que se posibilita no sólo una tasa más elevada de curaciones, sino también disminución de sufrimientos y del tiempo necesario de internación, llegándose a que ésta sea en algunas oportunidades innecesaria. Esto significa que, una vez llenadas las necesidades básicas mínimas de camas, se propenda a una mejor utilización de las mismas, con un criterio funcional o dinámico de la internación, mediante el diagnóstico temprano —momentos en que la internación puede ser obviada o reducida en su duración—. Esto sigue siendo para nosotros un objetivo fundamental, en el nivel en que se desenvuelve o realiza la asistencia psiquiátrica en nuestro país; en general, el diagnóstico se hace todavía muy tardíamente y se diagnostica la enfermedad mental en momentos o períodos equivalentes al del diagnóstico del cáncer cuando ya hay caquexia y metástasis. En esto, el psicólogo clínico puede colaborar de manera muy fundamental, pero la responsa-

bilidad de este problema recae preponderantemente sobre el psiquiatra.

Un tercer objetivo, que se fue delineando cada vez más firme y netamente, ya no se refiere solamente a la posibilidad del diagnóstico precoz, sino básicamente a la profilaxis o prevención de las enfermedades mentales, actuando antes de que éstas hagan su aparición, y, en consecuencia, evitándolas.

En cuanto se han desarrollado, en cierta medida, los objetivos anteriores, aparece en la higiene mental la necesidad de atender a la rehabilitación, ya sea del paciente curado que debe reintegrarse a la vida plena, ya sea del curado con déficit o secuelas, o ya de aquel por quien la medicina curativa no pudo hacer nada.

El objetivo históricamente más reciente en la higiene mental ya no se refiere tan sólo a la enfermedad o a su profilaxis, sino también a la promoción de un mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud en la población. De esta manera ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total. El énfasis de la higiene mental se traslada así *de la enfermedad a la salud*, y, con ello, a *la atención de la vida cotidiana* de los seres humanos. Y esto es para nosotros de vital importancia e interés.

Estos cinco objetivos de la higiene mental no se suceden cronológicamente y en forma rigurosa en su aplicación, ni tampoco se excluyen, e inclusive los límites entre uno y otro no son totalmente netos; la terapéutica —por ejemplo— rinde beneficios directos a la profilaxis en cuanto que curar a un sujeto puede significar que él no grave patológicamente sobre sus hijos, y, por otra parte, si actuamos en el nivel de

la profilaxis, ello es inseparable del mejoramiento del nivel de la salud de la comunidad. Además, no deja de ser cierto que, en buena medida, los conocimientos necesarios para actuar en la profilaxis, en la rehabilitación y en la promoción de la salud derivan del campo de la patología y de la terapéutica. La profilaxis, como posibilidad concreta, llega muy tarde en el campo de la psiquiatría, por el hecho de que para desarrollarla se requiere conocer las causas de la enfermedad, lo cual —en forma científicamente rigurosa— queda todavía como una perspectiva del futuro. De tal manera, la profilaxis específica (atacar una causa para evitar una enfermedad dada) sólo resulta actualmente posible en muy pocos casos (parálisis general progresiva, por ejemplo), de tal manera que nuestra arma profiláctica más poderosa en el presente es de carácter inespecífico: la protección de la salud y, con ello, la promoción de mejores condiciones de vida.

La elección del objetivo a llenar en determinado momento tampoco puede ser un hecho mecánico, porque si bien debemos tender al último de los enumerados (promoción de la salud), no es menos cierto que en distintas comunidades los problemas y la urgencia de los mismos pueden determinar que el peso de la atención recaiga en un momento dado sobre el aspecto asistencial o sobre el profiláctico. Debemos confeccionar, si no una escala, por lo menos criterios de prioridad para decidir sobre la urgencia y posibilidades de actuar sobre los problemas y sus distintas implicaciones. Y esta decisión no es solamente un problema teórico, sino eminentemente práctico, aunque auxiliado por la teoría empleada en forma flexible o plástica, tal como debe ser utilizada toda teoría.

El psicólogo clínico debe ocupar un lugar en todo equipo de la salud pública, en cualquiera y en todos los objetivos de la higiene mental, en los cuales tiene funciones específicas que cumplir (las de la psico-higiene).

Extremos en higiene mental

Debemos estudiar y prevenirnos sobre ciertas actitudes o prejuicios frente a la higiene mental, que no sólo están presentes en el público, sino también entre los profesionales y, por supuesto, también entre los psicólogos clínicos.

Uno de los primeros prejuicios que debemos atender se refiere al de los polos idealización-menosprecio de las posibilidades de la higiene mental: o se espera de esta última soluciones milagrosas, o se desvalorizan todas sus posibilidades y realizaciones. Estas actitudes extremas dificultan o imposibilitan el necesario sentido de realidad, y como en todas las actitudes extremas, una vez embarcados en una de ellas, con facilidad se gira a la inversa. Con ello se corre paralelamente el riesgo de fluctuar entre la impotencia y la omnipotencia, con todos los prejuicios y daños de ambas. Hasta hace muy poco, y en cierta medida aún en la actualidad, se esperaba todo de la educación, exagerando visiblemente sus posibilidades reales. Para algunos se dio el mismo fenómeno con la eugenesia. Debemos evitar que lo mismo se repita ahora con la psicología, esperando que ella resuelva todos los males.

Trabajar en el campo de la psicohigiene significa inevitablemente estar actuando en los problemas sociales y en las condiciones de vida de los seres humanos; de

aquí deriva otra posibilidad de extremos, muy relacionados con los recién descritos, y que consiste —por una parte— en creer que la higiene mental (y la higiene en general), se reduce a una reforma económico-política de la sociedad, y —por otra parte— en la tendencia a transformar la higiene mental en un movimiento ideológico en sí mismo. Ubicando la higiene mental en su justa medida y posibilidades, no podemos ni debemos desentendernos de las condiciones económicas y sociales de una comunidad, entre otras razones, porque hay situaciones por debajo de las cuales la higiene mental consiste justamente en atender dichos problemas sociales (alimentación, vivienda, etc.). El profesional debe actuar en su condición inseparable de ser humano; lo uno no debe absorber ni anular lo otro.

Indagación y acción

Cuando se habla de investigación, tenemos todavía, en gran medida, el modelo del investigador experimental de las ciencias naturales, quien configura una situación artificial de pocas variables para poder trabajar, y con ello caemos en el prejuicio de creer que fuera de esas condiciones la investigación es imposible. Las ciencias sociales, especialmente, han mostrado hasta la evidencia que ello no es correcto.

El psicólogo clínico debe, en el campo de la higiene mental, aplicar el principio de que indagación y acción son inseparables y que ambas se enriquecen recíprocamente en el proceso de una praxis. Esto no constituye una manifestación de deseos, sino una condición fundamental para operar correctamente. La acción

debe ser precedida de una investigación; pero la investigación misma es ya una actuación sobre el objeto que se indaga. Las modificaciones obtenidas o resultantes deben a su vez reactuar sobre los niveles y pasos seguidos en la investigación, de tal manera que otra vez actúen sobre las modificaciones ya logradas, y esto en un proceso de permanente interacción. Todos los factores que comprenden la investigación y la acción deben ser incluidos como variables del fenómeno mismo que se estudia y que se va modificando mientras se estudia. Cada paso dado en la acción debe, a su vez, ser investigado en sus efectos, incluyendo en ello el hecho de que la investigación misma es ya una actuación. Esta indagación operativa debe ser tenida muy en cuenta tanto por el psicólogo clínico como por todo trabajador social, y sólo con ella será fructífera tanto la investigación como sus efectos y la aplicación de sus resultados. Cada hipótesis resulta investigada en el hecho de su aplicación, dando esto lugar de inmediato a su ampliación o rectificación. La etapa de aplicación implica necesariamente la investigación de lo que se está aplicando.

Dentro de este encuadre general es que estudiaremos la administración de métodos y técnicas psicológicos y sociales que el psicólogo ya ha aprendido anteriormente en el curso de sus estudios, y a ello se debe agregar el conocimiento del método epidemiológico en el estudio de los trastornos mentales, que se ha tornado un instrumento fundamental e imprescindible en el campo de la higiene mental.

Salud pública e higiene mental

La higiene mental es una rama de la salud pública y debe ser encarada en concordancia con la organización y el nivel que esta última haya alcanzado en cada lugar, de tal manera que no pueden desvincularse entre sí ¹.

La higiene comprende el conjunto de conocimientos, métodos y técnicas para conservar y desarrollar la salud. El informe número 31 de la Organización Mundial de la Salud, de diciembre de 1952, dice que la higiene mental "consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental". Dentro de la higiene mental se puede contar con una rama especial, que interesa particularmente al psicólogo clínico: es el campo de la psicohigiene. Se lo denomina así, no porque se busque la salud psíquica (lo cual sería un absurdo), sino porque se actúa fundamentalmente sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas procedentes del campo de la psicología y la psicología social. Y éste es el campo privativo del psicólogo clínico.

Lo mismo que para el caso de la psicohigiene, habría, en rigor, que hablar de higiene mental y de salud mental sólo para referirse al campo de acción y no a un sector de los resultados, porque toda actuación en la salud pública tiene efectos sobre los fenómenos mentales y psicológicos (alimentación, avitaminosis, infecciones, etc.) tanto como las medidas de psicohigiene tienen repercusión directa sobre la salud corporal

¹ Se tiende actualmente a emplear la expresión salud mental para facilitar el concepto de integración de las llamadas medicina curativa, preventiva y social.

(ejemplo: los estudios de Spitz, M. Ribble y otros sobre la carencia de amor y sus efectos patológicos). De otra manera, estamos prolongando en la terminología un dualismo que rechazamos en la teoría.

La higiene mental, como ya hemos dicho, es parte integrante de la salud pública, pero creemos que la psiquihigiene rebasa los límites de la medicina, tanto como rebasa las posibilidades de acción del médico. Cuando algunos ubican al psicólogo clínico como auxiliar de la medicina, es porque no se ha entendido la función y extensión de la psiquihigiene, reduciéndola a la terapia de las neurosis y psicosis. Sería similar al hecho de querer ubicar a los maestros como auxiliares de la medicina en función de la intervención e influencia que ellos tienen como profesionales sobre el equilibrio emocional y psicológico de los niños. Es posible que haya que admitir como capítulo más vasto el de la salud mental, y dentro de él considerar incluidas tanto la higiene mental como la psiquihigiene, como dos capítulos que no se superponen totalmente, aún con la gran cantidad de puntos de contacto.

El psicólogo clínico opera, en realidad, con esquemas conceptuales y con técnicas que corresponden más al campo del aprendizaje (*learning*) que al de la clínica.

Todo lo relativo a la salud pública tiene estrecha conexión con la organización estatal, y de ello deriva, con mucha frecuencia, una actitud de expectación o dependencia, en la cual se espera todo de los poderes públicos. Por supuesto que de ellos depende en gran medida la planificación racional y la posibilidad de llevar a cabo los proyectos en la escala necesaria, pero no es menos cierto que también nosotros somos un "poder

público” y que muchos proyectos y acciones deben y tienen que partir de los profesionales mismos, en el carácter de tales. La psichigiene, que es la tarea de gravitación que le corresponde específicamente al psicólogo clínico, tiene también, y en gran medida, que confiar y basarse sobre esfuerzos profesionales no totalmente estatales.

Después de esto, nos corresponde ahora responder también a distintos interrogantes que se nos plantean de inmediato: con la psichigiene, ¿dónde intervenir? ¿Sobre quién o qué? ¿Cómo? ¿Con qué? Éstas son preguntas cuyas respuestas nos van a ocupar extensamente.

El esquema que se ha estereotipado y difundido es que la acción en higiene mental y en psichigiene consiste en abrir un consultorio, dispensario o laboratorio para atender a los enfermos mentales o sospechosos de serlo que a él acuden o le son remitidos. Esto es justamente, y en primer lugar, lo que no debe hacerse, si se pretende una actividad racional y fructífera.

El psicólogo clínico debe salir en busca de su “cliente”: *la gente en el curso de su quehacer cotidiano*. El gran paso en psichigiene consiste en esto: no esperar que venga a consultar gente enferma, sino salir a tratar y a intervenir en los procesos psicológicos que gravitan y afectan la estructura de la personalidad, y —por lo tanto— las relaciones entre los seres humanos, motivando con ello al público para que pueda concurrir a solicitar sus servicios en condiciones que no impliquen enfermedad. Esto abre una perspectiva ancha y promisoria para la salud de la población y una fuente de profunda gratificación para el profesional.

Ámbitos de actuación

En este pasaje del psicólogo clínico de la enfermedad a la promoción de la salud, al encuentro de la gente en sus ocupaciones y quehaceres ordinarios y cotidianos, nos encontramos con distintos niveles de organización, entre los que tenemos que tener en cuenta, fundamentalmente, las instituciones, los grupos, la comunidad, la sociedad.

Una institución no es sólo un lugar donde el psicólogo puede trabajar; es un nivel de su tarea. Cuando ingresa a trabajar en una institución (escuela, hospital, fábrica, club, etc.), lo primero que debe hacer es *no abrir un gabinete, ni laboratorio, ni consultorio* para la atención de los individuos enfermos que integran la institución. Su primera tarea es investigar y tratar la institución misma; ése es su primer "cliente", el más importante. No se debe crear otra institución dentro de la primera, a la manera de una superestructura, porque la psicosigienencia no es una superestructura que tiene que ser manejada aparte o sobreagregada a la vida y a las instituciones, sino dentro de las mismas. Se debe examinar la institución desde el punto de vista psicológico: sus objetivos, funciones, medios, tareas, etc.; los liderazgos formales e informales, la comunicación entre los status (vertical) y los intrastatus (horizontal), etc. Teniendo siempre en cuenta que esta indagación en sí es ya una actuación que modifica la institución y crea además distintos tipos de tensiones con el psicólogo mismo, que éste tiene que atender como parte integrante de su tarea. El psicólogo es, en una institución, un colaborador, y de ninguna manera debe convertirse en centro de la misma; sus funciones deben

ejercerse a través de los integrantes regulares de la misma. En este orden de cosas, el psicólogo es un especialista en tensiones de la relación o comunicación humana, y éste es el campo específico sobre el que debe actuar. La psicohigiene en una institución debe funcionar engranada o incluida en el proceso regular o habitual de la misma, y no transformarse en una superestructura superpuesta. Los que le consultan y los sucesos que debe atender no deben ser encarados en función de la problemática individual, sino institucional.

Un segundo nivel, muy relacionado con el anterior, es el de la actuación sobre los grupos humanos. Es muy variada la composición de los grupos, y el psicólogo debe tender a actuar sobre los que configuran "unidades naturales", es decir, grupos preformados, aquellos que tienen ya dinámicamente configurada su función dentro de determinada institución social: el grupo familiar, el fabril, el educacional, el equipo de trabajo, etc. Otra de sus modalidades es la de los grupos artificiales, que pueden ser homogéneos o heterógeneos, en edad, sexo, problemática, grado de salud o de enfermedad, etc. Las técnicas grupales a utilizar deben ser escogidas, según el caso, entre las disponibles: terapéuticas, de discusión, operativas, de tarea, etcétera.

El trabajo sobre el nivel de la comunidad tiene que hacerse aprovechando todos los medios de comunicación (radio, televisión, afiches, periódicos, folletos, etc.) y los organismos e instituciones ya existentes (club, fábrica, escuela, hospital, etc.), actuando sobre la problemática, las tareas y las situaciones de tensión colectiva. Las técnicas son también variadas y deben

adecuarse a los problemas, objetivos perseguidos y realizaciones factibles.

Sin ánimo de presentar una clasificación exhaustiva o integral, los tipos de situación o de problemática en los que el psicólogo debe intervenir se pueden agrupar de la siguiente manera: 1) Momentos o períodos del desarrollo o de la evolución normal: embarazo, parto, lactancia, niñez, pubertad, juventud, madurez, edad crítica, vejez; 2) Momentos de cambio o de crisis: inmigración o emigración, casamiento, viudez, servicio militar, etc.; 3) Situaciones de tensión normal o anormal en las relaciones humanas: familia, escuelas, fábricas, etc.; 4) Organización y dinámica de instituciones sociales: escuelas, tribunales, clubes, etc.; 5) Problemas que crean ansiedad en momentos o períodos más específicos de la vida: sexualidad, orientación profesional, elección de trabajo, etc.; 6) Situaciones altamente significativas que requieren información, educación o dirección: crianza de los niños, juegos, ocio en todas las edades, adopción de menores, etc. Como es fácil deducir, el psicólogo interviene absolutamente en todo lo que incluye o implica seres humanos, para la protección de todo lo que concierne a los factores psicológicos de la vida, en sus múltiples manifestaciones: se interesa, en toda su amplitud, por la asimilación e integración de experiencias en un aprendizaje adecuado, con plena satisfacción de todas las necesidades psicológicas.

Fuera de todos estos aspectos de la psicohigiene, más implicados en el objetivo de promoción de la salud, le toca también al psicólogo asumir un rol de importancia en todos los enumerados con anterioridad: terapéutica, profilaxis, rehabilitación, diagnóstico precoz.

Nos hemos detenido más especialmente en la promoción de la salud, porque creemos que es ahí donde debe centrarse predominantemente el esfuerzo de la higiene mental, aun en centros o dispensarios eminentemente terapéuticos o de rehabilitación. Confío en que progresivamente, y con esta amplitud, la psicohigiene será el campo específico del psicólogo clínico. Como se puede deducir de lo hasta aquí expuesto, la psicohigiene no excluye la posibilidad del ejercicio privado de una profesión. Aquí el psicólogo se encuentra con una anomalía muy particular, que en gran proporción encuentran también buen número de otros profesionales: la de que con muchísima frecuencia las actividades profesionales más racionales y socialmente más productivas son las menos o peor remuneradas. Por otra parte, y en forma casi paralela, poseemos en todos los campos de la higiene muchos más conocimientos de los que realmente podemos aplicar, a causa de limitaciones económicas, sociales y políticas. El problema de incrementar la efectividad de los profesionales es distinto al del mejoramiento de su competencia científica y técnica.

Educación sanitaria

Este capítulo de la higiene merecerá atención especial del psicólogo, en virtud de la gran importancia que tiene y por la contribución especial que a la misma puede aportar. No hay programa de higiene que pueda realizarse sin la colaboración y participación activa de la comunidad, la educación sanitaria tiende a producir cambios estables de determinadas pautas de conducta de la comunidad.

En esta tarea corresponde al psicólogo evaluar los prejuicios y las resistencias, los miedos al cambio, el estudio del mensaje en función de los resultados que desea obtener, seleccionar las personas a las que debe preferentemente dirigirse: la comunidad total, profesionales, personas "claves" de la comunidad (maestros, religiosos, policías, magistrados, presidentes de clubes, etc.). La forma de llegar al público es también un ítem que debe ser cuidadosamente considerado: contactos personales, prensa, televisión, etcétera.

Se deben tener también en cuenta las distorsiones y peligros que puede originar una educación o una propaganda sanitaria mal encauzada; entre ellos, el promover actitudes paranoides o hipocondríacas en la población.

CAPÍTULO II

PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

A continuación de un seminario para graduados sobre Higiene mental dictado en el año 1962 en el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, se realizó en 1964 —también bajo mi dirección— otro sobre el mismo tema, pero que ya se centró totalmente en la psicología institucional; es de este último que se da aquí un resumen. El nexo entre ambos temas es muy evidente y reside en la perspectiva y los lineamientos dentro de los cuales deseamos ver desarrollarse la psicología y la profesión del psicólogo. Esta misma publicación continúa ese propósito fundamental de crear inquietud, especialmente en las nuevas promociones de psicólogos, atrayendo la atención de los mismos hacia enfoques menos limitados —o más amplios— que permitan su mejor ubicación social, un cumplimiento más eficaz de su rol de profesional o técnico de la psicología, volcando su quehacer hacia actividades sociales de más envergadura, trascendencia y significación.

La posición general sustentada puede resumirse en

las siguientes proposiciones, ya dadas anteriormente a conocer en otra publicación: a) el psicólogo como profesional debe pasar de la actividad psicoterápica (enfermo y curación) a la de la psicohigiene (población sana y promoción de salud); b) para ello se impone un pasaje de los enfoques individuales a los sociales. El enfoque social es doble: por un lado comprende los modelos conceptuales respectivos y, por otra parte, la ampliación del ámbito en el que se trabaja. Para lograr todo esto es necesario el desarrollo de nuevos instrumentos de trabajo: conocimientos y técnicas que puedan hacer viable la tarea y fructíferos los principios. Pero, por otra parte, estos instrumentos sólo pueden ser logrados enfrentando paulatinamente la tarea, porque sólo en esa experiencia viva se pueden ir gestando.

Psicología institucional —tal como la entiendo aquí— es un capítulo reciente en el desarrollo de la psicología, y nadie puede, en la actualidad, ostentar ni apoyarse en una vasta experiencia. Tampoco puedo yo; mi experiencia personal directa es hasta ahora limitada e incluye fundamental y casi únicamente organismos hospitalarios y educacionales; en otras instituciones mi participación fue con gran frecuencia indirecta, a través de la supervisión del trabajo de psicólogos. La necesidad de promover nuevas inquietudes y de orientar precoz y adecuadamente la ubicación profesional correcta del psicólogo hace que ahora comunique esa experiencia y conocimientos sobre el tema, tal como —en gran parte— han sido desarrollados y elaborados en los seminarios a que hice referencia, y en los que he contado con la colaboración inestimable de un grupo de egresados de la carrera de psicología que

con gran entusiasmo e inteligencia se han hecho eco de la necesidad de tener conciencia clara de su rol en la sociedad y de cumplirlo lo más eficientemente posible. Entre los antecedentes fundamentales en que nos basamos se encuentran las contribuciones de Enrique Pichon Rivière y Elliot Jaques, hacia quienes debemos dejar constancia de nuestra gratitud por la obra en este sentido realizada. El Dr. Enrique J. Pichon Rivière ha sido, también en este campo, un eficaz promotor de inquietudes, tal como lo ha sido siempre en nuestro país en la totalidad de la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría.

Hasta ahora he subrayado la psicología institucional en relación con el psicólogo en tanto profesional, y esto puede llevar al error de suponer que estamos hablando de una actividad subalterna, de una "parte práctica", de aplicación de la psicología, mientras que la "verdadera" ciencia psicológica y la investigación psicológica se hallan en otro lado. Tales presunciones derivan de una concepción abstracta e irreal de la ciencia. La psicología institucional se inserta tanto en la historia de las necesidades sociales como en la historia de la psicología, y dentro de esta última no se trata sólo de un campo de aplicación de la psicología, sino fundamentalmente de un campo de investigación; no hay posibilidad de ninguna tarea profesional correcta en psicología si no es al mismo tiempo una investigación de lo que está ocurriendo y de lo que se está haciendo. La práctica no es una derivación subalterna de la ciencia, sino su núcleo o centro vital; y la investigación científica no tiene lugar por encima o fuera de la práctica, sino dentro del curso de la misma. En este sentido, pesa el ejemplo (el mal ejemplo) de otras cien-

cias y actividades profesionales, tales como la medicina; en ella, la ciencia y la investigación está en los laboratorios, mientras que la práctica constituye la función de los médicos, quienes deben *aplicar* las consecuencias de dicha investigación. Este es un esquema alienante y de efectos o resultados altamente perniciosos; para los médicos, los enfermos, la sociedad y la ciencia. El experimento y el laboratorio deben constituir un momento del proceso total de la investigación, que es inseparable de la práctica misma, tanto como esta última se transforma, sin investigación concomitante, en un empirismo grosero.

Con todo esto quiero señalar claramente que la psicología institucional no es una rama de la psicología aplicada¹, sino un campo de la psicología, que puede significar en sí mismo un avance extraordinario tanto en la investigación como en el desarrollo de la psicología como profesión. Para decirlo de otra manera, pienso que no se puede ser psicólogo si no se es al mismo tiempo un investigador de los fenómenos que se quieren modificar, y no se puede ser investigador si no se extraen los problemas de la misma práctica y de la realidad social que se está viviendo en un momento dado, aunque transitoriamente y por razones metodológicas de la investigación se aislen momentos del proceso total².

Se puede decir que la psicología se desarrolla ganando terreno a la abstracción y afirmándose gradual

¹ Toda la así llamada psicología aplicada tiene en sí una alienación como vicio.

² La distorsión aparece en tanto dichos momentos son asumidos por personas distintas que se mantienen aisladas entre sí y en tanto se pierde el *carácter técnico que tiene el aislamiento* en la investigación y se desemboca en una pérdida o carencia de la visión global y de la interacción del proceso.

y progresivamente en el terreno de lo concreto: desde una psicología inhumana del hombre hacia una psicología que capte lo específicamente humano. Brevemente podemos consignar las siguientes etapas:

a) Estudio de partes abstractas y abstraídas del ser humano (atención, memoria, juicio, etc.);

b) Estudio del ser humano como totalidad pero abstraído del contexto social (sistemas mecanicistas, energetistas, organicistas, etc.);

c) Estudio del ser humano como totalidad en las situaciones concretas y en sus vínculos interpersonales (presentes y pasados). A partir de este tercer enfoque conceptual y metodológico, el desarrollo se ha cumplido ampliando los ámbitos en forma progresiva:

a) ámbito psicosocial (individuos);

b) ámbito sociodinámico (grupos);

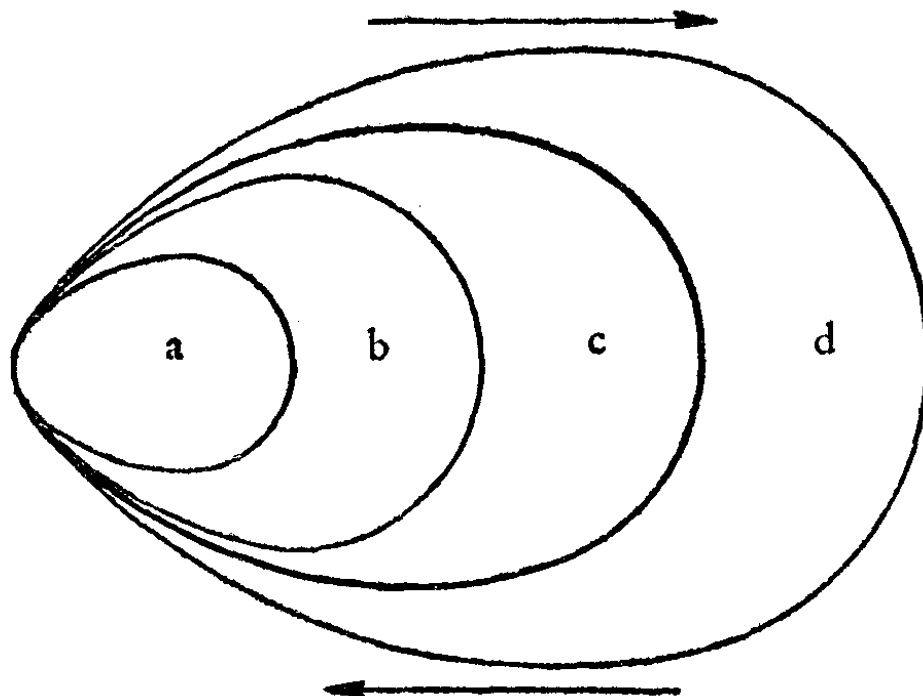


FIGURA 1

Ámbitos de la psicología: a) psicosocial; b) sociodinámico; c) institucional; d) comunitario. Las flechas son explicadas en el texto.

c) ámbito institucional (instituciones);

d) ámbito comunitario (comunidades).

Conviene aclarar que no son sinónimos y que, por lo tanto, no coinciden psicología individual y ámbito psicosocial, tanto como tampoco coinciden psicología social con ámbito sociodinámico; la diferencia entre psicología individual y social no reside en el ámbito particular que abarcan una y otra, sino en el modelo conceptual que utiliza cada una de ellas; así, se puede estudiar la psicología del grupo (ámbito sociodinámico) —por ejemplo— con un modelo de la psicología individual, tanto como se puede estudiar al individuo (ámbito psicosocial) con un modelo de la psicología social. Por ello decía anteriormente que se impone un pasaje de los enfoques individuales a los sociales en el doble sentido de *reforma de los modelos conceptuales y ampliación del ámbito de trabajo*. La psicología institucional requiere e implica ambas cosas.

En cuanto a la ampliación de ámbitos, el desarrollo de la psicología ha seguido el curso del sentido A (en figura 1), pero esta dirección ha coincidido en cierta medida con una extensión de los modelos de la psicología individual a todos los otros ámbitos. A medida que vamos abarcando en la práctica nuevos ámbitos y se estructuran nuevos modelos conceptuales adecuados, se impone el sentido B (de la misma figura); es decir, debemos retomar el estudio de las instituciones con modelos de la psicología de la comunidad, el estudio de grupos con modelos de la psicología institucional y de la comunidad, y el estudio de individuos con los modelos de la psicología de grupos, comunidad e instituciones. Queda, en este sentido, evidentemente, una gran tarea por realizar en el desarrollo de

la psicología. En rigor, este desarrollo apenas ha comenzado y es muy reciente ³.

Cuando hablo de modelos de la psicología individual me refiero al hecho de que los mismos se caracterizan fundamentalmente por partir del individuo aislado para explicar las agrupaciones humanas y aplican a estas últimas las categorías observables y conceptuales que corresponden o se han utilizado para el individuo aislado (organismo, homeostasis, libido, etc.), y de esta manera se explican los grupos, las instituciones y la comunidad, por las características de los individuos. Cuando me refiero a los modelos de la psicología social tengo en cuenta el hecho de utilizar categorías adecuadas al carácter de los fenómenos de las agrupaciones humanas (comunicación, interacción, identificación, etc.), que en gran parte tienen que ser todavía descubiertos y creados.

El estudio de las instituciones abarca tres capítulos fundamentales en estrecha relación e interdependencia, pero que pueden ser caracterizados de la siguiente forma:

- (a) Estudio de la estructura y dinámica de las instituciones;
- (b) Estudio de la psicología de las instituciones;
- (c) Estrategia del trabajo en psicología institucional.

Aquí no estudiaremos la institución en sí misma, es decir, su estructura y su dinámica, sino fundamentalmente la *estrategia general del psicólogo en el trabajo*

³ "...lo que la psicología clásica considera como el punto de partida de la psicología, es decir el conocimiento del individuo, no puede hallarse sino precisamente al final..."
POLITZER.

institucional; aunque reseñaremos brevemente el capítulo de la psicología de las instituciones, tampoco nos ocuparemos aquí de los instrumentos específicos (las técnicas) para trabajar en psicología institucional.

Del análisis realizado en nuestros seminarios surgió como lo más fundamental o urgente en este momento el estudio de lo que llamamos la estrategia del trabajo institucional, y en este sentido —dentro de la estrategia— lo más importante es el *encuadre de la tarea*, es decir, la fijación de ciertas constantes dentro de las cuales se pueden controlar las variables del fenómeno, por lo menos en cierta medida. Dentro de estas constantes, que deben ser dadas por el encuadre, dos de ellas tienen una importancia relevante, a saber:

- ✓ a) la relación del psicólogo con la institución en la contratación, programación y realización del trabajo profesional;
- ✗ b) los criterios que sustentan dicha relación.

El conjunto de todos estos factores constituye la estrategia del trabajo tanto como su teoría en el campo de la psicología institucional.

Este enfoque es el más conveniente y el que más corresponde utilizar al tratarse de profesionales psicólogos, como en el caso de los seminarios realizados, dado que ellos poseen ya los instrumentos o técnicas para trabajar tanto en el ámbito psicosocial como en el sociodinámico, institucional y de la comunidad (entrevistas, encuestas, técnicas grupales, etc.); mientras que lo que hace falta es el marco dentro del cual dichas técnicas van a ser empleadas, es decir, *la forma en que se deben administrar los conocimientos y técnicas*. Esta aclaración se hace necesaria en función de que es posible que para otros profesionales que inten-

ten abarcar o realizar tareas en el ámbito institucional puede ser necesario o imprescindible otro tipo de aproximación al problema, distinto del aquí utilizado.

Lo fundamental de lo expuesto hasta ahora puede ser sintetizado de la siguiente manera:

PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--|---|---------------------------------|---|--|--------------------------------|--|
| 1) Se caracteriza por | { | A) Un <i>ámbito</i> especial, es decir, por un segmento de la extensión de los fenómenos;
B) Un <i>modelo conceptual</i> perteneciente a la psicología social. | | | | | | |
| 2) Comprende el estudio de | { | A) <i>Estructura y dinámica</i> de las instituciones;
B) <i>Psicología</i> de las instituciones;
C) <i>Estrategia</i> del trabajo del psicólogo. | | | | | | |
| | | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle; font-size: 2em;">{</td> <td style="vertical-align: middle;"> 1. <i>Encuadre</i> de la tarea. </td> <td style="vertical-align: middle;"> a) Fijación de constantes;
 b) <i>Administ.</i> de conoc. y técnicas. </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="vertical-align: middle;">2. <i>Teoría</i> del encuadre.</td> <td></td> </tr> </table> | { | 1. <i>Encuadre</i> de la tarea. | a) Fijación de constantes;
b) <i>Administ.</i> de conoc. y técnicas. | | 2. <i>Teoría</i> del encuadre. | |
| { | 1. <i>Encuadre</i> de la tarea. | a) Fijación de constantes;
b) <i>Administ.</i> de conoc. y técnicas. | | | | | | |
| | 2. <i>Teoría</i> del encuadre. | | | | | | | |

Qué es la psicología institucional

Como ya hemos visto, la psicología institucional se caracteriza por el ámbito (las instituciones) y por sus modelos conceptuales; dentro de su estrategia se incluye, como parte fundamental, el encuadre de la tarea y la administración de los recursos.

El ámbito, que comprende la extensión o amplitud

particular en que los fenómenos son abarcados para su estudio o para la actividad profesional, es, en la psicología institucional —por supuesto—, la institución. Este último término tiene diversos sentidos que requieren ser aquí someramente examinados. En su *Diccionario de sociología*, Fairchild incluye dos acepciones: 1) “Configuración de conducta duradera, completa, integrada y organizada, mediante la que se ejerce el control social y por medio de la cual se satisfacen los deseos y necesidades sociales fundamentales”; ② “Organización de carácter público o semipúblico que supone un cuerpo directivo y, de ordinario, un edificio o establecimiento físico de alguna índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado. A esta categoría corresponden unidades tales como los asilos, universidades, orfelinatos, hospitales, etc.”. En nuestra definición de psicología institucional se comprende la institución en el segundo de los sentidos dados por Fairchild, y dentro de éste se incluye el estudio de los factores caracterizados en la primera de las acepciones. Psicología institucional abarca entonces el conjunto de organismos de existencia física concreta, que tienen un cierto grado de permanencia en algún campo o sector específico de la actividad o la vida humana, para estudiar en ellos todos los fenómenos humanos que se dan en relación con la estructura, la dinámica, funciones y objetivos de la institución. Con esta definición quiero subrayar que a la psicología institucional no le atañen, por ejemplo, las leyes en cuanto instituciones, sino los organismos en que concretamente se aplican o funcionan (tribunales, cárceles, etc.) dichas leyes en su forma específica. En algunas oportunidades se dan ciertas dis-

crepancias entre uno y otro sentido, como es el caso, por ejemplo, de la familia, que es una institución social, pero que para el psicólogo es un grupo en cuanto organización concreta que enfrenta en su tarea profesional. De igual manera, la religión es también una institución social, pero la religión de un grupo familiar no es una institución; para la religión, las instituciones que interesan a la psicología institucional son las de sus organismos específicos (iglesia, parroquia, etc.).

Burgess (citado por Young) menciona cuatro tipos principales de instituciones:

(a) Instituciones culturales básicas (familia, iglesia, escuela);

(b) Instituciones comerciales (empresas comerciales y económicas, uniones de trabajadores, empresas del Estado);

(c) Instituciones recreativas (clubes atléticos y artísticos, parques, campos de juego, teatros, cines, salones de baile);

(d) Instituciones de control social formal (agencias de servicios sociales y gubernamentales).

A ellas, Young agrega:

(e) Instituciones sanitarias (hospitales, clínicas, campos y hogares para convalecientes, que puedan incluirse o no en el grupo de agencias de servicio social);

(f) Instituciones de comunicación (agencias de transporte, servicio postal, teléfonos, periódicos, revistas, radios).

Incluyo esta clasificación a título más bien ilustrativo de la amplitud del trabajo profesional en psicología institucional, pero para nuestro objetivo presente

no se hace de ninguna manera imprescindible una clasificación exhaustiva o rigurosa de las instituciones.

Dada una institución, el psicólogo centra su atención en la actividad humana que en ella tiene lugar y en el efecto de la misma para los que en ella desenvuelven dicha actividad. Para ello se impone un mínimo de información sobre la institución misma, que, por ejemplo, incluye:

- a) finalidad u objetivo de la institución;
- b) instalaciones y procedimientos con los que se satisface su objetivo;
- c) ubicación geográfica y relaciones con la comunidad;
- d) relaciones con otras instituciones;
- e) origen y formación;
- f) evolución, historia, crecimiento, cambios, fluctuaciones; sus tradiciones;
- g) organización y normas que la rigen;
- h) contingente humano que en ella interviene: su estratificación social y estratificación de tareas;
- i) evaluación de los resultados de su funcionamiento; resultado para la institución y para sus integrantes. Items que para ello utiliza la institución misma.

Circunscripto el ámbito en el que corresponde trabajar, lo que caracteriza específicamente a la psicología institucional es un encuadre particular de la tarea; dentro del encuadre se deben contar, en primer lugar, dos principios, estrechamente interrelacionados:

- a) toda tarea debe ser emprendida y comprendida * en función de la unidad y totalidad de la institución;
- b) el psicólogo debe considerar muy particular-

mente la diferencia entre psicología institucional y el trabajo psicológico en una institución.

En psicología institucional nos interesa la institución como totalidad; podemos ocuparnos de una parte de ella, pero siempre en función de la totalidad. Para ello, el psicólogo deduce su tarea de su propio estudio diagnóstico, a diferencia del psicólogo que trabaja en una institución pero en funciones que le son fijadas por los directivos de la misma o por un cuerpo profesional que no ha dejado lugar a que el psicólogo haya deducido su tarea de una evaluación propia y técnica de la institución. En el primer caso el psicólogo es un asesor o consultor y en el segundo es un empleado, y la tarea concerniente a la psicología institucional no se puede realizar en situación de empleado⁴, sino en la de asesor o consultor, porque hay una distancia óptima en la *dependencia económica* y en la *independencia profesional*, que es básica en el manejo técnico de las situaciones. Un psicólogo empleado —por ejemplo— para seleccionar personal o para aplicar tests a los integrantes o socios, no realiza una tarea dentro del encuadre de la psicología institucional, porque su tarea no ha derivado de su estudio y diagnóstico de la situación, así como no ha sido deducida de lo que a su juicio profesional realmente corresponde realizar en la institución. La experiencia muestra, además, que en la institución que se estudia no se debe tener sino un solo rol; por ejemplo, no se puede ser el psicólogo institucional en un

⁴ Empleado se refiere aquí al status en el que se realizan tareas dispuestas por un status superior sin haber participado en la programación de las mismas; en otros términos, sólo se cumplen órdenes.

hospital y al mismo tiempo realizar en el mismo lugar una tarea de otro orden (asistencial o didáctica, por ejemplo). El cumplir dos roles diferentes en el mismo lugar implica una superposición y confusión de encuadres con situaciones que se hacen muy difíciles de evaluar y manejar.

El o los asesores pueden ser contratados para el estudio de un problema definido propuesto por la institución misma, sin que ello, por sí solo, invalide la condición de asesor, en tanto que el estudio se realiza dentro de la totalidad y unidad de la institución, valorando el peso y significado del problema, los motivos por los que ha sido propuesto y los términos y relaciones del mismo.

Lo realmente importante e impostergable es que la dependencia económica del psicólogo institucional tiene que ser fijada en términos tales que no comprometan su *total independencia profesional*; todos los detalles concernientes a la inclusión del psicólogo en una institución tienen que ser recogidos por él como índices de las características de la institución y de las situaciones que deberá enfrentar. La condición de tener un sueldo fijo mensual y una obligación en el cumplimiento de horarios no invalida por sí misma y por ese solo factor la condición de consultor o asesor, pero esta última debe ser siempre especialmente estipulada y después siempre defendida. La experiencia aconseja fijar un honorario global para una primera tarea diagnóstica que tiene que ser previamente delimitada en su duración, y posteriormente fijar honorarios, así como las horas diarias o semanales a dedicar a la institución, al mismo tiempo que establecer el horario y días de trabajo, que luego han

de respetarse rigurosamente. Los honorarios deben ser fijados en función del número de personas que han de intervenir en la tarea, teniendo en cuenta el cómputo del tiempo que ha de dedicarse fuera de la institución misma al estudio del material recogido o a la redacción de protocolos e informes. Resulta totalmente inadecuada, y contraindicada, la fijación de honorarios en función y en proporción de las utilidades que ha de reportar el trabajo del psicólogo a la institución. No debe ser dejado sin aclaración previa ningún detalle del encuadre de la tarea; tampoco se debe dar lugar a la ambigüedad o a los sobreentendidos tácitos, que deben ser siempre explicitados. No es tampoco útil, desde el punto de vista de la tarea, la realización de estudios diagnósticos con el compromiso de no cobrar o de fijar honorarios a posteriori; ello conduce generalmente a una desvalorización de la función del psicólogo o lo coloca en la situación de desventaja de tener que “vender” su asesoramiento. Cuando señalo que estas situaciones no son útiles o son desventajosas, ello se refiere básicamente al hecho de que compromete la independencia profesional del psicólogo y con ello su manejo técnico correcto de las situaciones. Si se ha de realizar una tarea gratuitamente, ello también debe ser explicitado y no dejar indecisa la situación ni menos aún a criterio de la institución.

Nunca he visto como favorable o positivo el ingreso en una institución como empleado (en el sentido definido en la nota al pie de la página 55) pero con la secreta intención de “convencer” y transformarse gradualmente en psicólogo institucional de la misma. Esta actitud vicia totalmente el encuadre de la tarea.

Dentro del encuadre de la tarea se cuenta también

el problema de los objetivos del psicólogo y de la psicología institucional, que deben ser considerados cuidadosamente.

Objetivos de la institución y objetivos del psicólogo

Cada institución tiene sus objetivos específicos y su propia organización, con la cual tiende a satisfacer dichos objetivos. Ambos (fines y medios) tienen que ser *perfectamente conocidos por el o los psicólogos*, como punto de partida para decidir su ingreso como profesional en la institución.

Toda institución tiene objetivos explícitos tanto como objetivos implícitos o, en otros términos, contenidos manifiestos y contenidos latentes. Éstos deben ser valorados en forma separada de los efectos laterales que una institución puede producir. La creación de una industria, por ejemplo, se hace para producir —manifiestamente— determinada mercancía o materia prima, pero su contenido latente puede ser el de poblar una región por razones políticas o militares; es distinto al caso en que dicha industria tenga como efecto colateral el arraigo y aumento de la población de las zonas vecinas. Si bien es cierto que el efecto colateral puede transformarse ulteriormente en un contenido latente, hasta que ello ocurra su peso es totalmente distinto. Puede ocurrir que coexistan contenidos latentes y manifiestos que se equilibren en su gravitación y hasta entren en contradicción, y puede también suceder que el contenido latente sobrepase en su fuerza al contenido explícito. Así, por ejemplo (y para utilizar uno muy sencillo), en una sala de un hospital una situación conflictiva de este carácter apa-

reció tras el motivo de la consulta, que fue formulado como una desorganización crónica y desatención de la asistencia profesional a los enfermos; el problema residía en parte en que el equipo profesional, formado totalmente por gente muy joven, tenía primordialmente propósitos u objetivos de aprendizaje, en los que se veían totalmente frustrados. El psicólogo debe saber que siempre el motivo de una consulta no es el problema, sino un síntoma del mismo.

Si bien es cierto que resulta de gran utilidad para el psicólogo conocer los objetivos explícitos e implícitos de una institución para decidir y realizar su tarea profesional, no es menos cierto que los latentes o implícitos a veces sólo aparecen como consecuencia del estudio diagnóstico que realiza el mismo psicólogo.

Además del estudio de estos objetivos y de su dinámica y consecuencias, deben también ser valorados las finalidades u objetivos que la institución tiene para solicitar la colaboración profesional de un psicólogo, y aquí cuentan tanto los objetivos explicitados como aquellos que forman parte de las fantasías de la institución, que pueden por otra parte ser totalmente inconscientes. Un servicio hospitalario solicita el asesoramiento de un psicólogo, pero se entorpece total y permanentemente su actividad; el examen de la situación descubre el hecho de que el interés de la institución reside básicamente en ostentar una organización progresista y científica frente a otros servicios hospitalarios competidores, pero la actividad del psicólogo es en realidad temida.

Estos hechos no invalidan, no imposibilitan la función del psicólogo, sino que son ya las circunstancias sobre las que justamente se tiene que actuar. Éste de-

be saber que su participación en una institución promueve ansiedades de tipos y grados diferentes, y que el manejo de las resistencias, contradicciones y ambigüedades *forma parte, indefectiblemente, de su tarea*. Y que —además— ha de contar con estas resistencias aun en la parte o el sector de la institución que promueve o alienta su contratación o inclusión. Cuando el psicólogo se encuentre con dos bandos, uno que lo acepta y otro que lo rechaza, debe saber que ambos son partes de una división esquizoide y no debe tomar partido por ninguno. Un club incorporó un conjunto de psicólogos, a los que ofreció todas las posibilidades de trabajo, organizándoles una cena de homenaje en la sede social. Los psicólogos son declarados cesantes “casualmente” después de realizadas las elecciones para renovar las autoridades integrantes de la comisión directiva: una auspiciosa recepción fue inconscientemente parte de una estrategia electoral⁵.

Para que una institución solicite y acepte el asesoramiento de un psicólogo en cuanto psicólogo institucional, la institución tiene que haber llegado a un cierto grado de madurez o *insight* de sus problemas o de su situación conflictiva, pero la función del psicólogo conduce también a que se tome mayor conciencia de su necesidad.

Los objetivos de la institución que hemos considerado se refieren entonces a dos aspectos diferentes; uno, a sus objetivos propios (explícitos o implícitos), y otro, a los objetivos para los cuales se solicita o

⁵ No corresponde desarrollar, pero sí señalar, que fue un error concurrir al banquete tanto como aceptarlo.

acepta la labor del psicólogo. A ello tenemos ahora que agregar la consideración de los objetivos del psicólogo mismo a los *objetivos de la psicología institucional*. Sabemos que la finalidad o el objetivo que se desea alcanzar orienta la acción, *formando parte del encuadre de la tarea*. En lo que concierne al psicólogo y sus propios objetivos, éste debe resolver acerca de:

- a) demarcación de los objetivos generales o mediatos de su tarea;
- b) su aceptación o no de los objetivos de la institución y/o de los medios que ésta utiliza para alcanzarlos;
- c) diagnóstico de los objetivos particulares, inmediatos o específicos.

La demarcación de los objetivos mediatos o generales de la tarea coincide plenamente con los objetivos de la psicología institucional que el psicólogo debe tener perfectamente esclarecidos y no admitir sobre ellos ninguna clase de equívocos. En todos los casos, el objetivo del psicólogo en el campo institucional es *un objetivo de psicohigiene*: lograr la mejor organización y las condiciones que tienden a promover salud y bienestar de los integrantes de la institución. El psicólogo institucional se puede definir en este sentido como un técnico de la relación interpersonal o como un técnico de los vínculos humanos, y — por lo que veremos después— *se puede decir también que es el técnico de la explicitación de lo implícito*. Ayuda a comprender los problemas y todas las variables posibles de los mismos, pero él mismo *no decide, no resuelve ni ejecuta*. El rol de asesor o consultor debe ser rigurosamente mantenido, dejando la solución y ejecución en manos de los organismos propios de la ins-

titución: el psicólogo no debe ser *en ningún caso* ni *x* un administrador ni un directivo ni un ejecutivo, ni debe superponerse en la institución como un nuevo organismo.

El psicólogo no es el profesional de la alienación ni de la explotación, ni del sometimiento o coerción ni de la deshumanización. El ser humano, su salud, su integración y plenitud constituyen el objetivo de su quehacer profesional, *a los que no debe renunciar en ningún caso*. Su función tampoco debe ser confundida con la educacional, en el sentido corriente que tiene este último término.

Un psicólogo fue llamado para trabajar en una institución social (club) con los cadetes de la misma (un grupo de menores de doce años), para lograr que éstos “mejoren su comportamiento”: el examen diagnóstico llevó a la conclusión de que hacia este sector se derivaban situaciones de conflicto en el cuerpo directivo, por lo que el psicólogo llevó a esclarecer la queja como un síntoma y a atender la verdadera situación conflictiva. De otra manera, el psicólogo hubiera actuado como agente de coerción, como instrumento de los adultos y como agente de afianzamiento de un síntoma; y el psicólogo no debe actuar nunca como agente de coerción, ni aun con medios psicológicos. La educación se vale aquí, fundamentalmente, del aprendizaje (*learning*) que hace la institución de cómo enfrentar situaciones y poder reflexionar sobre ellas como primer paso para cualquier solución. El esquema que inicialmente se ofrece al psicólogo como causa de un problema no es, generalmente, otra cosa que un prejuicio.

El segundo punto, el de la aceptación por parte del

psicólogo de los objetivos de la institución, plantea problemas profesionales y éticos de primera magnitud y de la mayor gravedad. En primer lugar, no se debe aceptar en ningún caso el trabajo en una institución con cuyos objetivos el psicólogo no esté de acuerdo o entre en conflicto; sea con los objetivos o sea con los medios que tiene la institución para llevarlos a cabo. En psicología, *la ética coincide con la técnica*, o, mejor dicho, *la ética forma parte del encuadre de la tarea*, ya que ninguna tarea puede ser llevada a cabo correctamente si el psicólogo rechaza la institución (sea en sus objetivos o en sus medios o procedimientos). Si un psicólogo, por ejemplo, es llamado a cumplir sus funciones en una institución cooperativa, éste no debe aceptar la tarea si rechaza (por cualquier motivo) el movimiento cooperativista. En segundo lugar, tampoco puede el psicólogo aceptar una tarea profesional si está demasiado incluido o participa en la organización o el movimiento ideológico de la institución; una afinidad o identidad ideológica no debe, sin embargo, ser tomada en sí misma como una contraindicación absoluta, y la decisión depende de la capacidad del psicólogo para establecer una cierta distancia operativa e instrumental en su trabajo profesional, de tal manera que dentro de éste pueda trabajar como psicólogo y no como proselitista o político (en cualquiera de los sentidos de este término). Al psicólogo no le está vedada una intervención activa en cualquier movimiento ideológico o político, pero en este caso no actúa profesionalmente en ese sector. Se debe entender claramente que el psicólogo no tiene por qué exigirse neutralidad ni pasividad, pero sí tiene que exigirse en su tarea profesional un

★ encuadre que le permita trabajar y operar como psicólogo.

En tercer lugar, el psicólogo no puede ni debe aceptar trabajo en ninguna institución a la que rechaza, con el ánimo oculto de torcer sus objetivos o sus procedimientos.

En cuarto término y no menos importante— se cuenta el hecho de que aceptar el trabajo aceptando los objetivos de una institución significa solamente una condición para el encuadre de su tarea, pero *los objetivos de la institución no son sus objetivos profesionales.* El psicólogo tiene objetivos a los que no debe renunciar en ningún caso.

Los objetivos particulares, inmediatos o específicos se refieren a aspectos del problema central, pero estudiados y manejados en función de la unidad y totalidad de la institución. El psicólogo no puede trabajar con todos los integrantes o todos los organismos de la institución al mismo tiempo, ni tampoco ello es de desear; por ello deben examinarse los “puntos de urgencia” sobre los cuales intervenir como objetivos inmediatos. Esta aclaración sobre los objetivos diferencia netamente, ya desde el punto de partida, al psicólogo trabajando en una institución del psicólogo trabajando en el ámbito de la psicología institucional. El primero realiza una tarea que se le encomienda realizar; el segundo diagnostica la situación y se propone actuar sobre los niveles o factores que detecta ★ como siendo realmente de necesidad para la institución. El primero sirve con frecuencia de factor tranquilizante (“hay un psicólogo trabajando”), mientras que el segundo no acepta dicho rol y es básicamente ★ un agente de cambio. El primero es un empleado; el

segundo es un asesor o consultor con total independencia profesional.

Como es fácil entender, los objetivos mediatos tampoco son fijos o inamovibles, sino que pueden y deben cambiar a medida que se desarrolla la tarea.

Método del trabajo institucional

Es posible que se puedan enumerar distintos métodos o diferentes procedimientos y encuadres para el trabajo en psicología institucional. Aquí desarrollamos el que creemos más acorde con nuestros objetivos, y descartamos todo lo que pueda significar una obligación, exigencia o premura en obtener resultados prácticos inmediatos, en el sentido de que no interesa desarrollar un empirismo con ciertas técnicas o reglas estereotipadas que nos alejen de los fines que perseguimos: los de la psichigiene. Descartamos igualmente toda contaminación mesiánica de instituir al psicólogo y la psicología como "salvadores" de cualquier especie.

A su vez, vemos como impostergable el hecho de que el objetivo o finalidad que fijamos para la psicología institucional sea realizado con el carácter de una investigación científica sometida a un método que debemos lograr sea progresivamente más riguroso. El objetivo que queremos alcanzar y hacia el cual tendemos forma parte del encuadre de la tarea, y el medio de alcanzarlo es a través de la investigación. No se trata, en psicología institucional, de un campo en el cual hay que "aplicar" la psicología, sino de un campo en el cual hay que investigar los fenómenos

psicológicos que en él tienen lugar. Ninguna investigación puede ser realizada sin objetivos —explícitos o * implícitos—, pero los objetivos constituyen parte del encuadre, una especie de telón de fondo, y en rigor tenemos que atenernos estrictamente a la investigación misma.

El trabajo en psicología institucional requiere aún una investigación más amplia y profunda que la realizada hasta ahora, que nos permita configurar más claramente las técnicas y criterios a emplear, tanto como el carácter del problema que tenemos que enfrentar.

Todos nuestros objetivos, el de la tarea y el de la investigación (investigación de hechos y técnicas), sólo * pueden ser abarcados, a nuestro entender, con la utilización del método clínico. De esta manera, lo que vamos a desarrollar aquí se puede resumir diciendo que se refiere fundamentalmente al empleo del método clínico en el ámbito de la psicología institucional, y dentro del método clínico nos guiamos por la sistemática del encuadre introducido por la técnica psicoanalítica, adaptado a las necesidades de este ámbito y a los problemas que aquí tenemos que enfrentar.

Sin ánimo de explicar aquí el método clínico, recordemos que el mismo se caracteriza por una observación detallada, cuidadosa y completa, realizada en un encuadre riguroso; este encuadre se puede definir como el conjunto de las condiciones en las cuales se realiza la observación, y constituye una fijación de variables o —dicho de otra manera— una eliminación de parte de las variables o una limitación de las mismas, o la fijación de un conjunto de constantes, que tanto nos sirve como medio de estandarización como de sistema de referencia de lo observado. Sería aquí

muy interesante e importante poder establecer las semejanzas, diferencias y relaciones del método clínico con los llamados métodos o procedimientos epidemiológicos.

El modelo del encuadre psicoanalítico se extiende a la modalidad de la observación que se lleva a cabo, que no consiste solamente en un registro cuidadoso, detallado y completo de los sucesos, sino en una *indagación operativa*, cuyos pasos se pueden sistematizar así:

- (a) Observación de sucesos y sus detalles, con la continuidad o sucesión en que los mismos se dan;
- (b) Comprensión del significado de los sucesos y de la forma en que ellos se relacionan o interactúan;
- (c) Incluir los resultados de dicha comprensión en el momento oportuno en forma de interpretación, señalamiento o reflexión;
- (d) Considerar el paso anterior como una hipótesis que, al ser emitida, se incluye como una nueva variable, y el registro de su efecto —tal como en el paso a)— lleva a una verificación, ratificación, rectificación, enriquecimiento de la hipótesis o a una nueva; con ello se vuelve a reiniciar el proceso en el paso a), con una interacción permanente entre observación, comprensión y actuación. /

Lo más importante que ocurre es que no solamente se pueden aclarar y rectificar problemas y situaciones, sino que gradualmente tiene lugar un metaaprendizaje que consiste en que los implicados en la tarea aprenden a observar y reflexionar sobre los sucesos y a encontrar su sentido, sus efectos e interacciones. Para el psicólogo mismo no se trata de una “aplicación” de la psicología —que conduce rápidamente a estereo-

tipos—, sino de una conjunción de su condición de profesional e investigador. La investigación modifica al investigador y al objeto de estudio, el que a su vez es investigado en la nueva condición modificada. Con ello se da una praxis en la que el investigar es al mismo tiempo operar, y el actuar resulta una experiencia enriquecedora y enriquecida con la reflexión y la comprensión.

Técnicas del encuadre

Una vez caracterizado el método a seguir (incluidos los criterios derivados del objetivo de la tarea), que consta fundamentalmente de un encuadre riguroso y de una observación operativa, se hace ahora necesario fijar la técnica del encuadre, es decir, el conjunto de operaciones y condiciones que conducen a establecer el encuadre y que constituyen también una parte del mismo. Expuestos ya el criterio y la teoría que sustentan el encuadre que deseamos, podemos exponer su técnica en forma de reglas que comentaremos sucintamente.

a) La primera condición del encuadre se refiere al psicólogo mismo, quien debe cumplir con lo que llamaremos la actitud clínica, que consiste en el manejo de un cierto grado de disociación instrumental que le permita, por un lado, identificarse con los sucesos o personas, pero que, por otro lado, le posibilite mantener con ellos una cierta distancia que haga que no se vea personalmente implicado en los sucesos que deben ser estudiados y que su rol específico no sea abandonado. La actitud clínica forma parte del rol del psicólogo, y el mantenerlo permanentemente en su ta-

rea es una de las exigencias fundamentales del encuadre;

b) Establecimiento de relaciones explícitas y claras en todo lo que atañe a la función profesional y que abarca el tiempo de dedicación a la tarea, honorarios, dependencia económica e independencia profesional, de tal manera que ha de constituirse en un asesor o consultor y no en un empleado;

c) Esclarecimiento del carácter de la tarea profesional a realizarse, eludiendo totalmente el verse comprometido con exigencias (explícitas o implícitas) que no puedan cumplirse o que están fuera de la tarea profesional;

d) Realizar una tarea de esclarecimiento sobre el carácter de la tarea profesional en todos los grupos, secciones o niveles en los que se desee actuar, *recabando la aceptación explícita* del profesional y la tarea. Dicha aceptación debe no sólo ser explícita, sino también libre, sin coerción, y derivada exclusivamente del esclarecimiento correspondiente, y no realizar ninguna tarea con aquellos grupos, secciones o niveles de la institución que no manifiesten la correspondiente aceptación. El tiempo que ello insume no debe ser considerado como tiempo perdido, sino un tiempo en el cual ya se está cumpliendo parte de la tarea a través del esclarecimiento y la información amplia y detallada, pero recogiendo elementos de observación sobre las características del grupo, sección o nivel y de sus tensiones, conflictos, tipos de comunicación, liderazgos, etcétera.

e) Establecer en forma previa, definida y clara, el carácter de la información de los resultados, tanto como los grupos y personas a quienes irá dirigida dicha

información, y las situaciones en que dicha información será suministrada; que no debe ser nunca fuera del contexto institucional ni fuera de la tarea profesional. No admitir imposiciones ni sugerencias sobre un parcelamiento de la información;

f) Secreto profesional y lealtad estrictamente observadas, en el sentido de que lo que atañe a cada grupo, sección o nivel, no será tratado sino con él o ellos en forma exclusiva. Tratar en forma abierta y franca todo aquello que pueda trascender y todo aquello sobre lo cual la persona, el grupo o los niveles implicados deseen o acceden que trascienda, respetando totalmente sus decisiones; un informe psicológico no debe ser presentado hasta tanto todo lo que en dicho informe pueda constar haya sido previamente sometido a la elaboración del grupo o la sección de que se trate. Todo informe o interpretación debe respetar el "ritmo" (*timing*) de la elaboración de los datos. De ninguna manera la dependencia económica obliga a presentar dicho informe a los dirigentes de una institución si el grupo al que concierne dicho informe se opone a ello. Si el psicólogo está obligado o comprometido a presentar dicho informe a otros sectores de la institución debe hacerlo saber *antes* de comenzar a trabajar con un grupo o con una sección;

g) Limitar los contactos extraprofesionales al mínimo o, en lo posible, excluirlos totalmente; en el caso de que dichos contactos no puedan ser eludidos o excluidos, ellos no deben implicar ninguna información ni ningún comentario sobre la tarea o el curso de la misma. *El manejo de la información no es sólo un problema ético, sino al mismo tiempo un instrumento técnico;*

h) Ser prescindente y no tomar partido profesionalmente por ningún sector ni posición de la institución;

i) Limitarse al asesoramiento y a la actividad profesional, no tomando ninguna función directiva, administrativa ni ejecutiva. El psicólogo no dirige, no educa, no decide, no ejecuta decisiones; ayuda a comprender los problemas que existen y ayuda a problematizar las situaciones. *No transformar una institución en una clínica de conducta.* No tratar problemas personales en forma individual o grupal. Centrar el trabajo psicológico en la *tarea* o *función* que se realiza y en cómo se la realiza;

j) El psicólogo debe compartir responsabilidad en la parte en que los efectos de una medida o de un cambio dependan de su asesoramiento y su actuación, pero no debe asumir responsabilidades ajenas;

k) No formar sobreestructuras que desplacen o se superpongan con las autoridades o líderes de la organización formal o informal de la institución. Tomar en cuenta la parte en que las autoridades de una institución se sientan afectadas o menoscabadas por tener que recurrir a otro profesional;

l) No fomentar la dependencia psicológica (intra o intergrupala), sino todo lo contrario: ayudar a resolverla;

m) Estricto control y limitación de la información, en el sentido de que la misma no sobrepase lo que realmente se conoce o deduce científicamente. En este sentido, un criterio fundamental es el del control de los rasgos de la propia omnipotencia, en no actuar ni admitir la aureola de mago ni del "puédolo todo". La función es la de un estudio científico de los pro-

blemas para transmitir lo conocido en un momento dado;

n) No tomar como índice de evaluación de la tarea profesional el progreso de la institución en sus objetivos, sino el grado de “comprensión” (*insight*), de independencia y de mejoramiento de las relaciones; es decir, el progreso en los objetivos de la psicología institucional;

o) La única forma de operar es a través del suministro de información. La operancia de la misma no sólo depende de su grado de veracidad, sino también del *timing* (momento en que es dada) y de su cuantificación (graduación de la misma). En última instancia, no se trata de informar, sino de *hacer comprender* los factores en juego; en otros términos, de la toma de *insight*;

p) El psicólogo debe contar siempre con la presencia de resistencias (explícitas o encubiertas) aun de parte de quienes manifiestamente lo aceptan. El investigar la resistencia forma parte fundamental de la tarea profesional, y al investigarla el psicólogo se constituye indefectiblemente y por ese solo hecho en un agente de cambio, que puede incrementar o promover resistencias;

q) Una institución no debe ser considerada sana o normal⁶ cuando en ella no existen conflictos, sino cuando la institución puede estar en condiciones de explicitar sus conflictos y poseer los medios o la posibilidad de arbitrar medidas para su resolución;

⁶ Los términos “salud o normalidad” son más adelante reemplazados por la expresión “grado de dinámica”, que entendemos más adecuada para referirnos a estos conceptos al tratar de instituciones.

r) No aceptar plazos fijos para tareas y resultados, sino solamente para el caso de un informe diagnóstico. No aceptar tampoco exigencias de soluciones urgentes (que son evasiones del *insight*).

Inserción del psicólogo en la institución

Los contactos y las relaciones que el profesional toma con la institución constituyen, desde el primer momento, el material que el psicólogo debe recoger y evaluar. Ello le dará la posibilidad de conocer, ya desde el comienzo, tanto situaciones vitales de la institución como los factores negativos y positivos que tendrá que enfrentar, ya que la forma en que la institución se relaciona con el psicólogo es un índice del grado de *insight* de sus problemas, de las defensas y resistencias frente a los mismos, de los esfuerzos y direcciones en que se ha tentado la solución o encubrimiento hasta ese momento.

Conviene que el psicólogo tome nota y escriba cuidadosamente todos los detalles de los primeros contactos y primeras entrevistas, porque el estudio de este protocolo y aun su simple redacción darán la oportunidad de evaluar mejor y tomar en cuenta detalles que pasan fácilmente inadvertidos pero que son significativos: todo ello hará que el psicólogo pueda organizar mejor los pasos sucesivos que tiene que dar. Cuanto mejor se maneje el método clínico y sus instrumentos, cuanto más seguro se sienta en el establecimiento del encuadre, tanto mejor podrá el psicólogo tratar con las distintas alternativas de su inserción en el campo de trabajo, que sigue siendo siempre una

etapa difícil y al mismo tiempo una etapa generalmente decisiva de todo el encuadre posterior. Desde este punto de vista conviene, por lo menos en las primeras etapas de la tarea, solicitar la supervisión de un colega, quien, por el solo hecho de estar fuera o no estar tan comprometido en la situación, podrá siempre resultar de gran utilidad.

Los primeros contactos que establece el psicólogo con la institución deben llevar el propósito definido de establecer el encuadre de la tarea, el conocimiento de las ansiedades frente al cambio (intensidad y cualidad, mecanismos de defensa), el grado de aceptación o rechazo del psicólogo, las disociaciones entre grupos que aceptan y otros que rechazan, las fantasías que se proyectan sobre el psicólogo, el grado de realidad y adecuación de las expectativas, etc. Todos los primeros contactos conducen ya a una impresión preliminar de carácter diagnóstico, para lo cual se debe conocer también la historia de la institución y —por lo menos— los grandes lineamientos de sus características.

"Grado de dinámica" de la institución ⁷

El mejor "grado de dinámica" de una institución no está dado por la ausencia de conflictos, sino por la posibilidad de explicitarlos, manejarlos y resolverlos dentro del marco institucional, es decir, por el grado en que son realmente asumidos por sus actores e interesados en el curso de sus tareas o funciones. El con-

⁷ Ver pág. 72 nota al pie.

flicto es un elemento normal e imprescindible en el desarrollo y en cualquier manifestación humana: la patología del conflicto se relaciona, más que con la existencia del conflicto mismo, con la ausencia de los resortes necesarios para resolverlos o dinamizarlos.

La estereotipia es una de las defensas institucionales frente al conflicto, pero se transforma asimismo en un problema detrás del cual hay que encontrar los conflictos que se eluden o evitan. El desiderátum del psicólogo no es lograr una ausencia de conflictos ni de tentar una conciliación entre los términos de los mismos; y aun en el caso de la estereotipia, su función es la de movilizarlos, es decir, lograr que se manifiesten los conflictos.

El psicólogo es —aun por su sola presencia— un agente de cambio y un catalizador o depositario de conflictos, y por ello las fuerzas operantes en la institución van a actuar en el sentido de anular o amortiguar sus funciones y su acción; una de las modalidades más comunes en que esto se intenta o se logra es la de enquistar al psicólogo en alguna actividad estereotipada, con lo cual se logra un efecto mágico tranquilizador (“hay un psicólogo”) a la vez que se elude su acción o se lo inmoviliza. Por ello, el grado y forma de aceptación y rechazo del psicólogo son índices del grado de dinámica de la institución. En otros casos, se anula su función profesional envolviendo y comprometiendo personalmente al psicólogo en alguno de los conflictos o de los grupos controvertidos o con una densa red de rumores. En todos los casos, la función del psicólogo es la de reconocer todos estos mecanismos y no actuar en función de ellos, sino actuar sobre ellos, tratando de modificarlos.

Por todo ello conviene que el psicólogo o el equipo institucional no pertenezca a la institución, sino por el solo y único ligamen profesional de asesor o consultor en el sentido más estricto; ello permitirá o facilitará en cierta medida que el psicólogo conserve cierta distancia para no asumir los roles que en él se proyectan. En psicología institucional es imposible actuar en dos roles al mismo tiempo; como asesor y como miembro integrante de la institución. Así, por ejemplo, en una escuela no conviene que se actúe como psicólogo institucional al mismo tiempo que como profesor del equipo docente.

El encuadre riguroso de la tarea significa convertir el mayor número posible de variables en constantes, de tal manera que la labor se realice dentro de ciertos límites fijos que dan mayor seguridad y sirven de esquema referencial. Este encuadre es el que no puede ser mantenido con dos roles distintos de la misma persona. Cuanto más bajo sea el grado de dinámica en que se encuentra la institución, *más se verá atacado el encuadre del psicólogo* y más hechos ocurrirán que traten de comprometer al psicólogo como persona y no como profesional. Un índice aún más bajo se encuentra en el caso en que el encuadre se ve atacado de manera latente, totalmente dissociada de las expresiones manifiestas.

Para que una institución recurra al psicólogo institucional requiere llegar a tener un cierto grado de *insight* de sus conflictos o de que "algo está pasando". Cuando ello no existe, el psicólogo debe desistir de todo esfuerzo por incluirse en la misma como consultor o asesor. Un mínimo de *insight* y colaboración resulta indispensable para una aceptación activa del

psicólogo (aun siendo esta aceptación contradictoria), y si no hay una aceptación activa es que no se dan las condiciones mínimas para que el psicólogo trabaje en ella, por lo menos con los instrumentos, encuadre y objetivos con que lo hacemos en el presente.

El tipo de motivación que se da para solicitar o aceptar al psicólogo debe ser uno de los primeros hechos que tiene que ser sometido a un análisis riguroso, porque generalmente sólo es un síntoma y no el conflicto mismo. Desde un comienzo pueden presentarse conflictos, problemas o dilemas.

En el conflicto se presentan fuerzas controvertidas en interjuego, y generalmente el conflicto que se aqueja encubre los verdaderos conflictos o los problemas, que no sólo se hallan desplazados así en sus objetos sino que también pueden estarlo en los niveles de estratificación de la institución: el conflicto de un nivel se acusa en otro. En el problema se presentan variables o disyuntivas de una situación que requieren ser orientadas y dirigidas en alguna dirección; cuando grupos distintos asumen las diferentes orientaciones (las encarnan), el problema se transforma en conflicto. En el dilema se plantean opciones irreconciliables que han dejado de estar dinámicamente en interjuego, como en el caso del conflicto, y ya no existe ninguna interacción sino sólo la posibilidad de eliminación. El dilema es la forma defensiva extrema de los problemas o conflictos.

En el problema se debe resolver o confirmar si se trata realmente de un problema o de un seudoproblema. Así, en un sanatorio se pidió la colaboración de psicólogos para lograr que los pacientes pudiesen descansar mejor y transcurrir el día en forma más

tranquila. Se trataba de una sala de cirugía en la que existía un alto índice de complicaciones postoperatorias de índole psiquiátrica que no se justificaban por el tipo y calidad de asistencia médica que allí se prestaba. Se llegó a la conclusión de que este “problema” era sólo un síntoma —y por lo tanto no un problema—, y que el problema residía en un mal manejo de la relación del cuerpo médico con los familiares de los pacientes; ello promovía situaciones de extrema ansiedad en los familiares, que se “canalizaban” en los pacientes.

Los dilemas constituyen índices de mal pronóstico o índice de una tarea muy ardua que tiene que realizar el psicólogo, porque encubren, en última instancia, situaciones de mucha confusión y ambigüedad. El factor más perturbador y más difícil de manejar no es el conflicto, sino la ambigüedad, que actúa como un amortiguador o “desdibujador” de los conflictos. Para poder trabajar, se requiere transformar la ambigüedad en conflicto y los conflictos en problemas.

Igualmente se puede pronosticar una tarea muy difícil si los conflictos recaen sobre objetos muy personificados individualmente, o se los tiende a referir como estrictos conflictos individuales; de igual manera, cuando se tiende reiteradamente a resolver un conflicto con la segregación o eliminación de uno o varios individuos. En este último caso, el psicólogo debe prever que se canalizarán en él los conflictos y que se intentará “resolverlos” segregando al psicólogo de la institución, cuando la segregación se ha convertido en la forma automática de “resolver” conflictos y problemas.

Se podría llevar aún más lejos la diferencia o la

clasificación de los conflictos, en individuales, intra-grupales, intergrupales, de niveles o status, de tareas, ideológicos, de estrategia institucional, etc., pero todavía no tenemos para ello suficientes conocimientos ni experiencia.

Psicología de las instituciones

El problema de las relaciones entre individuo y sociedad, individuo e instituciones, se halla tan impregnado de distorsiones que se hace imprescindible comenzar aclarando algunos de los supuestos o prejuicios que, por estar difundidos en alto grado, se ponen de inmediato en juego en cuanto se hace el anuncio del tema.

Por psicología de las instituciones no debe entenderse el origen psicológico de las instituciones sociales; ni tampoco se afirma el carácter subjetivo de ellas, o se niega el carácter objetivo de las mismas, sujetas a leyes de la estructura social y económica de la sociedad. Por psicología de las instituciones se entiende el estudio de los factores psicológicos que se hallan en juego en la institución, por el mero hecho de que en ella participan seres humanos y por el hecho de la mediación imprescindible del ser humano para que dichas instituciones existan.

Toda la vida de los seres humanos transcurre en instituciones, pero no nos interesa aquí subrayar o estudiar el papel de las mismas en la estructuración de la personalidad en el curso del desarrollo del individuo, tema que se encontrará con facilidad expuesto en una copiosa bibliografía; tampoco nos interesa aquí el origen y la estructura de las instituciones en

relación con los procesos básicos de producción, distribución de la riqueza y control del comportamiento de los seres humanos, que corresponde a otra dirección que la que aquí queremos presentar. Nos interesa ahora la dinámica psicológica que tiene lugar en cuanto al hecho de que cada individuo tiene comprometida su personalidad en las instituciones sociales y se conduce con respecto a las mismas en calidad de precipitados de relaciones humanas y en calidad de depositarias de partes de su propia personalidad.

La institución forma parte de la organización subjetiva de la personalidad⁸, de tal manera que en ciertos sectores de la personalidad, podría decirse, el esquema corporal incluye la institución o parte de ella, o viceversa.

El ser humano encuentra en las distintas instituciones un soporte y un apoyo, un elemento de seguridad, de identidad y de inserción social o pertenencia. Desde el punto de vista psicológico, la institución forma parte de su personalidad y la medida en que ello ocurre, tanto como la forma en que ello se da, configuran distintos significados y valores de la institución para los distintos individuos o grupos que a ella pertenecen. Cuanto más integrada la personalidad, menos depende del soporte que le presta una institución dada; cuanto más inmadura, más dependiente es la relación con la institución y tanto más difícil todo cambio de la misma o toda separación de ella. De esta manera, toda institución no es sólo un instrumento de organi-

⁸ Hemos presentado la diferencia entre subjetivo y subjetivo en el *Apéndice a Psicología concreta* de Politzer. Lo subjetivo se refiere al sujeto; lo subjetivo, a una parte de lo subjetivo.

zación, regulación y control social, sino que al mismo tiempo es un *instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad*, y de la misma manera en que la personalidad tiene organizadas dinámicamente sus defensas, parte de éstas se hallan cristalizadas en las instituciones; en las mismas se dan los procesos de reparación tanto como los de defensa contra las ansiedades psicóticas (en el sentido que a este término da M. Klein). De esta manera, si bien la institución tiene una existencia propia, externa e independiente de los seres humanos individualmente considerados, su funcionamiento se halla reglado no sólo por las leyes objetivas de su propia realidad social, sino también por lo que los seres humanos proyectan en ella (por las leyes de la dinámica de la personalidad).

Uno de los primeros problemas que aparecen en este sentido es que la institución puede verse enormemente limitada en su capacidad de ofrecer seguridad, gratificación, posibilidades de reparación y desarrollo eficiente de la personalidad. Inclusive, esta limitación puede tornarse, en un momento dado, o en algunas instituciones, en una verdadera fuente de empobrecimiento y estereotipia del ser humano. Esto último se debe —desde el punto de vista psicológico— al hecho de que están actuando en la institución las ansiedades psicóticas de los seres humanos, o a que la institución se ha convertido predominantemente en un *sistema externo de control de estas mismas ansiedades*. Lo que tenemos que obtener los psicólogos es que la tarea que se realiza en una institución sirva de medio de enriquecimiento y desarrollo de la personalidad: he aquí —en última instancia— el objetivo básico de la psicología institucional.

Aquí corresponde una nueva aclaración que salve las posibilidades de comprender lo expuesto en el sentido que puede ofrecer el psicologismo. Una fuente de infelicidad y distorsión psicológica de los seres humanos en la institución se basa en la estructura alienada de las instituciones, relacionada con la misma estructura alienada de todo el sistema de producción y distribución de la riqueza. Sobre esta misma base se dan las características de la alienación de los seres humanos. Lo que queremos investigar y desarrollar es esta acción recíproca de los seres humanos sobre las instituciones, porque este esclarecimiento es parte del pasaje de una falsa conciencia a una mayor conciencia de la realidad. Un cambio institucional radical deja todavía gran libertad para que en ella se juegue de todas maneras lo que los hombres proyectan en las instituciones. Lo que interesa es la discriminación entre el funcionamiento y los objetivos reales de una institución, y las satisfacciones y compensaciones (normales y neuróticas) que los seres humanos obtienen en ellas. Tenemos pruebas de que los seres humanos no cambian mecánica e inmediatamente su estructura psicológica por el hecho de un cambio institucional radical, y que —inclusive— llevan a estos últimos sus características psicológicas anteriores, comprometiendo o retardando el cambio total de las instituciones. Los procesos psicológicos forman parte de la realidad, de la misma manera que las instituciones y los objetos de la naturaleza, y no es posible lograr una modificación radical, sino también con un conocimiento de sus leyes peculiares. Por la interdependencia de los fenómenos, un cambio parcial se acompaña siempre de un cambio de la totalidad, pero la

rémora en una de sus subestructuras significa también una rémora en el sistema total. Una sociedad alienada lo es por su estructura total, pero dentro de esta última se debe contar también como parte a la organización psicológica de los seres humanos. No tenemos ningún contacto —por otra parte— con todas las posiciones que intentan una modificación psicológica con el solo objeto de pretender una persistencia y afianzamiento de un mundo humano alienado, con afianzamiento de las prerrogativas de las clases pudientes, ni tampoco con la intención mistificadora con que se emplea la psicología en las así llamadas *human relations*.

Un cambio institucional no puede lograr un “salto” de la estructura psicológica de los seres humanos y, por otra parte, un cambio institucional radical sólo puede darse con una cierta conciencia previa, es decir, con un cierto cambio previo de la estructura psicológica. Lo que nos interesa es todo lo que los seres humanos se esfuerzan por no cambiar las instituciones, aunque, por otro lado y al mismo tiempo, se esfuerzan por cambiarlas, por considerarlas inadecuadas o insatisfactorias. Y nos interesa también mucho la medida en que los individuos alienados, sometidos a instituciones alienadas, se refuerzan en un círculo de resistencias al cambio. Las cosas tienen fuerza porque en ellas están alienadas fuerzas de los seres humanos. Las instituciones resultan depositarias y sistemas de defensas o control frente a las ansiedades psicóticas, y no sólo cumplen dicha función las instituciones, sino también en igual medida la cumple la imagen que el hombre tiene de sí mismo y de sus instituciones.

Toda institución es el medio por el cual los seres

humanos se pueden enriquecer o empobrecer y vaciarse como seres humanos; lo que comúnmente se llama adaptación es el sometimiento a la alienación y el sometimiento a la estereotipia institucional. Adaptación no es lo mismo que integración; en la primera se exige al individuo su máxima homogeneización, en la segunda el individuo se inserta con un rol en un medio heterogéneo que funciona de manera unitaria. Evidentemente, se confunde con mucha facilidad la integración con la aglutinación de grupos e instituciones homogeneizadas con individuos despersonalizados.

Todas las instituciones tienden a retener y formalizar sus miembros, a una estereotipia espontánea y fácilmente contagiosa. Esta homogeneización se cumple de acuerdo con las estratificaciones de mando, de tal manera que al status superior se le vea facilitada la tarea de mando. Ésta es la razón por la cual los conflictos de los estratos superiores se canalizan y actúan en los niveles inferiores; como siempre, el hilo se corta por lo más delgado, y lo más delgado es aquí el nivel o estrato más homogeneizado y ambiguo; en otros términos, el más dependiente (el más deshumanizado o vaciado).

“El hombre pertenece a la institución.” He aquí la consigna que debe ser cambiada por la de *“la institución pertenece al hombre”*. *Y esto no puede ser logrado únicamente con la psicología. Pero tampoco puede ser logrado sin ella.*

Las organizaciones institucionales tienden a ser depositarias de las partes más inmaduras de la personalidad, justamente en el encuadre del funcionamiento de las mismas, es decir, en las funciones o formas más estereotipadas. Por ello, estas últimas son las que

ofrecen la máxima resistencia al cambio, porque éste significa, al mismo tiempo que un cambio en la institución, un cambio en la personalidad (en su parte más inmadura, inmovilizada justamente en la rutina de los hábitos y del automatismo).

Cuanto más regresión existe en una institución, es decir, cuanto más ella es depositaria de las partes inmaduras de la personalidad de sus integrantes, más intensa encontraremos en ella la estereotipia y más predominio habrá de la participación sobre la interacción⁹, es decir, de roles no discriminados y de una estructura similar a la de los grupos primarios.

Los grupos en la institución

Se puede definir la tarea del psicólogo en la institución diciendo también que el encuadre de su trabajo es institucional, pero su técnica es fundamentalmente grupal (intra e intergrupal).

En este sentido, se pueden considerar esquemáticamente tres tipos de instituciones: las que se manejan como grupos primarios y las que lo hacen como grupos formalizados o estereotipados. Un tercer tipo, de un mejor grado de dinámica, es aquella que opera como un grupo secundario sin caer en la estereotipia.

⁹ No podemos desarrollar aquí esta diferencia, que ha sido estudiada en otras publicaciones anteriores al investigar el fenómeno de la simbiosis. Sólo diremos que participación coincide con sincretismo.

Para eludir, aquí también, términos que proceden de la medicina y de la psicopatología, llamaremos de aquí en adelante *personalidad sincrética* a lo que hasta aquí hemos designado como la parte inmadura de la personalidad (indiferenciada, ambigua, sincrética), que promueve ansiedades psicóticas.

En el primer caso la dirección de la tarea consiste en transformar los grupos primarios en secundarios; en el segundo caso la tarea consiste en elaborar y superar la rigidez que encubre en realidad una estructura de grupo primario fuertemente reprimida, formalizada reactivamente.

✓ / En el grupo primario existe una fuerte ambigüedad de roles y status dentro de la institución; en el grupo estereotipado esta ambigüedad tiende a ser "resuelta" o compensada con una fuerte formalización (como formación reactiva), lo cual lleva implícitamente a intensas segmentaciones e incomunicaciones. El grupo primario es un grupo en el cual predominan las identificaciones proyectivas masivas (participación), un déficit en la diferenciación e identidad de sus miembros; su molde es el del grupo familiar, que se continúa en la institución como un *grupo de pertenencia fuerte, pero como un grupo de tarea muy débil*, que se ve constantemente comprometido por situaciones conflictivas fuertemente emocionales.

Debemos tener muy en cuenta que distintas estructuras coexistentes de la personalidad requieren instituciones y grupos de características diferentes, en los cuales cada una de ellas pueda ser gratificada, compensada o controlada, y en este sentido el ser humano necesita tanto de grupos primarios como de grupos secundarios. / El grupo que constituye el prototipo del grupo primario, en nuestra cultura, es la familia, y en ella hay una fuerte depositación y gratificación de la personalidad sincrética. Por otra parte, y fuertemente clivada de la anterior, el nivel más maduro de la personalidad requiere instituciones y grupos donde el mismo se pueda poner en juego, consolidarse y enri-

quecerse. El grado de disociación y contradicción entre estas dos estructuras de la personalidad suele ser muy notable, y marca el grado de normalidad y de plasticidad de cada individuo. Por ello, y dado que no todas las instituciones responden al mismo patrón de organización, requieren ser estudiadas las funciones que deben en ella desenvolverse o controlarse desde el punto de vista de la estructura de la personalidad.

Por otra parte, el déficit de información y de relaciones interpersonales favorece la regresión a grupos de estructura primaria y, por lo tanto, también regresión a la personalidad sincrética.

En este sentido pudo comprenderse el problema por el cual consultó una empresa que dispone de importantes instalaciones recreativas para sus empleados y obreros, quienes están facultados para ir con sus familias, y que se encontraba con el hecho de que, pese a todas las facilidades promovidas, su personal no concurría a disfrutar de las instalaciones recreativas. El problema residía en el hecho de que el empleado tenía en la empresa y su trabajo toda la parte más madura de su personalidad, que requería la formalización de los grupos secundarios, y que no deseaba verse absorbido totalmente por la empresa, sino mantener al margen de ella su vida en relación con el grupo primario. La disociación empresa-familia coincide totalmente con la disociación de la personalidad misma que requería tipos distintos de grupos que a su vez estuviesen totalmente separados entre sí. Se debe tomar muy en cuenta que hay *disociaciones instrumentales* que deben ser respetadas.

No cabe aquí desarrollar la dinámica de los grupos y la de las relaciones intergrupales, que se halla fuera

de nuestro propósito presente. Los grupos dentro de una misma institución sirven a su vez para distribuir y controlar ansiedades y con ello culpas y persecuciones, pero no siempre se cumple el postulado de que un peligro externo lleva a una mayor cohesión intragrupal, ya que cuando se sobrepasa determinado umbral y el peligro externo se hace ingobernable, el grupo o la institución en su totalidad reproducen dentro de su propia estructura la situación de peligro, como un intento de controlarlo o gobernarlo ficticiamente en condiciones más controladas,

Momentos de tensión producen regresión al grupo primario; la estereotipia grupal no permite tales regresiones que, si son dinámicas, *son positivas*. El grupo psicológicamente atendido en una institución por el psicólogo tiende a ser cargado con tensiones de otros que no lo son.

Por otra parte, se debe contar con la posibilidad de existencia, al mismo tiempo, en la misma institución, de grupos y relaciones primarias, secundarias y estereotipadas que deben ser evaluados con cautela.

El hospital como institución

Es en la institución hospitalaria donde la psicología institucional ha probado hasta ahora ser uno de los campos donde resulta muy provechosa su utilización, pero ello puede deberse solamente al hecho de que es la institución más directamente ligada en la actualidad a parte de la actividad del psicólogo, y al hecho de serle uno de los organismos más accesibles (aunque no fácilmente accesible). Los objetivos de la psico-

gía institucional resultan también en el hospital más claros, ya que también se da el hecho de que esta institución es menos conflictiva para el psicólogo mismo en todo lo que se refiere a su ideología y sus objetivos. El hecho es que la psicología institucional aplicada a los hospitales resulta ser, en rigor, un arma terapéutica muy eficaz, en el sentido de que todo el hospital (su estructura) se transforma en sí mismo en un agente psicoterápico de gran eficiencia, en profundidad y amplitud. Y en este sentido se alcanza a organizar la *psicoterapia a nivel institucional* y no al de la psicoterapia individual o grupal.

Una tarea altamente ansiógena, como lo es el contacto diario con los problemas de la enfermedad y la muerte, crea necesariamente en el equipo médico y auxiliares comportamientos defensivos de distinto tipo, entre los cuales nos interesan particularmente aquellos que el psicólogo debe atender en su tarea de psicología institucional. Uno de ellos consiste en el hecho de que muchas tensiones en el equipo médico, que no son explicitadas y resueltas en ese nivel, son desplazadas al personal auxiliar o a las relaciones entre los pacientes entre sí y con el personal auxiliar. El médico tiende —como conducta defensiva— a adoptar una actitud omnipotente que en muchos casos se acerca a una tentación a “jugar” de mago. Esta actitud crea y fomenta una incomunicación entre los mismos médicos y entre éstos con el personal auxiliar y los enfermos; esto se combina además con una exigencia implícita de dependencia de los pacientes, que se ve facilitada por la regresión a que conduce la enfermedad misma. Pero en la medida en que se fomenta la dependencia se incrementan también las exigencias y las consi-

guientes frustraciones e ingratitudes o situaciones persecutorias que se desplazan a los pacientes entre sí y con el personal auxiliar. El "portarse bien" es una de las exigencias implícitas que se le hacen al paciente, entendiendo por ello su dependencia.

Toda esta situación, altamente ansiógena, se combina a veces con un empleo alienante y abusivo de distintos medicamentos, especialmente sedantes e hipnóticos, con los cuales sólo se encubren las situaciones de conflicto, con frustración para todos.

Otro problema institucional, como el del ritmo de altas y aprovechamiento de camas, se ve relacionado con una necesidad inconsciente por parte del médico de retener a su paciente y, por parte de éste y en función de su dependencia, con su necesidad de ser retenido. Se estructura una verdadera simbiosis hospitalaria, dado que el alta de cada paciente obliga al médico a reintroyectar todo lo que en él tenía proyectado o depositado¹⁰, con la consiguiente movilización de ansiedades; y lo mismo ocurre con el paciente, quien, en sus condiciones de regresión, se ve moviliado en sus ansiedades al tener que reubicarse en la vida extrahospitalaria y asumir obligaciones y conflictos de los que se había separado temporariamente por su internación. El intervenir aquí sobre los pacientes y en su relación con la familia y los médicos resulta de vital importancia para cortar este circuito de realimentación.

/ Por responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura

¹⁰ El médico mantiene proyectadas en sus pacientes sus propias ansiedades hipocondríacas, y éstos las aceptan a cambio de la seguridad de la dependencia.

de los problemas que tienen que enfrentar. Así, en el hospital general, la disociación cuerpo-mente que rige en los pacientes rige en la misma institución, y esto se recuerda aquí, ya que en esto reside una de las fuentes de la resistencia al psicólogo y a su tarea, cuya labor significa, en este contexto, no otra cosa que un retorno de lo reprimido, con la movilización consiguiente de ansiedad.

/En las instituciones que atienden enfermos mentales estos problemas se hacen aún más agudos. Uno de los que se presentan es siempre (hasta ahora) el de una fuerte disociación entre los objetivos explícitos e implícitos de la institución/ entre los primeros se halla, evidentemente, el propósito de curar enfermos mentales, pero en contradicción con ello el instituto psiquiátrico tiende a defender a la sociedad del alienado, segregándolo, y en este sentido la institución tiende en su organización total a consolidar la alienación y la segregación del enfermo mental. Como en ningún otro caso, se hace aquí muy evidente el hecho de que la institución tiende a adquirir la misma estructura y el mismo sentido que el problema que se propone resolver. *El asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes:* los enfermos tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde totalmente, los contactos sociales se empobrecen, se llega a una monotonía con una fuerte deprivación sensorial, que refuerza y afianza la alienación de los pacientes.

Los locos, las prostitutas y delincuentes son los síntomas de una sociedad perturbada, y las instituciones tienden a reprimir y segregar tanto como la sociedad misma, ya que las instituciones son los instru-

mentos de esta última. El adoptar una actitud distinta significa tomar conciencia o *insight* de los problemas y conflictos que, por su sola presencia o existencia, denuncian la sociedad que crea los alienados, las prostitutas y los delincuentes. Además, se comprende mejor este hecho si se toma en cuenta una de las funciones fundamentales de las instituciones sociales: la de servir de proyección o depositación de la personalidad sincrética. Movilizar la organización de una institución significa entonces movilizar las ansiedades psicóticas que en ella se hallan condensadas y controladas. El paciente mismo ofrece una notable resistencia, dado que en un marco circunscripto y rígido él puede distribuir y controlar mejor su personalidad sincrética que en el mundo más cambiante y dinámico de la realidad. /

- El fenómeno de la privación sensorial no es, por otra parte, exclusivo de las instituciones psiquiátricas; se lo encontrará con mayor o menor intensidad y con distintas formaciones o apariencias en todas las instituciones. En ellas se tiende siempre a la estabilización y la estereotipia, la monotonía, que si bien por un lado cumple con una de las funciones psicológicas de la institución, / lleva por otro lado a un continuo y reiterado empobrecimiento de las relaciones interpersonales. El hospitalismo se halla así —en diferentes formas o expresiones— en todas las instituciones. La burocratización responde a las mismas causas y a la misma dinámica social y psicológica. Es el fenómeno que, en sus términos generales, se puede designar, tal como lo hacen Bettelheim y Sylvester, como “*institucionalismo psicológico*”, del cual el hospitalismo y la burocratización son sólo dos aspectos. Todos ellos

significan, en última instancia, la alienación o afianzamiento de la alienación del ser humano, su empobrecimiento y su privación de vínculos humanos, y el vaciamiento de su condición humana.

La empresa

La empresa es la institución que plantea los problemas más agudos en cuanto a la elucidación de objetivos y la aceptación de la tarea profesional.

Toda empresa tiene como objetivo fundamental, de una u otra manera, un incremento de su productividad —mejor dicho, de sus utilidades—, y del psicólogo se espera, explícita o implícitamente, una conducción de las relaciones humanas que lleve a esa finalidad. En ningún caso el psicólogo debe ubicarse como agente o promotor de la productividad, porque no es ésa su función profesional; su objetivo es la salud y el bienestar de los seres humanos, el establecimiento o creación de vínculos saludables y dignificantes. Sus objetivos pueden llevar tanto a un aumento de la productividad —o de los beneficios— como a una disminución de la misma, de manera pasajera, transitoria o estable, pero *en ningún caso es esto lo que mide la eficacia de su tarea.* Desgraciadamente, esto puede ser un obstáculo insalvable para su trabajo profesional, en cuyo caso debe ser sacrificado este último y no sus objetivos profesionales.

Sin embargo, la empresa no se halla siempre interesada en un incremento de la productividad; ello depende —en última instancia— de que coincida o no con un incremento de sus beneficios y, en este sen-

tido, hay épocas o ciclos económicos en los que interesa a la empresa disminuir la productividad y acude al psicólogo para seleccionar empleados para el despido o para un cambio parcial de sus actividades, y en los que se espera que el psicólogo no sólo seleccione, sino que “convenza”. / En todos los casos el psicólogo debe actuar exclusivamente según sus objetivos (los de la psicohigiene), y rechazar la tarea si la ve incompatible con sus propósitos. /

En una oportunidad fue solicitada la ayuda de un psicólogo para ilustrar a un grupo de dirigentes de empresa sobre técnicas psicológicas. El objetivo explícito era el de mejorar las relaciones humanas de la empresa respectiva; la finalidad implícita era la de poder “manejar” mejor a los empleados y obreros. El psicólogo aceptó su tarea, pero la llevó a cabo según sus propios objetivos: trabajó con el grupo en el sentido del esclarecimiento de estas finalidades encubiertas y en la de los propios conflictos que tenían estos dirigentes de empresa con sus propias funciones, que derivaban básicamente de estar sometidos a una doble presión, que provenía, por una parte, de las exigencias de mayor utilidad de la empresa y, por otra parte, de su identificación parcial con los intereses y problemas de sus empleados y obreros (provenían todos de clase media).

En otra oportunidad, un psicólogo fue llamado para intervenir en una situación caótica que había desembocado en una huelga obrera, sin que se viesen con claridad cuáles eran los motivos y los propósitos de esta última, ya que la empresa, inclusive, pagaba con remuneraciones superiores a las de los convenios. Trabajó en primer lugar y únicamente con el cuerpo di-

rectivo, y de esa reunión derivó al análisis de la estructura paternalista de la dirección, que actuaba con gran seducción sobre los dirigentes obreros, amortiguando de esta manera la eficacia de los mismos; pero esto llevaba a una situación de gran insatisfacción y malestar por la falta de identidad en que se encontraban los obreros, que se hallaban así totalmente sujetos y dependientes. El cambio se hizo solamente sobre esta estructura paternalista, lo cual llevó indirectamente a una organización sindical autónoma, que daba un status definido a los obreros.

/ Una estrategia fundamental en toda esta tarea es la *de considerar al que consulta no sólo como cliente, sino como el sujeto sobre el cual hay que actuar*, de tal manera que él mismo esclarezca sus motivaciones, objetivos, sus contradicciones y conflictos, tanto como su propia manera de actuar y las consecuencias que se derivan de la misma. No tocar este aspecto y ocuparse de otro grupo ausente compromete al psicólogo en una alianza implícita utilitaria, y pierde en el camino sus objetivos como técnico de la psicología.

Es innegable que el psicólogo se encuentra, especialmente en este campo, con problemas éticos muy serios, que no debe eludir, pero no es menos cierto que existen fuertes resistencias y prejuicios que hay que deshacer, así como también es cierto que existe la posibilidad de una tarea que no desvirtúe la dignidad humana ni profesional. No es totalmente cierto que, de hecho y de manera insalvable, todo trabajo en empresas industriales o comerciales sea directamente una actividad contra los obreros; pero no es menos cierto que puede serlo con gran facilidad, y con mucha frecuencia realmente lo es. El núcleo de *human*

relations reside en ocuparse de los seres humanos *para* la empresa. Para nosotros, el factor humano es atendido *en* la empresa pero *para* los seres humanos que la integran ¹¹.

Cada adelanto de la psicología o cada avance sobre un nuevo campo de su aplicación ha sido y es mirado con gran desconfianza. Y, ahora, especialmente éste. Conviene postergar, en todo caso, el trabajo en este campo, hasta tanto el psicólogo haya acumulado experiencia en otros menos conflictivos y pueda sentirse más seguro en el encuadre de la situación y en el manejo de las técnicas respectivas. Es particularmente interesante considerar que los enemigos del adelanto de las ciencias de la naturaleza fueron las fuerzas sociales conservadoras, para quienes un avance en el conocimiento científico de la naturaleza significaba cambios que les resultaban desfavorables; pero actualmente son las fuerzas de la izquierda política las que desconfían del avance de la investigación psicológica y de su aplicación. No es menos cierto que las fuerzas sociales que por ahora más alientan el desarrollo y aplicación de la psicología lo hacen también en un sentido político que tampoco nos interesa, porque no resulta progresista ni humano. Pero toda esta situación no es insalvable ni tampoco insuperable.

¹¹ Nos parece útil recomendar la lectura de las publicaciones de Crozier, Friedman, Frasser. Al respecto nos parece importante la actitud ética y técnica de E. Jaques de contar con la aceptación de los organismos obreros para ingresar a trabajar con psicología institucional en una empresa o fábrica. Esta aceptación —libre y no obtenida por coerción— no obliga —por otra parte— a los obreros a ser objeto de estudio; para ello hace falta una segunda aceptación explícita e indefectible.

Psicología del equipo de psicólogos

La psicología institucional debe comenzar siempre por ser aplicada al mismo grupo que tiene a su cargo la tarea en una institución, y ello es así no sólo por interés o conveniencia, sino por una exigencia técnica del trabajo a realizarse. Como en toda institución, las tensiones que promueve la tarea *afectarán las relaciones personales y profesionales* entre los integrantes del equipo, y las mismas a su vez repercutirán indefectiblemente sobre la tarea misma, en un círculo vicioso que se potencia permanentemente en estos dos extremos.

Conviene que se hallen bien delimitadas las funciones, status, roles, tanto como las vías de comunicación y la calidad y frecuencia de las mismas; para todo ello es imprescindible (hasta tanto se constituya de manera estable y haya probado su eficiencia en la autorregulación) que el equipo en su totalidad trabaje como grupo operativo bajo la supervisión de un colega que esté totalmente fuera de la tarea. Esta tarea de autorregulación que se aprende en el grupo operativo puede llegar a su término cuando el equipo haya incorporado las pautas del grupo operativo e interacción espontáneamente en forma positiva, sin la necesidad o requerimiento de un director del grupo. De esta manera el trabajo de saneamiento de tensiones no debe terminar nunca, sino ser siempre una de las tareas fundamentales del equipo mismo.

Ello se hace imprescindible porque las tensiones del trabajo institucional son muy grandes, y aquellas tensiones de la institución de las que el equipo no tomó "*insight*" se actúan en el grupo de psicólogos, de

tal manera que los conflictos que se presentan en el equipo de psicólogos tienen la misma estructura que los conflictos de la institución de los que no se ha tomado suficiente *insight*./ Por su propio encuadre, los psicólogos no pueden actuar proyectando sus propios conflictos y tampoco pueden estructurar una situación persecutoria con la institución que tienen que atender, y es por ello que el conflicto de la institución se reproduce fácilmente dentro del equipo mismo, que actúa necesariamente como absorbente de tensiones. Ésta es una de las causas más frecuentes que hemos encontrado de esterilización y aun de disolución del equipo de psicólogos, con el fracaso consiguiente en la tarea emprendida o propuesta.

Otro hecho que se ve con frecuencia en el equipo es el de las tensiones intragrupalas que tienden a producir una fuerte compulsión para actuar en la institución, saltando las etapas de la organización intragrupal y de la discusión acabada de la hipótesis de trabajo, del encuadre de la tarea y de las técnicas a emplear. La urgencia por la práctica, así como la urgencia por producir resultados visibles en la tarea, debe ser vista como índice de una situación de tensión intragrupal no explicitada./ Recordar que *no es lo mismo acción que actuación psicopática*; la primera → es parte o momento de una praxis, que falta en la segunda./ Otra forma que toma el conflicto intragrupal es el de una proliferación de problemas que se tienden a investigar y resolver, lo que hace que el grupo caiga en una desorientación en su tarea profesional.

/ Todo lo que ocurre en el equipo debe ser analizado en dos niveles en interacción: uno, en el del equipo

en función de la tarea, y otro, en el de la tarea que se realiza. /

/ La lealtad de los integrantes del equipo entre sí y la reserva absoluta con respecto a los datos de la investigación, tanto como la lealtad a las consignas del equipo, son premisas fundamentales, y toda falla en las mismas debe ser examinada, no desde el punto de vista personal de quien ha incurrido en esa falla, sino en función de la totalidad (de la tarea y del equipo). / La inclusión de nuevos miembros en el equipo es un problema de la totalidad grupal, quien debe encararlo abiertamente como parte de la tarea misma. / Toda resistencia al ingreso de nuevos miembros debe ser cuidadosamente analizada, tanto como la tendencia a la segregación o a la de incorporar frecuentemente y con facilidad nuevos miembros: ellas suelen ser las formas en que un equipo tiende a intentar resolver mágicamente sus problemas internos. / Todo nuevo miembro debe ser a su vez protegido de no constituirse en un foco de cristalización y proyección de las tensiones intragrupales, tanto como el equipo mismo debe cuidarse de no constituirse, él mismo, en un foco de proyección de los conflictos institucionales.

/ Todas las fantasías mágicas y mesiánicas del equipo deben ser cuidadosamente analizadas y resueltas para lograr un trabajo eficiente, ética y científicamente correcto o riguroso. /

/ La interrupción o cese de una tarea es otro de los problemas que debe ser cuidadosamente evaluado y planteada la estrategia del mismo, ya que es necesario evitar toda posibilidad de defensas neuróticas, tales como la fuga frente a ansiedades claustrofóbicas, o las racionalizaciones frente a impericia técnica, y

evitar también el irse como echados o expulsados de la institución, promoviendo inconscientemente tal salida, ya que es —en esas condiciones— más fácil tolerar y racionalizar situaciones persecutorias (de ingratitud, de inmadurez, etc.) que admitir la depresión por la pérdida y admitir el *insight* de los factores reales del fracaso o de la pérdida. Las pérdidas, cambios o fracasos pueden llevar a una disolución del grupo o a una aglutinación de los miembros del mismo (regresión).

Si existen algunas consignas que tienen que ser indefectiblemente respetadas y cumplidas por el equipo, y que pueden servir de guía básica para su propia psicohigiene como equipo, ellas podrían ser enunciadas así: No dejar implícita ninguna situación de tensión o de rumor, ya que toda disociación es siempre un foco activo y desconocido de nuevas tensiones; en segundo lugar, no dejar tampoco problemas y situaciones conocidas permanentemente pendientes sin que sean —al menos— efectiva y realmente encaradas. En último término, toda explicitación y esclarecimiento no debe ser hecho en cualquier momento ni en cualquier lugar, sino dentro del marco que para ello debe tener institucionalizado el equipo, de tal manera que deben ser rigurosamente respetados los marcos de los distintos tipos de tarea que el grupo se tiene asignada; y toda tarea llevada a cabo fuera del contexto y de su marco definido tiene que ser vista y considerada como una actuación que tiene que ser examinada en sí misma a su vez como otro síntoma de los conflictos.

En este sentido, el rumor debe ser considerado como un síntoma de gran importancia, ya que —a nivel del grupo de psicólogos o de la institución misma— sig-

nifica un índice fiel de déficit en la comunicación. Este último se produce por una dispersión esquizoide provocada a su vez por la ansiedad de la tarea.

numm → 01.11.11
1955

Conclusión

Todo lo expuesto puede ser resumido en dos propósitos básicos que se interrelacionan estrechamente: debemos configurar *una psicología de la praxis* y *una praxis en la psicología*. La psicología institucional es un paso más en este camino.

En este sentido no debemos superponer ni confundir tarea práctica con praxis; la primera —por sí sola— es alienante; la segunda enriquece al ser humano y a la humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BARNES, H. E.: *Social Institutions*. New York. Prentice-Hall, 1946.
- BENNETT, A. E.; HARGROVE, E. A. y ENGLE, B.: *Psychiatry in General Hospital*. Univ. of California Press, 1956.
- BETHEL, L.; ATWATER, F. S.; SMITH, G. H. E. y STACKMAN, H. A.: *Organización y dirección industrial*. México, F. C. E., 1961.
- BETTELHEIM, B. y SYLVESTER, E.: *A Therapeutic Milieu*. En: Reed, C. F.; Alexander, Y. E. y Tomkins, S. S.: *Psychopathology*. Harvard University Press, 1958.
- BRIERLEY, M.: "Theory, practice and public relations." *Int. J. Psa*, 24. 119. 1943.
- BROWN, F. A. C.: *La psicología social en la industria*. México, F.C.E., 1958.
- CANDILL, W.: *The Psychiatric Hospital as a small Society*. Cambridge. Mass. Harvard Univ. Press., 1958.
- CONFERENCE DE ROME: *Les relations humaines dans l'industrie*. 1956.
- CROZIER, M.: *La fabricación de hombres*. Buenos Aires, Deucalión, 1954.
- FREUD, S.: *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras Compl. Tomo IX.
- FRIEDMANN, G.: *Problemas humanos del maquinismo industrial*. Buenos Aires, Sudamericana, 1956.
- FRIEDMANN, G. y NAVILLE, P.: *Traité de sociologie du travail*. París, A. Colin, 1961.
- GILLON, J. J. y PLANQUES, L.: *L'hygiène mentale dans l'entreprise*. París, Toulouse, 1955.
- GRANICK, D.: *Management of the Industrial Firm in the U.R.S.S.* New York, Columbia Univ. Press, 1954.

- GREENBLATT, M.; LEVINSON, D. J. y WILLIAMS, R. H.: *The patient and the Mental Hospital*. Illinois, Glencoe, The Free Press, 1957.
- GUERREIRO RAMOS, A.: *Relaciones humanas del trabajo*. Universidad Nacional, México.
- GURVITCH, G.: *Traité de Sociologie*. París, P.U.F., 1960.
- HALLIDAY, J. L.: *Medicina psicosocial*. B. Aires, Eudeba, 1961.
- HARTMANN, H.: "La aplicación de los conceptos psicoanalíticos a las ciencias sociales." *Psychoanal. Quart.* 19, 1950.
- HERTZLER, J. O.: *Social institutions*. New York, McGraw Hill C., 1929.
- JAQUES, E.: "Social systems as defence against persecutory and depressive anxiety." En: Klein, M.: *New Directions in Psychoanalysis*. Londres, Tavistock, 1955. — "Psychoanalysis and the Current Economic Crisis." En: *Psychoanalysis and Contemporary thought*. Londres, Hogarth Press Ltd., 1958. "Disturbances in the capacity to work." *Int. J. Psa.* 4. 357, 1960.
- JONES, M.: *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities*. Londres, Tavistock Publications, 1952. — "The Concept of a Therapeutic Community." En: *Psychopatology*, editado por Reed, C. F.; Alexander, V. E. y Romkins, S. Harvard Univ. Press, 1958. *The Therapeutic Community*. New York, Basic Books, 1953.
- KARN, H. W. y VON HALLER GILMER, B.: *Readings in Industrial and Business Psychology*. New York. McGraw-Hill Book Co. Inc., 1952.
- LANTOS, B.: "Work and the instincts." *Int. J. Psa.* 24. 114, 1943. — "Metapsychological considerations on the concept of Work." *Int. J. Psa.* 33. 4, 1952.
- LIKERT, R. y HAYES, S. P.: *Some applications of Behavioural Research*. Unesco, 1957.
- MACIVER, R. M. y PAGE, C. H.: *Sociología*. Madrid, Tecnos.
- MAYO, D.: *Problemas humanos de una civilización industrial*. Buenos Aires, Galatea, 1959.
- MC. GUIRE, J. W.: *La conducta empresaria*. Buenos Aires, Hobbs Sudamericana, 1965.
- MEADOWS, P.: *La tecnología y el orden social*. Universidad Nacional México.
- MENZIES, I.: "A case study in the functioning of Social systems as a defence against anxiety." *Human relations*. 13. 2, 1960.
- NADEL, S. F.: *Fundamentos de antropología social*. México, F. C. E., 1955.

- NOVEY, S.: "La utilización de las instituciones sociales como una técnica de defensa en las neurosis." *Rev. Urug. Psa.* 3. 2-3, 1960.
- PEIFFNER, J. M. y SHERWOOD, F. P.: *Organización administrativa*. México, Herrero Hnos. S. A.
- SIMÓN, H. A.: *El comportamiento administrativo*. Madrid, Aguilar, 1962.
- SIVADON, P.: "Psychopathologie du travail." *L'evolution Psych.*, 1952.
- STANTON, A. H.; SCHWARTZ, M. S.: *The Mental Hospital*. New York, Basic Books, 1954.
- TREGOLD, R. F.: "Les relations humaines dans l'industrie." *Rev. Int. Sc. Sociales*. XI. 1. 1959.
- YOUNG, P.: *Métodos científicos de investigación social*. Univ. Nac. México, 1953.
- ZNANIECKI, F.: "Organisation sociale et institutions." En Gurvitch, G.: *La sociologie au XXe. Siecle*. París, P.U.F., 1947.

CAPÍTULO III

EL PSICOLOGO EN LA COMUNIDAD

La higiene mental se halla, desde sus orígenes, desde el comienzo de su historia, ligada a la enfermedad mental; y lo mismo aconteció con la psicoprofilaxis y la psiquiatria. No se ha insistido suficientemente sobre el papel que pueden jugar los psicólogos y la psicología en el problema de la salud y la enfermedad, y tampoco se ha diferenciado netamente higiene mental de psicoprofilaxis y de psiquiatria.

Los informes de la Organización Mundial de la Salud no esclarecen tampoco estos aspectos, y el psicólogo y la psicología aparecen citados ocasional y brevemente; así, por ejemplo, el informe 223 del año 1961, titulado "Preparación de programas de higiene mental", dice: "Entre los miembros del personal de los grandes servicios de higiene mental figura normalmente el psicólogo clínico. Este especialista ha de conocer a fondo la teoría y la práctica de las pruebas de exploración psicológica y de los métodos especiales de educación. En algunos lugares se tiende a que el psicólogo aborde los más difíciles problemas de psico-

terapia y el comité considera que en esos casos convendrá exigir a dichos especialistas una formación complementaria.”

A mi entender, la psicohigiene rebasa ampliamente los problemas de la enfermedad mental y la higiene mental, pero también tiene objetivos que están legítimamente fuera del campo de la salud pública misma. Y de esto es que quiero ocuparme más específicamente, comentando las funciones del psicólogo en la comunidad.

Se ha insistido reiteradamente que tanto los psiquiatras como los psicólogos deben trasladar el énfasis de su actividad profesional: se debe tratar de superar la organización de una asistencia individual y privada dedicada fundamentalmente a la curación, haciendo que el énfasis o el mayor peso de la actividad profesional de los mismos recaiga sobre la población (la comunidad) y no sobre individuos; promover bienestar y no solamente curar; no atender única, específica y predominantemente factores patógenos a nivel individual, sino situaciones más generales de la comunidad; en lugar de la enfermedad hay que dirigirse a las condiciones corrientes de vida; en lugar de crear más instituciones donde se atiende exclusivamente gente enferma, salir a la comunidad y atender las situaciones cotidianas, las tareas y actividades diarias y ordinarias que desarrolla la población. Todo esto se puede resumir diciendo que debemos atender más a la administración y la planificación de los conocimientos y técnicas para atender la relación interpersonal, que es un factor patógeno básico de nuestra civilización, controlando y ayudando al desarrollo de la personalidad a través de los sucesos comunes y diarios, a través de

las pautas de interacción y a través de la ayuda técnica a personas claves u organismos importantes de la comunidad.

Todo esto exige una actividad muy compleja y un desarrollo de conocimientos y técnicas que todavía no poseemos en escala suficiente, por lo que no estamos sino en condiciones de reseñar los problemas tanto como las perspectivas de estos enfoques. Necesitamos conocer mucho más la psicología de las situaciones y de la vida cotidiana, tanto como necesitamos teorías psicológicas que no partan específicamente de la patología. A la par de revisión de teorías y conocimientos necesitamos ampliación y puesta a prueba de nuestros recursos técnicos: técnicas de acceso a la comunidad, técnicas de investigación, técnicas de operancia, técnicas para administrar los recursos en el marco de la comunidad. Y junto con esto, tendremos seguramente, a corto plazo, que reconsiderar las pautas de actuación de profesionales del arte de curar, pero también crear nuevas pautas para ellos y para los psicólogos.

En este sentido, a diferencia del psiquiatra, que es un profesional del arte de curar y un especialista en las enfermedades mentales, el psicólogo no se debe ubicar totalmente como profesional dentro del campo de la enfermedad, sea de la curación o de la profilaxis, sea de la enfermedad mental o no. Dentro de la higiene mental y dentro de la salud pública, el psicólogo tiene múltiples tareas y funciones, pero las tiene también —y no menos importantes— fuera de las dos. A esto último es a lo que específicamente aplicamos el término “psicohigiene”.

Objetivos y niveles de la higiene mental

Los objetivos de la higiene mental se han ido modificando en el curso de sus distintas etapas históricas. Sin ánimo de hacer aquí una reseña detallada, podemos considerar que la primera etapa incluye lo que se formuló como consigna: "hacer algo por el enfermo mental", que se refería básicamente al plano asistencial; desde los pasos iniciales para lograr un trato más humano para el enfermo mental, se ha adelantado mucho en el mejoramiento de las instituciones asistenciales, tanto desde el punto de vista administrativo como desde el punto de vista del logro de terapéuticas más efectivas, y un incremento no sólo de la cantidad, sino de la variedad de instituciones asistenciales.

La consigna de crear más hospitales no puede dejarse todavía de lado en muchos países, pero es evidente también la necesidad de un aprovechamiento mayor o más racional de los ya existentes, lo cual incluye internaciones más precoces y más breves, con tratamientos más activos, la habilitación del *day-hospital* y la necesidad de incorporar servicios psiquiátricos en los hospitales generales. El punto culminante de este desarrollo de la asistencia psiquiátrica está dado por lo que en la actualidad se denomina comunidad terapéutica, que consiste fundamentalmente en modificar la estructura institucional artificial y alienada, con sus propias pautas, para convertir la organización y las relaciones que en ellas se dan en agentes positivos para los seres humanos que la integran.

Para la planificación de la asistencia existe aún en la actualidad escasa información correcta sobre mor-

bilidad psiquiátrica. Pero dice el Informe número 73 del año 1963 de la O.M.S.: "No hay duda de que en Europa occidental y en los Estados Unidos los trastornos psiquiátricos llenan el 40 % o más del total de las camas de hospital, constituyendo un problema de gran envergadura." Aunque debe reconocerse y lograr un mínimo de camas para enfermos psiquiátricos, con frecuencia el problema de proveer más camas ha sido subrayado en detrimento de otros servicios que reducen la necesidad de internación y el tiempo de la misma ¹.

¹ L. J. SAÚL en *Bases de la conducta humana* (B. As., 1958), dice, refiriéndose a los Estados Unidos, que hay alrededor de un millón de psicóticos, de los cuales la mitad, o sea, quinientos mil, están alojados en instituciones. Hay alrededor de quinientas mil camas para todas las otras enfermedades, incluyendo sanatorios privados, como hospitales para tuberculosos y similares. "En otras palabras, en este país existe aproximadamente el mismo número de camas para psicóticos que para todas las demás enfermedades juntas." Aunque es difícil calcular el número de neuróticos, un cálculo aproximado da unos cinco millones, dato que proviene de los exámenes realizados por las autoridades militares a los fines de las movilizaciones. "Un niño de cada veinte que nacen pasará algún tiempo en una institución para enfermos mentales. Uno de cada diez estará incapacitado por algún período a causa de síntomas mentales y emocionales."

Este mismo autor trae una cita de Bullis y O'Malley, quienes dicen que "de cada cien niños en edad escolar en los Estados Unidos, las vidas de trece de ellos estarán en alguna forma alteradas debido a su incapacidad para alcanzar la madurez emocional; cuatro terminarán en hospitales mentales; uno se convertirá en delincuente; ocho serán destrozados por trastornos emocionales". Sin embargo, esos cinco millones representan sólo una pequeña parte del problema; a ello hay que agregar el alcoholismo, la delincuencia, la criminalidad, los suicidios, el divorcio y los trastornos psicósomáticos, con lo cual el cuadro se hace enormemente grave. Así, "de uno y cuarto a un millón y medio de niños pasan

La segunda etapa del desarrollo histórico de la higiene mental fue la del diagnóstico precoz, tanto en adultos como en niños; es decir, el detectar precozmente las enfermedades mentales puede a su vez dar lugar a un aprovechamiento mayor de los servicios hospitalarios, tanto como un resultado más fructífero o exitoso de los procedimientos terapéuticos.

Como es fácil deducir, éstos dos objetivos se hallan muy interrelacionados y exigen del psiquiatra experiencia, conocimiento y actuación "extramuros", tal como lo aconseja —entre otros— el Informe número 73 de la O.M.S. cuando dice que el psiquiatra no debe tener un contacto exclusivo o experiencia única en la psiquiatría de "intramuros", sino que debe ampliar su conocimiento y experiencia con distintos problemas de la psiquiatría.

Estos dos objetivos de la higiene mental requieren una amplia participación del psicólogo, no sólo en cuanto al psicodiagnóstico y la psicoterapia, sino también en la difusión adecuada de conocimientos que alerten a la comunidad para solicitar ayuda médica o psicológica, combatir los prejuicios de la

anualmente por los juzgados de menores; se estima que hay una incidencia anual de delincuencia de casi dos y medio millones de niños entre las edades de diez y dieciséis años; se calcula que tres millones de niños necesitan ayuda psiquiátrica. Cerca de siete millones de ciudadanos tienen prontuario criminal; se cometen más de 1.650.000 crímenes anualmente. Los divorcios llegan a un promedio de aproximadamente medio millón por año, con relación a un millón y medio de casamientos por año, es decir, que un casamiento de cada tres terminan en divorcio". En lo que se refiere a nuestro país, ver el libro de G. Bermann: *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1965.

enfermedad mental, tanto como atención de todos los factores psicológicos que intervienen en el funcionamiento de las instituciones asistenciales, de los grupos que la integran y de las relaciones y tensiones que entre ellos se establecen, y atención de los factores psicológicos implicados en las tareas profesionales que se realizan. En cuanto a la tarea frente al enfermo o al posible enfermo, el psicólogo es un profesional que se desempeña dentro del campo de la higiene mental como integrante de un equipo o como asesor o consultor; pero frente a los organismos que enfrentan el problema de la enfermedad mental, su tarea pertenece más al campo de la psicohigiene, al igual que en los casos en que interviene en instituciones u organismos no asistenciales o no médicos. Éste es un aspecto que deseamos pueda hacerse cada vez más claro y explícito a medida que avancemos en la exposición de este tema.

Una tercera etapa u objetivo de la higiene mental se refiere a la profilaxis o la prevención de la enfermedad. Al psicólogo le corresponden los aspectos psicológicos de esta tarea, y a esto es a lo que se debe denominar —en sentido estricto— “psicoprofilaxis”, la cual se halla incluida totalmente dentro de la higiene mental (en el caso de las enfermedades mentales); a diferencia de la psicohigiene, que la rebasa, ya que deja de girar alrededor del eje de la enfermedad mental (como es el caso de la higiene mental). Debemos aclarar, aún más, el hecho de que “psicoprofilaxis” no significa prevención o profilaxis de las enfermedades psíquicas (lo cual es un absurdo), sino que se debe definir como el empleo de los recursos psicológicos para prevenir las enfermedades. Como veremos tam-

bién más adelante, la psicoprofilaxis, definida de esta manera, es una parte de la salud pública y de la higiene en general, y no sólo de la higiene mental.

Dentro de la prevención o la profilaxis de la enfermedad mental tenemos que reconocer la diferencia entre prevención específica e inespecífica: en la primera se trata de combatir determinada causa o eslabón de la serie causal, mientras que en la segunda no podemos actuar sobre causas específicas, sea porque no existen o sea porque no las conocemos, y tenemos que atender múltiples situaciones médicas o no médicas. Las situaciones médicas no son tampoco, en este caso, de exclusiva responsabilidad del psiquiatra, sino de todos los médicos (obstetras, especialistas en enfermedades infecciosas, etc.). Las situaciones no médicas corresponden al psicólogo, ya sea por su acción directa o por su asesoramiento a otros profesionales (educadores, abogados, jueces, etc.), en todo lo que significa atender los factores psicológicos perturbadores en la vida corriente en sus múltiples manifestaciones y fenómenos humanos.

La cuarta etapa histórica de la higiene mental es la rehabilitación, que consiste en la ayuda psicológica al sujeto curado, o curado con cierto déficit, para que pueda reubicarse en la comunidad y reintegrarse a su familia, reduciendo el impacto de los factores que desencadenaron o condicionaron su enfermedad o que pueden volver a enfermarlo. La intervención del psicólogo en la rehabilitación tampoco se restringe a la higiene mental, sino, como se comprende fácilmente, a toda la higiene, en su totalidad.

La quinta etapa está dada por la promoción de salud, y aquí es donde se superpone en cierta medida

con la prevención inespecífica, sin que podamos en muchos casos (y sin que en realidad tampoco por ahora lo necesitemos) señalar netamente los límites entre una y otra. La promoción de salud se incluye en la denominación de prevención positiva, denominación que no creemos adecuada, porque implica hacer girar la salud y todos los fenómenos humanos alrededor de la medicina y la enfermedad.

En gran parte de las situaciones se impone claramente la diferencia entre prevención inespecífica y promoción de salud, ya que la primera gira alrededor de la enfermedad mientras que la segunda se independiza totalmente de ella y constituye el campo específico de la psicohigiene. La intervención de un psicólogo en las tensiones de una fábrica o en la correcta crianza de los niños o en la preparación de los jóvenes para la vida sexual o afectiva pertenece a la psicohigiene y no a la psicoprofilaxis o la higiene mental. Con la psicohigiene, el psicólogo está ubicado fuera de la higiene mental y fuera de la salud pública, desde el punto de vista organizativo o institucional de la misma, y en ella el psicólogo es un profesional autónomo e independiente de la medicina asistencial y de la salud pública, aun con todos los puntos de contacto que la tarea del psicólogo en la psicohigiene tiene o puede tener con la enfermedad, que son tantos como los que pueden tener otros profesionales u otras profesiones que no están incluidas en la medicina, en la higiene, o en la salud pública (como es el caso de los maestros, arquitectos, abogados, etc.). La enfermedad y la medicina no pueden ser los ejes alrededor de los cuales se centre toda la vida de los seres humanos, y las diferencias que tratamos de establecer se vuelven

con frecuencia engorrosas y difíciles justamente porque conocemos más la enfermedad y el enfermo que la vida corriente y cotidiana y el ser humano en su vida real; es posible que dentro de poco tiempo podamos proceder en sentido inverso. Y lo mismo cabe decir de la psicología, que gira todavía, en gran parte, sea alrededor de la clínica y de los enfermos, o del laboratorio y de los animales; en ambos casos, fuera del hombre concreto y de la vida en su realidad cotidiana.

En cada momento y en cada comunidad la planificación tiene que contemplar cuál es el punto de urgencia de cada uno de estos objetivos de actuación y elaborar ciertos criterios de prioridad que dependen, por supuesto, no sólo del tipo de problemas que hay que enfrentar con más urgencia, sino también de los recursos humanos, económicos y técnicos; pero la planificación tiene que contemplar no sólo la urgencia inmediata sino objetivos de más largo alcance. Estos criterios no se hallan aún bien establecidos y seguramente su formulación general no podrá nunca dejar de ser relativa. Molina y Adriasola incluyen los siguientes índices para evaluar la prioridad en la planificación: gravedad del daño, posibilidades de evitar el daño, costo *versus* daño, rendimientos, actitud de la comunidad.

Caplan² acepta una clasificación que difiere en cierta medida de la que hemos dado, pero que tiene también muchos puntos de contacto con ella. Dicho autor habla de una prevención primaria, secundaria

² CAPLAN, G.: *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books, 1964. (Versión castellana: *Principios de psicología preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1966).

y terciaria. La primera de ellas se refiere a una reducción del riesgo de la enfermedad mental; la segunda, a una reducción de la duración de la enfermedad tanto como al diagnóstico precoz y al tratamiento efectivo; la prevención terciaria se refiere a prevenir secuelas y déficit tanto como al retorno o readecuación del sujeto curado (parcial o totalmente) a la comunidad.

En realidad, la prevención secundaria se superpone con el primero y segundo objetivo de la clasificación anterior; la prevención primaria se corresponde con el tercero y quinto, mientras que la prevención terciaria coincide totalmente con la rehabilitación. Posiblemente este esquema de Caplan corresponde más a la realidad, y es más útil desde el punto de vista de contar con una clasificación más simple y práctica.

Otro autor, G. S. Stevenson³, clasifica la prevención en tres rubros, algunos de ellos con subdivisiones:

1. *Prevención presuntiva*: basada en la modificación de una condición asociada o previa a la enfermedad que se presume etiológicamente relacionada, como, por ejemplo, intervenir sobre la introversión por nuestro conocimiento de su relación con la esquizofrenia; sin que, inclusive, supongamos una relación causal entre ambas, podemos suponer la introversión como una situación intermedia que puede o no llevar a cuadros más graves.

2. *Prevención relativa*: la denomina así porque aquí el trastorno ya ha aparecido (en su forma o expresión mínima) y en rigor no se debiera hablar de preven-

³ STEVENSON, G. S.: The prevention of personality disorders, Cap. 35 de *Personality and Behavior Disorders*, editado por Mc V Hunt. New York, Ronald Press, 1944.

ción para estos casos. Aquí incluye tres modalidades: terapéutica, substitutiva y radical. En la primera se lleva a cabo el tratamiento de estadios o situaciones menos serias para prevenir otras más graves; así, la actuación sobre fracasos escolares puede impedir ulteriores comportamientos delictivos o sociopáticos. La substitutiva consiste en la posibilidad de sustituir un problema o una sintomatología dada por otra menos seria o menos gravosa para el sujeto o la comunidad, como sería el ejemplo de sustituir una fobia al trabajo por un ritual que el sujeto puede realizar en su vida privada, y en la clínica observamos con frecuencia estas substituciones en ambos sentidos, en el favorable y en el desfavorable. La prevención preventiva radical tiende a la modificación de las condiciones generales que, sin tener una relación específica como determinante de una enfermedad, permiten que esta última pueda ocurrir o haya ocurrido; incluye medidas tales como cambio de lugar, de hogar, aislamiento, etc. Es decir, se trata de un cambio en las condiciones generales de vida para evadir o eludir factores de perturbación que se consideran preponderantemente externos.

3. *Prevención absoluta*: se refiere a la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas, e incluye dos modalidades: racional y empírica. La primera se basa en la eliminación de causas científicamente probadas, mientras que la segunda se basa en conocimientos cuya exactitud no se ha probado científicamente, pero que la experiencia liga de alguna manera con un tipo de beneficio.

Sea cual fuere la discusión o comentario que pueda suscitar este enfoque último, no es menos cierto que

puede ser un esquema útil para enfrentar problemas de tal magnitud y extensión, y por otra parte mucho de lo que señala Stevenson no hace sino recoger gran parte de lo que realmente se hace en la práctica diaria.

Constelación multifactorial

La promoción de salud (dentro del campo de la salud pública y de la higiene mental), tanto como la psicoprofilaxis y la psicohigiene, tienen su esfera de actuación en el seno de la comunidad misma, sobre todos los aspectos de las condiciones de vida y del tipo de vida que se desarrolla en la comunidad. Se trata de intervenir sobre una estructura tan compleja que constituye una verdadera constelación multifactorial integrada por todas las actividades, instituciones, normas e interacciones que se dan en una comunidad.

Esta constelación multifactorial incluye problemas de orden económico, social y cultural, tales como los de vivienda, trabajo, desocupación, alimentación, etc., y el satisfacer estas necesidades, tanto como atender las condiciones sanitarias, es tarea que incumbe a la salud pública y a la psicohigiene; a esta última, específicamente, le corresponde atender a todos los factores psicológicos que están implicados en la no satisfacción de estas necesidades o en la promoción necesaria para atenderlas en la escala que se requiere.

Si se trata del problema de la alimentación, por ejemplo, a la salud pública le corresponde regular el tipo de alimentación y su provisión, tanto como la calidad o carencia de la misma y otros problemas relacionados con estos temas; pero al psicólogo le co-

responde atender el problema de hábitos alimentarios, prejuicios, cambios de los mismos, actitudes frente a la negación o ignorancia de los problemas, tanto como su actuación en los organismos específicos relacionados con la alimentación.

Como se comprende, éste es un capítulo muy vasto que sólo la experiencia podrá ir aclarando y definiendo mejor sus términos y técnicas necesarias. Por ahora, en todo esto, en lo que respecta a la psicohigiene, estamos en los comienzos.

Fuera del campo de la salud pública y de la higiene mental, el psicólogo tiene también un vasto campo de trabajo que requiere un conocimiento de la comunidad, de sus características generales y específicas; y en cierta medida podemos exponer una estrategia mínima en esta actividad, que cubre diferentes ítem:

1. Trabajo del psicólogo en la comunidad tomada como totalidad, asesorando a los poderes públicos, organismos directivos, personas claves, etc.
2. Trabajo en distintas instituciones de la comunidad: familia, fábricas, escuelas, clubes, cárceles, etc.
3. Intervención del psicólogo en distintas etapas del desarrollo de la personalidad: infancia, adolescencia, juventud, madurez, vejez.
4. Períodos de cambio en el desarrollo de la personalidad: nacimiento, destete, pubertad, etc.
5. Estudio y atención de sucesos humanos significativos en cuanto son experiencias de cambio: casamiento, embarazo, divorcio, adopción, jubilación, duelos, elección de oficio, etc.
6. Períodos críticos de la vida como enfrentamiento de una problemática peculiar: cambios, inmigra-

ción, enfermedad, desastres económicos, accidentes, etcétera.

Aún con la superposición de estos distintos subtemas de esta división, ella puede resultar útil como punto de partida para orientar al psicólogo en las múltiples facetas de su tarea en la psicosociología en la comunidad.

Un mínimo de experiencia en este sentido nos señala la conveniencia de separar la psicosociología de la salud pública y de la higiene mental, porque, tal como lo he dicho ya, la psicosociología no gira alrededor de la enfermedad, sino de las condiciones habituales y cotidianas de la vida en las situaciones reales en que ellas se dan, tomando sus problemas y alternativas en sí mismas y en función de los seres humanos que intervienen en cada una de ellas. Si en la teoría ello puede parecer superfluo, la diferencia es de importancia en cuanto a las técnicas, al encuadre, la actitud y los objetivos. La atención, por parte del psicólogo, de los factores psicológicos implicados en los organismos y las técnicas de la salud pública corresponde también al campo de la psicosociología, porque en este caso el psicólogo no atiende al objetivo de la salud pública (la enfermedad), sino a los organismos y su estructura, y a la tarea que se lleva a cabo en dichas instituciones o en sectores de las mismas.

Así como tratamos de aclarar la diferencia existente entre la labor del psicólogo dentro de la salud pública y fuera de la misma (en la psicosociología), también debemos insistir en que el psicólogo no sólo interviene dentro de la higiene mental sino dentro de la higiene en su totalidad, es decir, fuera del problema de las enfermedades mentales.

En ninguna de sus actividades el psicólogo puede ser ubicado como un auxiliar de la medicina. Aun en todo lo que se trate de la enfermedad (mental o no), en las cuales la responsabilidad y la dirección es médica, el psicólogo actúa como un profesional integrante de un equipo o como un asesor o consultor en problemas psicológicos, o como un profesional independiente en alguna de sus tareas específicas dentro de las cuales él tiene su propia responsabilidad profesional (grupos de rehabilitación, grupos familiares, terapia psicológica, etc.).

En síntesis, la psiquiatria rebasa el campo de la higiene; esta última se centra en todo lo relativo a la enfermedad (mental o no), y la responsabilidad y dirección fundamental recae sobre el médico, con quien el psicólogo puede colaborar en condición de profesional que asume su propia responsabilidad en lo que hace, en cómo lo hace o en lo que deja de hacer. Mientras que la psiquiatria se refiere a la administración de recursos psicológicos para enfrentar los problemas relativos a las condiciones y situaciones en que se desarrolla la vida de la comunidad tomada en sí misma y no teniendo como referente a la enfermedad.

Un esfuerzo de interés ha sido llevado a cabo por un grupo de psicólogos mejicanos integrado por G. Cohen De Govia, P. Rivadeneyra Neyra, J. Fonseca, R. Avendaño, L. Carrizosa y J. Ballesteros Monroy, quienes en la revista "Higiene", de la Sociedad Mexicana de Higiene, publicaron un conjunto de estudios introduciendo la denominación de *psicología sanitaria* para la "acción encaminada a la aplicación de la psicología social como teoría, método y práctica para el

enfoque de los problemas de salud pública en la realidad psicológica". En otro párrafo dicen: "El marco teórico con que opera la psicología sanitaria permite explicar que es el enfoque multidimensional de los modos de vida humanos que se manifiestan en el grupo pequeño, dentro del que se operan relaciones específicas cognoscibles por método psicosocial, lo que permite una acción integral y unitaria para favorecer la socialización de personas y grupos."

La tarea y el enfoque emprendido nos parecen meritorios e importantes, pero no coincidimos con el término de "psicología sanitaria", que, en todo caso, sólo sería justo aplicar a la labor del psicólogo dentro de la salud pública; preferimos insistir en la diferencia terminológica que hemos establecido entre higiene mental, psicoprofilaxis y psicohigiene. Por otra parte, los autores restringen la definición para la acción dentro de los pequeños grupos, mientras que en psicohigiene debemos además agregar —como aspectos no menos importantes— las instituciones y la comunidad. Las diferencias que ahora señalo con estos autores no son insalvables, porque sus trabajos están impregnados del mismo sentido en el cual desarrollamos aquí nuestra posición.

El psicólogo y la terapia

Fuera de la controversia que existe y puede seguir existiendo acerca del problema del ejercicio de la *psicoterapia por parte del psicólogo*, su intervención en los problemas terapéuticos cubre un campo más amplio que éste.

En cuanto al primero de los problemas, nos hemos expedido reiteradamente en el sentido de que el psicólogo que adquiriera la preparación suficiente debe ser legalmente autorizado para el ejercicio de la psicoterapia, en las condiciones en que ella pueda oportunamente reglamentarse (y urge hacerlo), teniendo seguramente que contar siempre con el resguardo de que no se debe iniciar ningún tratamiento psicoterápico sin contar con el previo examen médico y la indicación escrita. Aunque este problema es urgente, lo que la experiencia señala en la actualidad como más urgente todavía es la necesidad de que todo diagnóstico médico y toda intervención terapéutica (quirúrgica o no) no deberían realizarse sin contar con el asesoramiento psicológico mientras el médico no esté capacitado para hacerlo por sí mismo. Y es evidente que la enseñanza de la medicina en muchos de nuestros institutos universitarios no contempla esta necesidad ni para los futuros médicos.

Fuera de la psicoterapia, entendida en sus términos tradicionales, el psicólogo puede intervenir en distintos problemas de la práctica médica, tales como —entre los más urgentes— la preparación emocional de los pacientes que tienen que ser intervenidos quirúrgicamente, especialmente en intervenciones mutilantes; en los casos de accidentes, para detectar y rectificar tendencias suicidas o automutilantes; en grupos de epilépticos, diabéticos, obesos, hipertensos, etc., en los que, aunque el tratamiento es eminentemente médico, el psicólogo puede ayudar en la rectificación de pautas de comportamiento que tienen mucha relación con la enfermedad o con su terapia, tales como la inhibición social del epiléptico, las trasgresiones de régimen

en los diabéticos y obesos, hábitos de vida en el hipertenso; y todo esto ya sea directamente con los pacientes o con los que conviven con ellos.

Puntos focales para el tratamiento y la prevención

Aunque no resulta totalmente coincidente con lo aquí expuesto, reproducimos el gráfico de Blain⁴, que muestra una clasificación de la población y de las unidades institucionales en relación con la planificación en el campo de la salud mental. Según este autor, los esfuerzos de prevención primaria se aplican en las zonas I, II y III, mientras que la secundaria se aplica en la zona IV.

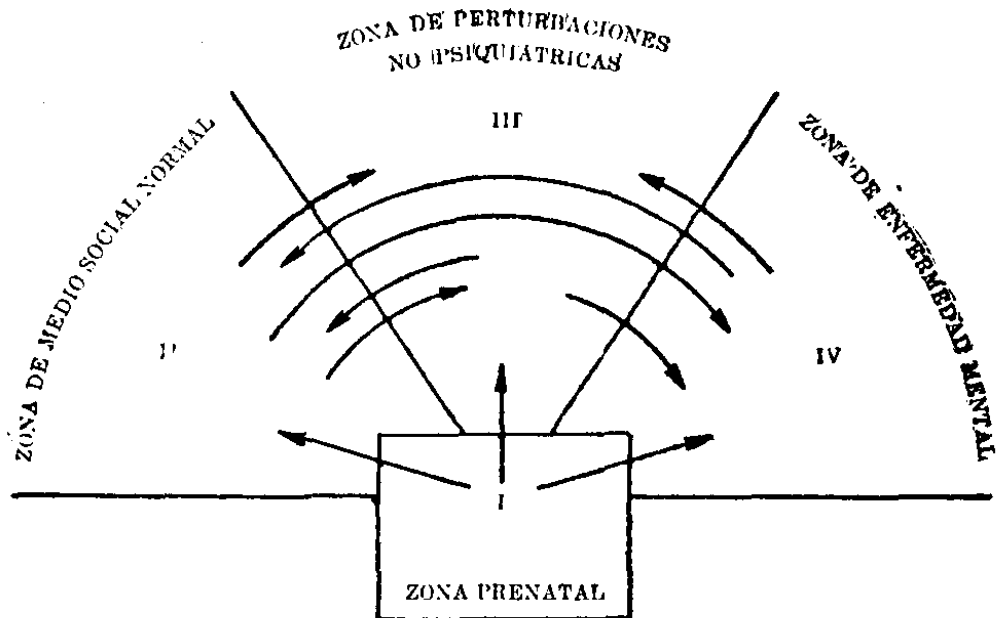
Zona I. (Prenatal y Nacimiento). Incluye toda la población prenatal, es decir, todos los niños en gestación, incluyendo el nacimiento, con sus herencias genéticas, desarrollo fetal y reacciones al parto. También a todos los que han nacido, la mayoría de ellos sanos, pero ligeramente afectados genéticamente o traumatizados al nacer.

Zona II. (Vida Normal). Incluye a todos aquellos de la Zona I que crecen y funcionan normalmente en el medio social como infantes, niños, adolescentes, adultos, de mediana edad (madurez) y ancianos. Ellos actúan y son influidos por el medio-alimentos, familia, clima, escuela, iglesia y trabajo. El curso de su desarrollo es relativamente satisfactorio, y en su mayoría manejan los altibajos de la vida sin ayuda exte-

⁴ BLAIN, D.: The organization of psychiatry in the United States. Cap. 100 del *American Handbook of Psychiatry*, editado por S. Arieti. New York, Basic Books, 1959.

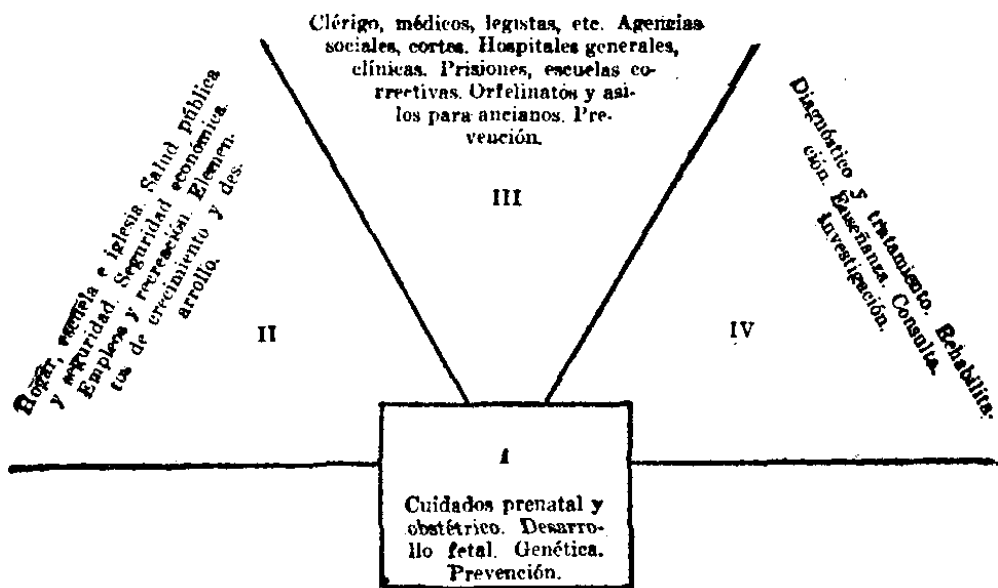
DIAGRAMA DE D. BLAIN

CLASIFICACIÓN ZONAL: POBLACIÓN



CLASIFICACIÓN ZONAL: SERVICIOS

CLASIFICACIÓN ZONAL: SERVICIOS



rior. Permanecen en la zona II, excepto cuando necesitan buscar ayuda para satisfacer necesidades especiales.

Zona III. (Area de Problemas). Agrupa a la gente en una situación especial, que recurre a las entidades públicas creadas por la sociedad para su protección y adaptación. Así encontramos las agencias de salud, educación y bienestar; médicos familiares, hospitales, agencias de asistencia pública, organizaciones especiales para niños inválidos, orfanatos, casas para ancianos, enfermeras domiciliarias, maestras diferenciales, policías, cortes de justicia, etc. En esta zona encontramos gente que ha pasado por un *stress* con los consiguientes problemas emocionales, que pueden ser de orden secundario si sus necesidades especiales pueden ser localizadas. Habiendo eliminado el *stress*, pueden retornar a la zona II.

Zona IV. (Enfermedad Mental). Incluye a todos los enfermos mentales y aquellos con defectos de origen desconocido y a los que han desarrollado respuestas emocionales de tal magnitud a situaciones de *strees* que no pueden ser atedidos ni en la zona II ni en la III. Necesitan servicios clínicos (consultas, diagnósticos y tratamientos).

Comunidad

Una comunidad se define como un conjunto de personas que viven juntas, en un mismo lugar, y entre las cuales hay establecidos ciertos nexos, ciertas funciones en común, o cierta organización. Es decir que en el concepto de comunidad intervienen dos carac-

terísticas fundamentales: la geográfica y la funcional. La primera se refiere a un cierto espacio en el que transcurre la vida de los seres humanos; la segunda se refiere a los aspectos que le dan cierto grado de cohesión, de interrelación, de unidad.

Una comunidad se diferencia de una institución por el hecho de que en esta última, si bien se da también la característica de limitación de un espacio geográfico, en ella, sin embargo, los seres humanos no desarrollan su vida, sino sólo una función dentro de su vida; en la institución los seres humanos ejercen funciones, tareas, que son las que los unen, estableciendo normas y nexos de todo tipo. Por otra parte, la institución tiene además objetivos definidos explícitos y a la vez una cierta planificación por lo menos en alguna medida. En la comunidad se desarrolla la vida como vida misma, es decir, sin objetivos explícitamente definidos que tengan que ser alcanzados, como sucede en la institución; tampoco se halla presente, por lo general, la planificación; tampoco hay una tarea común que los una.

Para MacIver y Page⁵, “dondequiera que los miembros de un grupo pequeño o grande vivan juntos de tal forma que todos ellos participan... de las condiciones básicas de la vida en común”, ahí existe una comunidad. Entonces, “lo que caracteriza a una comunidad es precisamente el hecho de que la vida de cualquiera de sus componentes puede ser enteramente vivida dentro de ella”. “El criterio básico de distinción de la comunidad reside en el hecho de que, den-

⁵ MACIVER, R. M. y PAGE, C. H.: *Sociología*. Madrid, Tecnos, 1960.

tro de ella, puede mantenerse toda la relación social de una persona."

De esta manera, para MacIver y Page, la comunidad es un espacio de vida social caracterizado por la existencia de un cierto grado de cohesión social. La situación geográfica o el espacio vital, por sí mismos, no crean la comunidad; el grado de cohesión, el sentimiento de comunidad, pueden faltar también en una comunidad, y MacIver estudia los factores que incluye en el concepto de sentimiento de comunidad y los signos de este último.

Posiblemente la definición más simple y más exacta sea la que ofrece Pozas Arciniegas⁶ cuando dice que la comunidad es una unidad social con ciertas características especiales que le dan una organización dentro de un área limitada, y que se caracteriza además por una convivencia próxima y duradera de determinado número de individuos en constante interacción. Este último autor agrega otros factores: la mutua comprensión, la coordinación de actividades y la configuración de estructuras sociales para satisfacer necesidades; características que no creemos sean imprescindibles y que seguramente dependen del tipo de comunidad que se estudie.

Se debe tener en cuenta que la delimitación de una comunidad es también siempre una cuestión relativa y depende de muchos factores, dado que la amplitud del área territorial y de la población a la cual se aplica el concepto de comunidad, y que se toma como unidad, puede ser muy variable, dado que podemos ha-

⁶ POZAS ARCINIEGAS, R.: *El desarrollo de la comunidad*. Univ. Nac. de México, 1964.

blar de una comunidad incluyendo en esta denominación una parte de una ciudad o distintas partes de la misma que tienen un nexo común entre sí, a toda una ciudad, toda una región o una comunidad nacional o una comunidad internacional; aun con toda esta relatividad, el concepto resulta muy útil, porque permite trabajar con unidades técnicamente más accesibles desde el punto de vista psicológico. No debemos olvidar que una comunidad es sólo una parte de una sociedad global, pero no poseemos todavía los recursos técnicos suficientes como para estudiar de manera relativamente rigurosa la psicología de una sociedad global, mientras que sí podemos tentarlo en el caso de una comunidad.

Objetivos

Si bien nuestros objetivos son los de la psicohigiene, estamos en una etapa en la que todavía necesitamos mucho de la investigación, y esta última es el objetivo fundamental que necesitamos cumplir en la actualidad, dado que nuestros conocimientos psicológicos acerca de la comunidad son totalmente insuficientes; lo mismo podríamos decir de nuestros instrumentos de trabajo, pero de todas maneras es una tarea que debemos emprender, con todos los riesgos de errores y confusiones que están implícitos en toda investigación; con ello queremos especialmente subrayar que deseáramos vernos totalmente libres de propósitos tales como el de lograr un cambio, el desarrollo o el progreso de una comunidad. En rigor, el movimiento espontáneo de una comunidad tiene más "sabiduría" que todos los conocimientos que poseemos en la ac-

tualidad para tentar estos últimos objetivos enfocados desde la psicología.

Creo que, por ahora, el acceso del psicólogo a una comunidad tiene que tener como objetivo el estudio de su estructura, de su organización, de sus problemas, de la forma como se vive, de las normas que la rigen, sus necesidades y la manera de satisfacerlas.

Este objetivo fundamental de la investigación, es decir, el estudio de una comunidad con miras o con fines más alejados de psicosociología, hace que nuestras consignas para el estudio de una comunidad tengan que ser absolutamente claras, dado que estas consignas constituyen el encuadre de nuestra tarea, es decir, las constantes con las cuales tenemos que trabajar.

De todas maneras, ya sabemos que nunca podremos realizar una investigación libre de supuestos, libre de finalidades o de objetivos, pero lo importante también de este planteo reside en que en la medida en que estudiamos la comunidad vamos tomando conciencia de objetivos o finalidades implícitas que de todas maneras existen pero en forma inconsciente o no totalmente consciente.

Queremos vernos libres de la urgencia de lograr beneficios inmediatos o de obtener mejoras o cambios en la comunidad, porque esta urgencia por resultados prácticos nos aleja de la posibilidad de satisfacer nuestra necesidad de conocimientos científicos, por lo menos en el momento actual, dado el grado de nuestra ignorancia presente.

De todas maneras, nuestro estudio tampoco es una recepción pasiva de datos, sino que —tal como lo hemos planteado para el problema de la psicología institucional— también aquí trabajamos con el méto-

do clínico, y, de acuerdo con él, en la medida que comprendemos determinados niveles o situaciones de la comunidad, tratamos de que la misma tome conciencia o conocimiento de sus problemas, así como de esclarecer las fugas o negaciones de los problemas reales. Lo que nos interesa es ayudar a esclarecer los problemas y objetivos que la misma comunidad tiene ya funcionando en su seno y —por sobre todo— ayudar a que los integrantes de una comunidad tomen conciencia de sus actitudes y de sus posibilidades como seres humanos.

Si examinamos algunos de los libros corrientes o más comunes que se han publicado sobre trabajo en comunidad nos encontraremos con frecuencia con ciertas corrientes mesiánicas o “salvadoras” que, en el fondo, no significan en muchos casos sino el quebrar la organización y la dinámica de una comunidad, introduciendo en ella pautas o intereses que legítimamente no le corresponden, con el fin de satisfacer ciertas necesidades que no son de directo interés de la comunidad misma, o que no respetan el desarrollo que le es peculiar.

Es importante señalar la relación entre el trabajo del psicólogo en la comunidad y el servicio social o asistencia social, y también con lo que se denomina servicios de comunidad; en este sentido, las diferencias con lo que hemos expuesto quedan fácilmente visibles si transcribimos algunos de los conceptos básicos relativos a estas disciplinas. S. V. Sierra, en “Introducción a la Asistencia Social” ⁷, dice: “De acuerdo con el planteo terminológico que acabamos de hacer,

⁷ Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1963.

corresponde definir la asistencia social como la disciplina o ciencia normativa que se ocupa de establecer los principios, normas y procedimientos para ayudar a los individuos, grupos y comunidades en la solución de sus problemas o dificultades. La asistencia social es sobre todo *investigación y reflexión* sobre los hechos, pero no con la finalidad de un puro «conocimiento» (ciencia pura), sino con la fundamental intención de «hacer», *aplicando* dichos conocimientos a las situaciones reales que son su principio y su fin (ciencia normativa)". Esta autora reproduce una definición del padre Swithum Bowers, director de la escuela de Bienestar Social de la Universidad de Ottawa, quien define la asistencia social como la "disciplina profesional que aplica clínicamente el conocimiento de las interrelaciones humanas por medio de una habilidad perfeccionada en materia de relaciones con las personas, individuales o en grupo, con el fin de lograr una más satisfactoria adaptación social". La comisión de expertos de las Naciones Unidas define el servicio social como "actividad organizada cuyo objeto es contribuir a una adaptación mutua entre el individuo y su medio social" y "este objetivo se logra mediante el empleo de técnicas y métodos destinados a que los individuos, grupos y comunidades puedan satisfacer sus necesidades, y resolver sus problemas de adaptación a un tipo de sociedad que se halla en proceso de evolución, así como por medio de una acción cooperativa para mejorar las condiciones económicas y sociales".

M. H. de Bousquet reproduce en *Le Service Social*⁸

⁸ París, Presses Universitaires de France, 1965.

la definición dada por Mary Richmond, creadora de la primera escuela de servicio social en los Estados Unidos, quien dice que el servicio social es “el arte de hacer diferentes cosas para diferentes personas, con el concurso de las mismas, cooperando con ellas, para lograr al mismo tiempo mejorar su situación y la de la sociedad... El servicio social desea servir a los hombres en su plenitud de seres humanos y para ello investiga los métodos que desarrollan la responsabilidad, reajustando consciente e individualmente entre sí a los hombres y a su medio social”. La autora del libro señala que en las definiciones de la asistencia social se encuentran dos nociones básicas: la de equilibrio y desarrollo del individuo y la de ajuste, es decir, la de adaptación; dos nociones íntimamente ligadas.

En este sentido el servicio social y el trabajo del psicólogo en la comunidad se diferencian fundamentalmente por el hecho de que este último se propone básicamente investigar la dinámica psicológica de una comunidad en las situaciones concretas y reales en que se desarrolla la vida, y su intervención se reduce a esclarecer los problemas, actuando como asesor o consultor, haciendo tomar *insight* de las situaciones y actuando exclusivamente a través de procedimientos y técnicas psicológicas.

Los servicios de comunidad son organismos mucho más heterogéneos; munidos mucho más de un proselitismo que de una sistematización científica, sea de la investigación o de la tarea. Una de las definiciones de “servicio para la comunidad” dice que ella es “una labor planeada, aprobada por los miembros y organizada en forma de servir a la comunidad en una

actividad sanitaria, recreativa, educacional o cultural. La organización presupone cierta responsabilidad administrativa, financiera y generalmente voluntaria" (A. I. H. Trecker) ⁹. Este libro da también ejemplos de distintas organizaciones y sus objetivos, y la transcripción de algunos de ellos define por sí sola las diferencias con el trabajo del psicólogo en la comunidad. Así, un ex-presidente de la rama nacional de Actividades de servicio para la comunidad de la Legión Americana Auxiliar dice: "La palabra «servicio» tiene múltiples significados. Puede ser una conducta que contribuya al bien de los demás (la realización de una labor para beneficio de otros), cualquier resultado de una tarea que pueda producir o no un bien tangible o, espiritualmente, puede implicar un servicio asimilable al de las obras de bondad y amor... La Legión Americana Auxiliar no podría proponerse mejor finalidad que la de prestar un servicio ilimitado a todos y cada uno."

Otra organización, el Club de Optimistas, expresa: "la Hermandad de Optimistas se halla íntimamente identificada con la idea de servir a las comunidades; las Hermanas Optimistas están reconocidas como mujeres dispuestas a sacrificarse para satisfacer las necesidades de las comunidades. Como resulta evidente, el servicio es el lazo que une más estrechamente a las Hermanas Optimistas de todas partes."

Otro organismo, la Cámara Joven de Comercio, que es la mayor organización mundial de hombres jóvenes, y cuenta con más de doscientos mil afiliados, ofrece

⁹ TRECKER, A. I. H.: *Manual de proyectos de servicio de comunidad*. Buenos Aires, Omeba, 1964.

guía en cuestiones cívicas a más de tres mil setecientas comunidades del país. Citaremos sus propias palabras: "Los interesados y entusiastas miembros de la Cámara Joven son llamados con frecuencia «bujías de auto». En los perfeccionamientos de comunidades, son ellos los hombres que consiguen que el pueblo y los recursos colaboren con miras al objetivo del mejoramiento de la comunidad. Con su fe y voluntad de trabajar encienden la chispa que provoca la acción necesaria para que las cosas marchen... En último análisis, el real mejoramiento de una comunidad debe ser obra de ciudadanos conocedores, interesados y activos."

En el libro de Trecker se encuentra la enumeración de los tipos de proyectos a cargo de los servicios de comunidad; ellos consisten en organizaciones que pueden reunir dinero para entregarlo a individuos o agencias facultados para distribuirlo y utilizarlo con fines específicos o generales; los miembros de las organizaciones pueden prestar servicios voluntarios a agencias e instituciones; los medios, equipos, provisiones o demás bienes pueden ser suministrados a los individuos o grupos para ayudarles a comenzar o continuar su labor; y las *combinaciones* de estos esfuerzos pueden desarrollarse en forma que se adapte a las condiciones y circunstancias variables.

D. González, en "Proceso del Servicio Social de comunidad"¹⁰, dice que al Servicio Social en las comunidades se lo conoce actualmente bajo el nombre de "organización y desarrollo de la comunidad". En un informe de las Naciones Unidas al respecto, se dice: "La expresión *desarrollo de la comunidad* se ha in-

¹⁰ Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1963.

corporado al uso internacional para designar aquellos procesos en virtud de los cuales los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar a éstas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional: En este complejo de procesos intervienen, por lo tanto, dos elementos esenciales: la participación de la población misma en los esfuerzos para mejorar su nivel de vida, dependiendo todo lo posible de su propia iniciativa, y el suministro de servicios técnicos y de otro carácter en la forma que estimulen la iniciativa, el esfuerzo propio y la ayuda mutua, y aumenten su eficacia. El desarrollo de la comunidad encuentra su expresión en programas encaminados a lograr una gran variedad de mejoras concretas.”

En este sentido, en el libro de C. F. Ware, “Organización de la Comunidad para el Bienestar Social” (Unión Panamericana, Washington) se superpone mucho más “servicio social” con “organización de la comunidad”, ya que esta autora dice que “los principios de toda clase de servicio social están basados en un concepto fundamental de la dignidad del ser humano, en cualquier circunstancia, y en su capacidad para hacerse responsable de sus propias decisiones y conducta. Están basados también en el concepto cristiano y democrático del respeto al individuo y de hacer posible el desarrollo de la personalidad y los talentos de cada uno. Se presume que es mediante una vida responsable que el individuo alcanza su desarrollo potencial”.

Esta autora es mucho más clara todavía en las implicaciones políticas de tales actitudes y de tales ob-

jetivos, cuando en la página 5 del mismo libro dice: "Además, los miembros de la profesión de servicio social y otros líderes saben que si el pueblo no recibe ayuda profesional para solucionar sus problemas de una manera constructiva existirá el gran peligro de que individuos ambiciosos utilicen la inquietud popular para sus fines personales, o que un pueblo frustrado se convierta en un pueblo desordenado".

Sin que la asistencia social y la organización de la comunidad estén siempre tan claramente superpuestas, de todas maneras, lo que nos interesa subrayar son las diferencias que median entre estas actividades y profesiones y la actividad y las funciones del psicólogo trabajando en la comunidad ¹¹.

Para que quede aún mejor esclarecido este punto, haremos un breve resumen de las consignas que hemos adoptado para un trabajo de psicohigiene en una comunidad, organizado como trabajo práctico para los estudiantes en la cátedra de Higiene mental.

Estas consignas han sido discutidas, comentadas y asimiladas por todos los integrantes de la cátedra, tanto como por los alumnos, y constituyen una parte importante de la tarea (su encuadre), de tal manera que toda trasgresión en la cual no se las ha respetado rigurosamente era analizada como un defecto técnico, tratando de caracterizar además las consecuencias que ello tenía. Citaremos algunas de las consignas que creemos de suma importancia.

En primer lugar, necesitamos autorización de las autoridades de la comunidad, y de ninguna manera tra-

¹¹ En este sentido es de utilidad el libro de T. R. Batten, *Las comunidades y su desarrollo*, México, F. C. E., 1964.

tar de encubrir nuestros objetivos o comprometernos con realizaciones que no podamos llevar a cabo. Este requerimiento de autorización es ya una tarea fundamental, en cuya tramitación vamos recogiendo datos de suma importancia y a su vez vamos esclareciendo, no sólo nuestros objetivos, sino la función de estas autoridades, así como significa un aprendizaje por parte de estas últimas de la posibilidad de actuar activamente como seres humanos. Esta autorización debe además ser planteada y solicitada como una autorización precaria, en el sentido de que queda en manos de las autoridades la posibilidad de revocarla o limitarla.

Un segundo aspecto que hemos considerado de suma importancia es el de la lealtad y el compromiso de mantener y respetar la privacidad, en el sentido de no llevar datos de un grupo a otro y de no tratar sino las situaciones presentes que se juegan en un momento dado. En tercer lugar, y aunque está implícito en lo anterior, la veracidad es otra de las condiciones fundamentales, y con ello queremos significar que no debemos incurrir en ninguna simulación o mentira, y en no ir más allá de lo que realmente deseamos o nos proponemos.

Otro aspecto muy importante —y que no ha sido fácil cumplir— ha sido el de no fomentar la dependencia o, en otros términos, el de no constituirnos en una sociedad de beneficencia, en el sentido de que no nos corresponde hacer cosas por la comunidad que estén fuera de nuestra función de psicólogos, de nuestros métodos y de nuestras técnicas. El no fomentar la dependencia lleva implícita la consigna de incrementar la independencia de la comunidad y de sus miembros, actuando nosotros únicamente como asesores.

res y quedando en manos de la comunidad el derecho de seguir o no nuestros esclarecimientos o nuestras interpretaciones.

Conjuntamente con lo anterior, otra de las consignas ha sido que el equipo de psicólogos en ningún caso debe actuar por cuenta propia, es decir, los psicólogos no se deben constituir en un organismo autónomo que actúa con independencia, aun en beneficio de la comunidad. Nosotros sólo debemos dar nuestro asesoramiento, y la comunidad es la que ha de asimilarlo o no.

Otra de las consignas ha sido la de comprometernos a no publicar ningún informe que no haya sido previamente conocido, discutido y consentido por los implicados en dicho estudio o, por lo menos, por las autoridades de la comunidad.

Con estas consignas se cumple también el objetivo de no realizar proselitismo de ninguna índole, en cualquiera de las acepciones que pueda tener este término.

Nuestra metodología y nuestras técnicas se han propuesto también no “psicologizar” a la comunidad en el sentido de que aprendan y se manejen con términos psicológicos, sino todo lo contrario, el de que el contacto de la comunidad con los psicólogos pueda ser una experiencia de aprendizaje y de cierto *insight*.

Debemos cuidarnos en toda forma de no introducir pautas que correspondan a nuestras modalidades de vida, sino intentar comprender las pautas ajenas, en este caso de la comunidad.

Nuestra experiencia ha sido la de que los miembros de la comunidad se disponen a escuchar clases de psicología como si se tratara de una difusión de conocimientos, y es necesario eludir y no caer en esa tenta-

ción; tentación que está abonada por constituir una simplificación de la tarea (pero también una tergiversación).

El establecimiento de los primeros contactos con la comunidad ha llevado implícita la necesidad de reformar y modificar una cantidad muy grande de prejuicios, tales como el de suponer que nos interesa especial o específicamente la gente enferma, o el de que hemos elegido a una comunidad determinada por el hecho de que constituye una comunidad enferma o más enferma que otras, o porque tiene más problemas de delincuencia, de prostitución o de cualquier otro "vicio".

Comunidad tipo

La tipología más frecuente, o los términos que más comúnmente se ven aplicados para definir o para precisar una comunidad son los de integración y desintegración, y en la bibliografía lo que frecuentemente se encuentra es la relación entre el desarrollo económico social y tecnológico, y la ruptura de viejas o de antiguas pautas y normas, con lo cual la comunidad pasa de una condición de integrada a la de desintegrada.

Otra clasificación desarrollada por Redfield, basada en la diferencia que introdujo Tonnies entre comunidad y sociedad, consiste en reconocer una sociedad *folk* y una sociedad urbana.

La comunidad *folk* es aquella que tiene características de organización muy primitiva: pequeña, aislada, analfabeta, homogénea, con un profundo sentido de

la solidaridad grupal, con una producción de características primitivas, dedicada fundamentalmente al autoconsumo. En ella los individuos son muy semejantes y la movilidad es pequeña o nula, las normas o valores están bien establecidos y tienen un fuerte sentimiento de pertenencia.

Es el tipo de comunidad primitiva, que ha dado lugar en el curso del desarrollo a nuestra actual sociedad urbana, sobre cuyas características han insistido muchos autores, poniendo el énfasis sobre la disgregación, la desconexión, el individualismo, fuerte movilidad, desaparición del sentimiento de pertenencia, nuevas formas de organización y formación de subgrupos. Todo este proceso está ligado al desarrollo económico, al desarrollo de la tecnología, y en el libro de Scott y Lynton¹² publicado por la Unesco se podrá encontrar un buen resumen de este tema, que está evidentemente conectado con el concepto de anomia de Durkheim o el de alienación de Marx.

Sin que nos propongamos separar el tipo de comunidad de la organización de sus medios de producción y del desarrollo de la tecnología, estas clasificaciones nos han parecido satisfactorias en cuanto a punto de partida, pero totalmente insuficientes para responder a la categorización de las complejas condiciones que observamos en toda comunidad y especialmente en la que hemos estudiado. Estas deficiencias de los sistemas clasificatorios es muy evidente para todos, hasta para los mismos autores que las han propuesto, pero

¹² SCOTT, J. y LYNTON, R. P.: *Le progrès technique et l'intégration sociale*. Unesco, 1953.

de todas maneras son puntos de partida que ulteriormente tendremos que ir perfeccionando.

Por otra parte, no sólo existe un continuo entre estos distintos tipos de organización de la comunidad, sino que también pueden coexistir en la misma comunidad como estructuras superpuestas.

Nosotros hemos preferido, por considerarlo más conveniente y más correcto, suponer tres tipos de estructuras coexistentes en la misma comunidad y caracterizar a esta última no solamente por el grado de predominio de alguna de las tres, sino por la interrelación dinámica que estas tres estructuras han adoptado o tienen en una única comunidad. Para ello nos hemos basado en nuestra propia experiencia sobre estudio de comunidad, pero, además, en lo que ya sabíamos por nuestros propios estudios sobre grupos e instituciones.

No creo que en este caso se trate de una trasposición de un ámbito al otro, es decir, de superponer o tratar de comprender en este caso la estructura de la comunidad con categorías que correspondan a los grupos o los individuos o las instituciones. Todo lo contrario; creo que no se trata de una trasposición, sino que los cuatro ámbitos que hemos reseñado constituyen un solo fenómeno, y las relaciones entre los cuatro ámbitos no son relaciones de interacción o relaciones causales, sino que los cuatro ámbitos tienen o poseen una unidad estructural, y las mismas organizaciones y las mismas estructuras las podremos encontrar en los cuatro ámbitos, dado que no son cuatro fenómenos distintos, sino una sola estructura que nosotros hemos parcelado o fragmentado, no sólo en nuestras cate-

gorías científicas, sino en nuestra propia manera o modalidad de vivir ¹³.

Creo que corresponde trabajar con tres categorías de análisis y que frecuentemente la comunidad *folk* se superpone erróneamente con el concepto de comunidad integrada. Nosotros proponemos diferenciar entre cohesión, disociación e integración. Desde el punto de vista histórico nuestra sociedad alienada o desintegrada procede de una comunidad de cohesión; esta última corresponde a la sociedad *folk* de Redfield, mientras que la segunda corresponde a nuestras actuales comunidades industrializadas. La diferencia fundamental entre una y otra radica en que en la primera la identidad es grupal o comunitaria, mientras que en la segunda se ha desarrollado la individualidad. En la comunidad integrada es donde recién se alcanza la personificación, que todavía consiste, en gran parte, en una aspiración y no en un logro ya efectivo.

Si bien estas tres categorías de análisis pueden ser aplicadas al desarrollo histórico de las comunidades y sirven para caracterizar a cada comunidad en su totalidad, no es menos cierto que constituye una tipología en cierta medida forzada, porque no hay ninguna comunidad que pertenezca totalmente a uno de estos tres tipos. Más bien, lo que ocurre y lo que hemos encontrado es que estas tres organizaciones coexisten tanto en la comunidad como en las instituciones, en los grupos y en el mismo individuo, y lo

¹³ De todo este problema pienso ocuparme por separado en un libro que tratará sobre las relaciones entre alienación, psicología y psicopatología, basado en un curso con el mismo título dictado en la Escuela Privada de Psiquiatría Social en el segundo semestre del año 1965.

que nos interesa en una comunidad dada es poder identificar qué niveles de la comunidad, qué organizaciones o subgrupos o clases sociales funcionan con características, ya sea de cohesión, de desintegración o de integración. Y el otro aspecto interesante o importante en el análisis de una comunidad es poder ubicar y comprender las interrelaciones entre estos tipos distintos de subestructuras. No podemos seguir desarrollando aquí esta teoría que proponemos para el análisis de la comunidad, porque ya trasciende o va más allá de la comunidad misma, y abarca tanto el proceso de enajenación, de alienación, como la unidad estructural de los cuatro ámbitos, y no sólo la estructura de la comunidad. Éste es el tema que nos proponemos para la nueva publicación anunciada, en la cual trataremos de desarrollar y detallar de manera más estricta estos conceptos.

Cohesión, desintegración e integración son tres tipos de estructuras que encontramos tanto en la organización de la personalidad como en la de los grupos, de las instituciones y de la comunidad, y seguramente necesitamos de las tres para mantener un cierto desarrollo relativamente equilibrado o, por lo menos, no totalmente caótico. Un aspecto importante y que queremos ya dejar consignado es el de que las estructuras relativamente integradas y las desintegradas (en los cuatro ámbitos) se encuentran fuertemente clivadas o separadas de las estructuras de cohesión, hecho que nos ha permitido estudiar y comprender mejor psicológicamente a la comunidad¹⁴.

¹⁴ Sobre la comunidad estudiada y sus conclusiones se publicará ulteriormente un informe.

CAPÍTULO IV

GRUPO FAMILIAR Y PSICOHIGIENE

En toda planificación de higiene mental y psicohigiene la familia ocupa un lugar clave, ya como institución social, ya como grupo. Quiero incluir ahora —dentro de este tema tan vasto— algunas consideraciones relativas a la estructura y a la dinámica del grupo familiar.

Una tesis fundamental implícita de la cual parto en esta exposición se refiere a que la motivación y la etiología no pueden ser consideradas en función de factores, en el sentido elementalista tal cual se procede en las ciencias de la naturaleza y en gran parte todavía dentro de la psicología; los trastornos mentales son momentos exagerados, aislados y estereotipados de la dinámica familiar, del movimiento, del curso, del desarrollo y transformación del grupo como totalidad, y que lo que siempre se ha considerado como un estudio de motivaciones o de la etiología en términos de factores significa no otra cosa que una caracterización y aislamiento de momentos más significativos de la totalidad de la dinámica del grupo familiar.

Acepto también como totalmente correcta, para mi objetivo, la división que estableció Cooley entre grupos primarios y grupos secundarios, postulando además que la diferencia entre uno y otro tipo estriba en los mecanismos de proyección en juego y en los resultados de esta proyección. En los grupos secundarios, la proyección es una proyección discriminada de objetos internos o de partes del yo, mientras que el grupo familiar (grupo primario) se caracteriza (además de todo lo establecido por Cooley mismo) por el hecho de que los mecanismos de proyección se hacen con características *masivas* y que la identificación que resulta de estas proyecciones masivas hace que ese grupo primario, la familia en este caso, funcione en un nivel de organización que los psicólogos, entre ellos Wallon, caracterizaron como un *sincretismo primitivo*. La característica fundamental de esta *identificación proyectiva masiva, cruzada y múltiple* entre los miembros del grupo familiar configura lo que llamamos un *grupo de participación*. He tomado este último concepto de la antropología, tal como lo establece fundamentalmente Lévy-Bruhl, entendiendo que la participación implica que la identidad no sea sino una identidad grupal y que en el grupo familiar la identidad no es de cada uno de los individuos integrantes del grupo familiar. En otros términos, y de acuerdo con investigaciones realizadas con el método del psicoanálisis clínico, decimos que la familia se caracteriza fundamentalmente por el establecimiento de una *simbiosis* y que en ella interviene, se concentra, *la parte psicótica de la personalidad* de todos sus integrantes.

Entendemos por parte psicótica de la personalidad aquella parte de la personalidad que ha quedado en

los niveles más inmaduros y regresivos, que se caracterizan fundamentalmente por una *falta de discriminación* entre yo y no yo, entre objeto interno y depositario; de tal manera, la simbiosis es el fenómeno clínico característico del grupo familiar; el sincretismo es uno de sus atributos, mientras que la participación es el fenómeno dinámico fundamental o “mecanismo” por el cual se establece o se mantiene el sincretismo de la simbiosis familiar.

La dinámica del grupo familiar se caracteriza por ser la familia el reservorio o el depositario de la parte menos diferenciada o menos discriminada de la personalidad, y el rasgo cultural contemporáneo reside tanto en este hecho como en una profunda disociación concomitante entre el intra y extragrupo familiar, de tal manera que en este último (y gracias al primer fenómeno ya señalado) resulta posible que un sujeto actúe en la parte más adaptada, más discriminada, más evolucionada de su personalidad.

En síntesis, podemos decir que en el grupo secundario hay *interacción* (proyección-introyección) y se actúa en función de recíprocas internalizaciones discriminadas; se trata de personas que forman un grupo. En el grupo primario se trata de un grupo que —en el mejor de los casos— formará personas. En él no hay interacción sino *participación*: la identificación proyectiva es masiva y todo el grupo es un sistema único; no hay proyección-introyección, sino sólo identificación proyectiva, en la que cada miembro es sólo parte de un todo y por sí mismo no constituye un todo ni una unidad psicológica. Como veremos, la instalación de la introyección-proyección significa un progreso en la individualización. Un grupo familiar

sano es aquel en el que se da este último proceso (de discriminación, diferenciación y personificación). Debemos tener en cuenta que ambos sistemas (interacción y participación) coexisten, pudiendo alternar en distintos momentos, y que nuestra exposición es esquemática para simplificar.

Las perturbaciones (normales y anormales) no sólo dependen de la dinámica del intragrupo familiar, sino además de la dinámica en el extragrupo y de las relaciones entre ambos. Existen trastornos o perturbaciones de la familia que aparecen como consecuencia de la dinámica intrínseca del intragrupo, como puede ser el caso de cambios por causas diferentes, entre ellos la muerte de uno de sus miembros, alejamiento, casamiento, nacimiento de nuevos miembros, etcétera. Pero también tenemos que contar con que una variación en el extragrupo, un cambio que se produzca en la parte más discriminada y en el sector más maduro de la actividad de la personalidad puede hacer que la perturbación no aparezca allí, donde inicialmente se origina, sino dentro del grupo familiar.

Quiero también detenerme, antes de proseguir, en otras características fundamentales que tiene el grupo simbiótico (grupo familiar). Además de las características descritas por Cooley: relación cara a cara, relación profundamente emocional, etcétera, la simbiosis del grupo familiar puede adquirir o adoptar dos tipos fundamentales y extremos. En sí misma, la simbiosis del grupo familiar es una estructura que resiste grandemente a los cambios intra y extra grupales; en ella se producen *polarizaciones extremas* que reemplazan a la verdadera división esquizoide tal cual

fue estudiada por la escuela de Melanie Klein y sus discípulos Bion y Rosenfeld. El tipo más primitivo de relación simbiótica en el grupo familiar se da en lo que hemos llamado el *tipo de grupo aglutinado*. En esto concordamos con algunas antiguas investigaciones de Mme. Minkovsky sobre el grupo familiar de pacientes epilépticos, cuyas conclusiones hemos podido corroborar en nuestra propia experiencia clínica. Este grupo aglutinado funciona como una totalidad, en la cual los roles (no las personas) se hallan en un interjuego de relaciones y compensaciones dependientes; la identidad es grupal y hay un déficit de la identidad individual, o, mejor dicho, no hay ningún índice de individuación por el cual los individuos puedan actuar como seres independientes que puedan reconocer a los demás integrantes de la familia como individuos distintos de él mismo. Se trata, para utilizar una terminología más psicoanalítica, de una verdadera *organización narcisística* en el sentido de un predominio de una estructura no discriminada (falta discriminación mundo interno y mundo externo, yo y no yo). Pero en la simbiosis este predominio de la organización indiscriminada no se da únicamente dentro de la esfera individual de cada sujeto, sino que el mundo interno se ha proyectado sobre el mundo externo, de tal manera que no hay una discriminación entre objeto interno y depositario; cada uno de los miembros del grupo es parte del mundo interno, que no está dentro de cada sujeto, sino en el medio externo o en un medio indiviso. Para desarrollar estas ideas me baso fundamentalmente, como ya lo he dicho, en investigaciones clínicas sobre el fenómeno de la simbiosis y en el reconocimiento que he hecho de que

inicialmente, desde el momento del nacimiento, cada individuo no es una unidad cerrada que tiene gradualmente que abrirse, sino que existe, desde el primer momento del nacimiento y aún antes, un sincretismo, una falta de discriminación de yo y no yo, es decir, el mundo no es todavía ni mundo interno ni externo, sino una totalidad indiscriminada (indivisa) de la cual gradualmente tendrá que reconocerse, que diferenciarse, mundo externo o interno y es sólo entonces que se establece un mundo interno dentro del sujeto, diferenciado del mundo externo. Al comienzo no hay, entonces, ni proyección ni introyección. Estas últimas sólo pueden operar cuando ya se ha establecido cierta discriminación en la organización o estructura sincrética indiferenciada. Quiere decir que el proceso que se cumple en la dinámica familiar no es el de una conexión progresiva entre los miembros de la familia, sino un proceso de gradual desprendimiento e individuación entre los miembros de la familia. En el grupo aglutinado, esta diferenciación y discriminación, individuación y personificación, no se ha alcanzado o persiste en sus umbrales más primitivos.

Para mostrar la repercusión de este hecho, que esta inversión de los términos del desarrollo genético acarrea, quiero referirme sumariamente al conflicto edípico y a la relación incestuosa. Clásicamente, el conflicto de Edipo se establece como una relación del niño con su padre y su madre, pero, de acuerdo con este enfoque que aportamos, tenemos que valorar especialmente todo lo que se ha dado en llamar los niveles pregenitales del conflicto edípico. En realidad, en este sincretismo primitivo predomina la relación del niño

con su madre, pero en él no se diferencia todavía el niño de su madre; tampoco diferencia a su madre de la totalidad, del resto del mundo externo. El primer paso se da cuando el niño hace una pequeña discriminación entre él mismo y su madre, también entre su madre y otra parte que es no madre; en este momento es cuando se establece el conflicto edípico como una relación triangular. El conflicto edípico es así una de las vicisitudes de la fusión-discriminación del nivel de organización sincrética. Lo que se llama escena primaria no es otra cosa que esa fusión primitiva, que de esta manera no se produce entonces por una unión de la madre con el padre y el abandono consiguiente del niño, sino por una persistencia o retorno o regresión a ese nivel tan primitivo donde existe una fusión entre madre y no madre o, mejor dicho, donde todavía no hay discriminación entre madre y no madre y sí un pequeño esbozo entre él mismo y su madre. En este grupo aglutinado, la agresión juega un gran papel, porque es el instrumento por el cual cada uno de los miembros tiende a afirmarse reactivamente y a no verse totalmente fusionado en un grupo indiscriminado y sincrético. Lo mismo ocurre con el problema del incesto. El incesto trae un peligro de fusión, de pérdida de los límites ciertamente ya logrados de un individuo con el resto del grupo, de tal manera que el horror al incesto y hostilidad o agresión se unifican como dos instrumentos fundamentales con los cuales se establece una distancia y se mantienen los pequeños esbozos de discriminación. La dinámica fundamental se establece alrededor de dos líneas directrices: por una parte, la lucha contra la fusión; pero por el otro lado el sujeto necesita mantener su vínculo a ese nivel

con su grupo familiar, porque en él se halla fundamentalmente controlada la parte psicótica de su personalidad, que de otra manera sufrirá peligro de disolución, de dispersión, de desorganización psicótica (esquizofrénica). Toda la dinámica de este núcleo aglutinado puede ser entendida también como una alternancia entre claustrofobia y agorafobia.

El otro tipo extremo de grupo familiar es el que podemos llamar esquizoide o disperso, y en él cada uno de los integrantes, o parte de los integrantes, incorporan el grupo indiscriminado como objeto interno y establecen la simbiosis con el grupo dentro de sí mismos, y, por una formación reactiva, en la cual se utiliza el horror al incesto y la hostilidad o la agresión, el grupo se dispersa, o se bloquean las relaciones emocionales, que pasan a ser frías y distantes. Es, en todo caso, una forma de defensa frente a la fusión y la pérdida de identidad. Un mínimo de identidad (individuación) queda aquí conservado a través de esta dispersión o disociación esquizoide; la independencia es aquí un aislamiento reactivo y no una buena resolución de la dependencia simbiótica. El individuo pertenece al grupo, ya no de manera física directa, sino porque actúa en función del grupo, ya sea siguiendo sus pautas o recurriendo a formaciones reactivas contra el mismo.

Si relacionamos esto con el comportamiento de los miembros del grupo en el extra grupo familiar podemos también ver una diferencia, en el sentido de que un integrante de un grupo familiar aglutinado realiza todas sus funciones en estrecho ligamen con el grupo familiar, y sus conexiones o relaciones más maduras o más integradas son bastante reducidas con el extra-grupo, porque el máximo de identidad es grupal y el

máximo de protección lo encuentra desarrollando sus actividades y funciones emocionales y no emocionales dentro o en estrecha relación con los demás integrantes del grupo familiar, que con gran frecuencia no se reduce a la familia tipo, sino que incluye una gran cantidad de otros miembros de la familia ligados entre sí por diferentes grados de parentesco y no solamente el de esposos o de padres a hijos, como en el caso de la familia tipo. En el grupo esquizoide o disperso, en cambio, ocurre lo contrario, es decir que las actividades fundamentales que el sujeto desarrolla se hacen en el extragrupo, con gran frecuencia con un alto nivel de adaptación o de maduración, a veces sólo de adaptación racional o intelectual, pero, de todas maneras, el predominio de las relaciones es extragrupal o extrafamiliar y no intrafamiliar, como en el caso anterior.

Por lo que llevamos dicho, la función institucional de la familia es la de servir de reservorio, control y seguridad para la satisfacción de la parte más inmadura o primitiva, narcisística de la personalidad, pero al mismo tiempo, por el establecimiento de una buena relación simbiótica dentro del grupo familiar (relación simbiótica normal y necesaria), el grupo familiar dentro de su dinámica normal permite el desarrollo de las partes más adaptadas o más maduras de la personalidad en el extragrupo. Podríamos esquemáticamente decir, en relación con la dinámica del grupo familiar, que la patología deriva fundamentalmente de los siguientes hechos: 1) que la simbiosis no funcione como situación de seguridad dentro del grupo familiar y se transforme en una simbiosis patológica, caracterizada por un refuerzo de la participación y una absorción

del individuo de tal manera que no permite el establecimiento de un clivaje entre intra y extragrupo y —por tanto— no da lugar al desarrollo de relaciones extragrupales y al suficiente desarrollo de la identidad personal; 2) en otro caso la simbiosis también es patológica, pero se introyecta, de tal manera que el sujeto puede lograr un cierto grado de desarrollo de la identidad, de la personalidad y sus relaciones extragrupales, pero a costa de una fuerte disociación con toda su vida emocional y afectiva, que se halla entonces en un grave déficit. De estos dos hechos se pueden inferir las manifestaciones o trastornos mentales en su relación con la dinámica del grupo familiar:

- 1) *Simbiosis normal*: reservorio familiar de la parte más psicótica. Clivaje intra-extragrupo, pero interacción entre ambos que permite el desarrollo e individuación en el intra y extragrupo. Una simbiosis grupal no es *siempre* normal. Pasa por estadios como el 2 y el 3 (reversibles).
- 2) *Simbiosis patológica*: absorción masiva del individuo en el intragrupo. Relación más normal en el extragrupo, pero de carácter fundamentalmente intelectual o racional. a) Fuerte clivaje intra-extragrupo, sin interacción entre ambos. El desarrollo sólo se hace en la parte de la personalidad ligada al extragrupo. b) Falta clivaje intra-extragrupo: déficit global del desarrollo de la personalidad.
- 3) *Autismo*: introyección del grupo familiar como núcleo; fuerte dependencia de él. Bloqueo en el intra y extragrupo, o desarrollo en este último de relaciones esquizoides, distantes, frías, racionales. Se puede compensar el contacto con actividad maníaca, contrafóbica o psicopática.

En síntesis: la simbiosis y el autismo son etapas de la dinámica familiar, ya sea como estadios transitorios o como estereotipias patológicas. Dejamos de lado el estudio más detallado de las vicisitudes dinámicas normales y patológicas de cada una de estas organizaciones.

Entre estos dos tipos de estructura grupal familiar —aglutinado y disperso— se hallan otros tipos de grupos que están caracterizados por recurrir a otros mecanismos relacionados con estos dos, pero que están ubicados de manera intermedia; nos referimos fundamentalmente a las relaciones o manifestaciones tanto *psicopáticas* como *hipocondríacas*. En la psicopatía se trata de una fuga de la fusión claustrofóbica de un grupo patológicamente aglutinado. Esto se podría estudiar y caracterizar especialmente en el estudio del desarrollo de los adolescentes, en los cuales son muy frecuentes las manifestaciones psicopáticas, que aparecen como una reacción contra la fusión y contra la dependencia del grupo aglutinado, es decir, contra una simbiosis extrema y patológica. La reacción hipocondríaca, las manifestaciones hipocondríacas tanto como las enfermedades psicosomáticas tienen el mismo valor que las manifestaciones psicopáticas. Sin embargo, resulta también de radical importancia el que no podamos hacer una demarcación muy estricta entre normalidad y patología en lo que se refiere a la dinámica del grupo familiar; momentos normales y momentos patológicos están en interacción dialéctica y sólo podemos hablar de normalidad o patología frente a una relativa estabilidad o perdurabilidad o estereotipia de determinados mecanismos o de determinada estructura u organización de la *Gestalt* familiar. Con ello queremos significar que *normalmente* se producen estas ma-

nifestaciones tanto psicopáticas como hipocondríacas o psicósomáticas en cualquier grupo familiar, en distintos momentos en que tiene que enfrentar cambios en su estructura, ya sea por cambios intra o extrafamiliares, de tal manera que tanto las mismas manifestaciones psicopáticas como la reacción hipocondríaca y la enfermedad psicósomática pueden ser *momentos de pasaje* hacia una mayor discriminación entre yo y no yo, entre mundo interno y externo, entre el sujeto o individuo y sus semejantes dentro y fuera del grupo familiar.

La patología más importante del grupo familiar, sin embargo, no se da en los casos que hemos estado reseñando; por lo menos no son los más importantes como causas de la consulta al psiquiatra o al psicoanalista. Lo que el grupo percibe fundamentalmente como una situación patológica es el desajuste o desacuerdo entre las necesidades de una parte del grupo que ya tiene estabilizados sus distintos segmentos de la personalidad, y otra parte del grupo que tiende a evolucionar, a estabilizar, a discriminar, a desarrollar tal vez una mayor identidad individual; en estos casos entonces se produce un desajuste que es el desajuste acusado por el grupo familiar, por la parte más estabilizada (estereotipada) del grupo familiar. De tal manera que cuando el grupo familiar consulta, lo hace acusando al agente de cambio, con la fantasía de que curar implica que este agente de cambio se restituya a la estereotipia anterior para que deje de "perturbar". De la comprensión de estos factores se derivan directivas fundamentales para la investigación y, por sobre todo, para la asistencia del grupo familiar (terapéuti-

ca y psicoprofiláctica). Hay que tener en cuenta que, así como el grupo familiar es el depositario de la parte más inmadura o simbiótica de la personalidad, de la misma manera es el grupo que más tiende a la estereotipia, porque necesita tener muy bien controlada la parte psicótica de la personalidad, para que en cierta medida se pueda desarrollar una parte más discriminada y adaptada de la personalidad en el extragrupo. La estereotipia mayor se encuentra en aquellos casos de grupo familiar que hemos llamado "el círculo de hierro", que consiste en un refuerzo de toda la dependencia o participación simbiótica, un refuerzo de la identidad grupal y una casi inexistencia de vida extrafamiliar; no hay interjuego de roles sino estereotipia de roles muy fijos. En este caso los roles son muy rígidos y muy severamente mantenidos; la patología en estos casos suele ser más severa (suicidio, psicosis, etc.), pero también puede darse como circunstancias fenómenos o acontecimientos que el grupo familiar no puede detectar directamente como fenómenos patológicos: nos referimos a la frecuencia de accidentes, la compulsión a intervenciones quirúrgicas, a la persistencia de duelos no elaborados que pesan enormemente sobre todo el grupo familiar. Pero también suelen ocurrir fenómenos más claramente patológicos y notorios, como la crisis epiléptica o la desorganización psicótica, los episodios de manía o melancolía.

Cuando el soporte narcisístico endogrupal (la simbiosis familiar) falla, puede ocurrir una desorganización psicótica, que puede estabilizarse o estereotiparse como una psicosis, que puede resolverse por el restablecimiento de una relación simbiótica endogrupal con el mismo u otro grupo, pero que puede también ser la

ocasión de aprendizaje, de una discriminación. Éstos son los casos que han estudiado French y Kassanin, y posteriormente también lo hicimos nosotros, en los que la desorganización psicótica sirve como un verdadero aprendizaje, ya que la desorganización psicótica *rompe el sincretismo primitivo* y permite una discriminación o, por lo menos, puede permitirla si se actúa terapéuticamente en forma eficaz, o bien si las condiciones se dan espontáneamente de manera favorable.

Me quiero referir ahora a otro nivel en el cual puede funcionar el grupo familiar, por el desarrollo o la introducción en el intragrupo de pautas más discriminadas, aprendidas o incorporadas en interrelación con el extragrupo. En estos casos, el clivaje entre el intra y el extragrupo es menos tajante y permite una cierta interrelación, o bien porque la simbiosis del grupo familiar es mucho más normal y permite entonces el desarrollo o la personificación, en cierta medida, de sus integrantes. En estos casos, lo que aparece fenomenológicamente en primer lugar no es la aglutinación o la dispersión de los casos anteriores, sino mecanismos neuróticos: obsesivos, fóbicos, paranoides o histéricos. Sin embargo, detrás de todos estos mecanismos de organización neurótica del comportamiento y de la relación intragrupal se podrán encontrar con cierta mayor o menor facilidad los niveles psicóticos que subyacen y que intentan ser elaborados a través de estos mecanismos neuróticos. Ya aquí nos encontramos con una estructura grupal más evolucionada, donde la *discriminación* permite la actuación de *defensas neuróticas* y por lo tanto la *interacción* (en lugar de la participación).

Quiero señalar, además, que el problema del *cambio* como una situación normal conflictiva o perturbadora, o etiológica, no se refiere a causas extragrupales, sino que el cambio corresponde a la naturaleza misma (a la dinámica) del fenómeno psicológico, corresponde o pertenece a la naturaleza íntima o intrínseca de la dinámica del grupo familiar, de tal manera que lo que aislamos como factores etiológicos o causales son sólo momentos de las múltiples relaciones que se establecen o que se hayan establecido en la dinámica del grupo familiar.

Las situaciones de cambio pueden provocar *tres tipos de ansiedades: confusional, paranoide y depresiva*; pero la ansiedad característica del grupo primario (simbiótico) es la ansiedad confusional. Es sólo con la introducción de la discriminación, la interacción (proyectiva-introyectiva), que podrán aparecer no sólo la ansiedad paranoide y la depresiva, sino también el *conflicto*, que requiere una previa discriminación para que haya contradicción. En los niveles simbióticos sólo existe la *ambigüedad* y en todo caso el conflicto se da entre esta ambigüedad y el nivel más integrado, más maduro.

Quiero referirme sumariamente al método y la técnica que utilizamos en la investigación del grupo familiar. Hemos encontrado que el método clínico, es decir, la observación rigurosa, metódica, prolongada, intensiva y profunda de la dinámica familiar¹ es el procedimiento insuperable. Pero quiero recalcar par-

¹ No descarto de ninguna manera otros métodos o técnicas, pero creo —sí— que las técnicas experimentales deben trabajar en colaboración estrecha con el método clínico.

ticularmente que el método clínico no consiste solamente en esto, sino en *un encuadre riguroso* de la observación; esto significa que debemos establecer una cantidad de constantes que deben ser inamovibles, entre las que se encuentran lugar, tiempo, duración de las entrevistas, tanto como el rol del observador, factores constantes que en ningún caso deben entrar en la ambigüedad, so pena de que la observación se haga o se transforme en una observación caótica de la cual no sea posible extraer conclusiones valederas. El otro factor que queremos señalar dentro del método clínico tal como lo empleamos es que la observación no se hace únicamente como observación pura y simple, sino como una *indagación operativa*, es decir que debemos introducir o que introducimos señalamientos e interpretaciones de la dinámica familiar en el aquí y ahora, y cada una de estas interpretaciones o señalamientos configuran *hipótesis* que son puestas a prueba y ratificadas o rectificadas de acuerdo con las respuestas que se obtengan por la introducción de cada una de esas hipótesis en forma de una nueva variable. Creemos de fundamental importancia, y lo cuidamos muy especialmente, que todo señalamiento e interpretación no recaiga en la esfera o el área individual de los integrantes de la familia, sino fundamentalmente sobre la interacción, sobre el interjuego de roles que tiene lugar en el aquí y ahora entre los integrantes de la familia y con el terapeuta que actúa como *observador participante*, de tal manera que pueda jugar los roles sin asumirlos; para ello debe trabajar con una división esquizoide instrumental que le permita, en parte, estar viviendo empáticamente los fenómenos que ocurren en el aquí y ahora, pero al mismo

tiempo tener y mantener una parte del yo como observadora y fuera de los vaivenes de la dinámica de la interrelación que se establece entre los miembros del grupo familiar y entre éstos y el observador participante o terapeuta.

Como es fácil deducir, toda esta sistemática del método clínico se halla fundamentalmente derivada de la sistemática que seguimos para el establecimiento de la observación, la investigación y la terapia dentro del encuadre del método clínico, tal como se utiliza en el psicoanálisis clínico.

Damos especial importancia, en la tarea de observación y de investigación, a los niveles preverbales de comunicación, es decir, no solamente al significado del contenido explícito verbal de interrelación, sino al significado del contenido implícito o preverbal. Y subrayamos esto porque nuestra directiva fundamental se refiere a la observación e investigación de los niveles psicóticos, y como ya lo hemos señalado en trabajos anteriores sobre psicoanálisis clínico, la simbiosis es fundamentalmente *una relación muda*, es decir que tiene que ser intencionalmente detectada y puesta de manifiesto, porque se da como implícita; en otros términos, sirve de encuadre, de conjunto de constantes a la misma dinámica del grupo familiar, pero si no intervenimos sobre la simbiosis misma, no vemos los factores más importantes de la relación y la dinámica familiar, y tampoco podemos intervenir efectivamente con resultados valederos. En resumen, podríamos decir que en la técnica seguida nos guiamos por los siguientes objetivos: 1) transformar la participación en interacción, lo cual es equivalente a 2) introducir la división esquizoide en lugar de la fusión y la am-

bigüedad, y 3) transformar las confusiones en conflictos.

Quiero señalar también, aunque no me sea posible desarrollarlo aquí, que la caracterización de la dinámica del grupo familiar en términos de *estructura de comportamientos* es uno de los instrumentos más valaderos y más fructíferos que hemos hallado hasta el presente; la concepción de estructuras de comportamiento se relaciona con la teoría de las relaciones objetales y también con la teoría de la comunicación. Las bases de todo ello han sido desarrolladas en otros trabajos y no podemos detenernos ahora en explicitarlas más detalladamente.

Conclusiones

Quiero volver a subrayar que he encontrado como particularmente perturbador y paralizante de la investigación el empleo de los esquemas causalistas, monocausalistas y unidireccionales, a los cuales nos ha acostumbrado tanto el mecanicismo, con el cual se han estructurado las ciencias de la naturaleza. Además, un hecho fundamental que nos ha permitido ver con mayor claridad una gran cantidad de problemas del grupo familiar se refiere a un cambio radical en el enfoque, que ya ha sido señalado al comienzo: el hecho de que el individuo no nace como un ente aislado que se conecta gradualmente, sino que nace inmerso en una interrelación masiva global, en una organización sincrética; dicho de otra manera, los individuos no forman los grupos, sino que, inversamente, los grupos forman individuos y —a veces— personas. El

concepto de simbiosis y el de simbiosis patológica (con la comprensión de los fenómenos de participación, sincretismo, identificación proyectiva masiva) resultan ser instrumentos conceptuales y categoriales que caracterizan hechos clínicos que tienen una gravitación fundamental para comprender la dinámica del grupo familiar, tanto en sus fenómenos normales como en sus manifestaciones patológicas.

CAPÍTULO V

PERSPECTIVAS DEL PSICOANÁLISIS Y PSICOHIGIENE

Nos hallamos en la actualidad ante lo que podría denominarse —sin exageración— una verdadera *situación de emergencia* en lo que concierne al problema de la salud y la enfermedad mental, y frente a la necesidad de elaborar y aplicar planes de vasto alcance social (en extensión y en profundidad) en el terreno de la higiene mental y la salud pública; la cantidad y variedad de sucesos y fenómenos que tendríamos que enfrentar y resolver son de una magnitud incalculable, ya que debemos tomar en cuenta no sólo los enfermos mentales (en el sentido riguroso de esta denominación), sino también las conductas antisociales y las perturbaciones conflictivas de todo tipo, y esto tampoco solamente desde el punto de vista de la terapia, sino fundamentalmente desde el enfoque de la profilaxis. Sumariamente, los hechos son, en la actualidad, los siguientes:

- 1) Necesidad de mejorar y difundir la asistencia a los enfermos mentales.

2) Atender los requerimientos del diagnóstico precoz y la rehabilitación.

3) Necesidad de actuar en situaciones que —sin ser enfermedades mentales— se beneficiarían con la ayuda profesional del psicoanalista, psicólogo o psiquiatra.

4) Gran limitación social de muchos procedimientos que son, en primer lugar, de índole terapéutica y no preventivos.

5) Gran limitación de muchos procedimientos por ser, además, de índole individual (a lo sumo grupal), pero con los que sólo podemos atender a una pequeña proporción de individuos.

6) Por la índole de las afecciones mentales, la gran mayoría de ellas requieren, en la profilaxis, atender o evitar no causas específicas, sino una compleja constelación multifactorial de índole social (educación, relación madre-niño, trabajo, alimentación, vivienda, etc.), con lo cual el problema a enfrentar se hace sumamente complejo.

7) En síntesis: el problema es social y nuestros instrumentos son individuales (o grupales —cuanto más—); enfocamos en primer lugar la enfermedad y lo que se requiere es la profilaxis y la promoción de bienestar y salud.

La tarea es abrumadora; y frente a ella se ha extendido una cierta premura o exigencia que en forma de consigna es simple: *formar más psiquiatras y más psicoterapeutas*; y este apuro se nos ha contagiado implícitamente en cierta medida como una urgencia por formar más psicoanalistas. En síntesis: la filosofía que subyace a este planteo, o el supuesto fundamental del mismo, reside en querer enfrentar el incremento de las enfermedades mentales con un in-

cremento de la cantidad de psiquiatras y psicoterapeutas¹.

Tales son los puntos alrededor de los cuales quiero efectuar algunos comentarios en esta oportunidad, ya que el problema me viene ocupando desde hace algún tiempo y de él he tratado en diferentes oportunidades, especialmente en dos seminarios llevados a cabo con egresados de la carrera de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, y en la reciente creación de la cátedra de Higiene mental, de la cual he sido designado profesor. Entre los psicoanalistas no nos hemos ocupado sistemáticamente del tema, pero, de una u otra forma, ciertos supuestos podrían actuar sobre nosotros —creo yo, en alguna medida— como verdaderos prejuicios. Uno de ellos podría ser el de un cierto proselitismo por formar más psicoanalistas y transformar en psicoanalista a todo médico joven que comienza su análisis por razones terapéuticas. No es menos cierto —por otra parte— que son los psicoanalistas también los que mejor han encarado este problema (Caplan, Lindemann, Dawler, Erikson, etc.).

El que se pueda poner en duda si realmente las enfermedades mentales han aumentado de ningún modo invalida todas nuestras consideraciones, puesto que de todas maneras es evidente que tenemos planteada la exigencia de una inmensa tarea por realizar desde nuestro punto de vista de profesionales de la psicología y el psicoanálisis, ya sea por el aumento real de las

¹ El primer informe del comité de expertos reunidos por la O.M.S. (9/1953) dice que “los problemas de la higiene mental del mundo jamás podrán ser adecuadamente resueltos por métodos terapéuticos”.

enfermedades mentales, ya sea por el hecho de que no nos interesan única y específicamente las enfermedades mentales, sino las condiciones psicológicas de promoción de salud y bienestar; o ya sea porque nuestros conocimientos sobre la influencia de los factores psicológicos y emocionales son hoy muy superiores a los que teníamos hasta hace poco. En otros términos, el problema puede enunciarse sucintamente así:

1) tenemos conocimientos psicológicos, deducidos especialmente de la investigación psicoanalítica, que sabemos pueden ser muy beneficiosos para mejorar la vida de los seres humanos, pero,

2) ¿cómo aplicarlos de manera que beneficien a toda o gran parte de la comunidad?

Como se ve, el problema ya no es, especialmente, el de la enfermedad mental, sino el de la *promoción de salud*: la psicoprofilaxis en su más alto nivel. El problema reside en la construcción de una estrategia adecuada que nos permita aplicar y aprovechar nuestros conocimientos en más vasta escala.

Dejo ahora de lado una cantidad de problemas y definiciones previas que ya he aclarado en oportunidad de una publicación anterior², tales como qué es lo que se debe entender por salud mental y por psiquiatria, la relación de ambas con la salud pública, y otras cuestiones similares muy básicas. Deseo hacer girar aquí mis consideraciones alrededor del supuesto a que hice referencia más arriba y que se esgrime o se sigue de manera implícita: ¿podemos entablar una carrera con las enfermedades mentales y tratar de aumentar en la misma proporción el número de psiquia-

² BLEGER, J.: El psicólogo clínico y la higiene mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina. 8. 4, 1962.

tras, psicoterapeutas y psicoanalistas? ¿Es ésta la solución del problema de la enfermedad y de la salud mental?

Psicoanálisis clínico

El psicoanálisis se define por constituir al mismo tiempo una terapia, una teoría y una investigación: tres aspectos que son estrechamente solidarios e inseparables: sólo podemos curar científicamente con una técnica adecuada y con una teoría, tanto de la técnica como de la enfermedad y de los procesos psicológicos, y sólo podemos curar —además— únicamente en la medida en que investigamos lo que sucede en nuestros pacientes. Algunos autores han dicho que, en psicoanálisis, la curación es un *by product* de la investigación.

Sin embargo, debemos reconocer que el valor social del psicoanálisis en cuanto terapia es bastante limitado, aun contando con los cambios que puede promover cada paciente sobre otras personas con quienes mantiene relaciones de distinto tipo. Cuando afirmo la limitación social del psicoanálisis en cuanto terapia me refiero, exclusivamente, al hecho de que es utópico pretender formar tantos psicoanalistas como para que toda la población sea sometida a tratamiento psicoanalítico³. El psicoanálisis es la terapia psicológica más racional, profunda y exitosa, pero —por el tiempo que insume— no podemos pretender que pueda constituir un procedimiento eficaz para resolver los problemas

³ En: "El análisis profano" (*Obras completas*, tomo XII), Freud adelantó la posibilidad de la preparación analítica de pedagogos y de "un ejército auxiliar" de *social workers*.

de la enfermedad y de la salud mental en la escala y extensión social en que ello es ahora necesario.

Sostengo —en complementación de lo dicho— que la trascendencia social del psicoanálisis reside fundamentalmente en su capacidad de ser *un método de investigación* de los fenómenos psicológicos que, como tal, aporta conocimientos valiosos sobre las leyes psicológicas que rigen la dinámica, tanto de la salud como de la enfermedad, y nos permite también comprender y valorar los efectos de determinados sucesos sobre la formación y evolución de la personalidad. Si bien, como ya lo he dicho, la investigación es inseparable de la terapia y de la teoría, al decir que la trascendencia social del psicoanálisis reside fundamentalmente en su capacidad de aportar conocimientos que derivan de la investigación no quiero decir que se pueda proceder a una investigación sin el objetivo terapéutico, pero quiero decir, sí, que los resultados de dicha investigación son los de mayor trascendencia social, en mucha mayor proporción que la cantidad de personas que pueden curar cada uno o todos los psicoanalistas. *El psicoanálisis clínico no puede, de ninguna manera, resolver por sí mismo el problema de la salud mental*, en la amplitud y extensión en que ello se hace necesario en el presente; por lo tanto, la consigna de formar urgentemente más psicoanalistas para enfrentar el problema de la enfermedad y la salud mental es totalmente insostenible, falsa e inconsistente⁴.

Pero *la investigación* del psicoanálisis clínico aporta resultados y conocimientos de gran valor, que son los

⁴ Lo mismo puede decirse de los psiquiatras y de los psicoterapeutas.

que sí pueden y deben emplearse en vasta escala y con gran provecho en los programas de higiene mental.

El psicoanálisis clínico es, a mi entender, un método de laboratorio, cuya enorme eficacia como procedimiento de investigación reside en la exigencia de una rigurosa sistematización de la técnica, basada fundamentalmente —esta última— en la fijación de un encuadre que consiste en una limitación de las variables (fijación de constantes) y un cierto control de las variables en juego en cada momento. No tiene objeto en este momento estudiar su relación y diferencias con el método experimental, pero solamente señalaré que de este último tiene el psicoanálisis clínico la condición fundamental de una reducción de variables que se obtiene por medio de la construcción de una situación artificial en la cual —por una cierta esquematización de los fenómenos— logramos una observación rigurosa de una situación simplificada. El psicoanálisis clínico pertenece, sin embargo, y en rigor, a una variante del método clínico; o mejor dicho, con la técnica psicoanalítica se perfecciona el método clínico en una medida nunca alcanzada hasta ahora por otras técnicas. En rigor, en tanto la investigación psicoanalítica se mantiene como investigación en el campo de la transferencia, tanto más participa de características del método experimental.

Aunque lo dicho sobre el psicoanálisis en cuanto técnica de investigación podría ser beneficiosamente ampliado, para mayor claridad, lo que nos interesa aquí es reducirnos a los hechos que abonan el criterio que sustentamos: a ninguna técnica de investigación (del método clínico o del método experimental), en ninguna disciplina científica, se le exige que resuelva

un problema sobre el plano social. Lo único que se espera es que aporte conocimientos sobre los cuales se pueda basar una planificación científica de alcance y extensión social. Reconocer las limitaciones sociales de un procedimiento de laboratorio no es ningún desmedro para ninguna técnica, porque justamente sería cuestionar las condiciones básicas en las que resulta factible llevar a cabo una investigación de laboratorio. De la misma manera, ajustándonos a lo que realmente ocurre, debemos afirmar que al psicoanálisis clínico no se le puede exigir de ninguna manera que resuelva el problema de la enfermedad o de la salud mental. *Su valor y su trascendencia social residen en el hecho de que aporta conocimientos relativos a la materia que investiga, en las condiciones en que lo hace.*

De manera que son los conocimientos que aporta una técnica los que pueden ser empleados en una escala social significativa. Lo mismo ocurre con el psicoanálisis clínico. Sus aportes pueden ser utilizados en dos estrategias de la salud pública: en el orden administrativo y en el de la relación interpersonal⁵. El primero se refiere al hecho de intervenir por intermedio de una acción gubernamental u otra acción administrativa, influyendo leyes, status, regulaciones, costumbres, con miras a ayudar a resolver o impedir tensiones de diferente tipo, a través de cambios culturales. En este sentido, el psicoanalista, actuando como experto, puede asesorar a los cuerpos administrativos, gubernamentales o no, en todo lo que atañe a la salud y que en cierta medida depende de la actuación de factores psicológicos, ya sea en el sentido de mejorar

⁵ CAPLAN, G.: *An Approach to Community Mental Health*. Tavistock Publications, 1961.

o ya en el de prevenir o precaver perjuicios o daños. Así —por ejemplo— se pueden utilizar los conocimientos sobre la relación madre-niño y los efectos nocivos de largas separaciones en el caso de la organización de un servicio hospitalario o una institución educacional. Caplan cita, al respecto, diferentes experiencias (en Israel, Gran Bretaña, Boston); una de ellas es la de Bowlby, quien pudo influir sobre la política del Ministerio de Salud de Gran Bretaña, que impartió en 1952 directivas a todos los hospitales para que se permitieran, e incluso se estimularan las visitas diarias de los padres de los niños internados. En 1960, de un 80 a 90 % de las instituciones había adoptado estas directivas, y en los últimos ocho años la incidencia de la separación madre-niño en Inglaterra se vio drásticamente reducida.

La acción administrativa interviene con el objetivo de reducir la incidencia de situaciones traumáticas, o con el de producir un incremento de satisfacción de necesidades psicológicas.

En el nivel de la relación interpersonal, los conocimientos de la investigación psicoanalítica pueden ser empleados con mucho provecho de manera diversa: en técnicas psicoterápicas más breves (hipnoanálisis, narcoanálisis, etc.); o en técnicas grupales (en todas las variantes de las mismas), y especialmente en una nueva posibilidad, sumamente promisoría y en pleno desarrollo, a través de lo que se denomina la psicología institucional, psicología de la comunidad y psicología de los períodos de crisis ⁶.

⁶ LINDEMANN, E. y DAWEA, L. G.: "The Use of Psychoanalytic Constructs in Preventive Psychiatry. —*The Psychoanalytic*

No nos podemos extender aquí más sobre estos puntos y el lector puede recurrir a la bibliografía específica sobre estos temas, porque nos interesa en esta oportunidad sólo la exposición y el comentario general de las perspectivas sociales de la utilización de los conocimientos derivados de la investigación psicoanalítica⁷.

Tres formas del psicoanálisis

Hasta aquí nos hemos referido exclusivamente al psicoanálisis clínico (a su valor y trascendencia en los problemas de la salud y la higiene mental), pero debemos también hacer mención del psicoanálisis aplicado, cuyo origen y desarrollo se remonta al mismo Freud.

La denominación "psicoanálisis aplicado" no es totalmente correcta, ya que no se trata únicamente de la aplicación del psicoanálisis, sino de un *verdadero procedimiento de investigación*, y para corroborar lo

Study of the Child. Vol. III. New York, Int. Univ. Press Inc., 1952.

LINDEMANN, E.: "The Nature of Mental Health Work as a Professional Pursuit". En: Strother, C. R.: *Psychology and Mental Health*. American Psychological Ass., 1956.

ERIKSON, E. H.: "Growth and Crises of the Health Personality." Cap. XII. de: Kluckhohn, C. y Murray, H. E.: *Personality in Nature, Society and Culture*. New York, A. Knopf, 1956.

⁷ CAPLAN, G.: El libro citado y además: *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books, 1964. *Prevention of Mental Disorders in Children*. Tavistock Publications, 1961. "Research and Development in Community Mental Health." Harvard School of Public Health. —"Working Papers in Community Mental Health." Harvard Medical School.

dicho, basta recordar los estudios de Freud sobre la Gradiva de Jensen, Miguel Ángel, Moisés, el caso Schreber, el pintor Christoph Haizmann, Dostoievski, etc.; y en otro sentido, también estudios como *Tótem y tabú*. El psicoanálisis aplicado reduce también la complejidad de los fenómenos, como también lo hace el psicoanálisis clínico, pero en una dirección muy definida: en la amortiguación del impacto directo de la relación transferencial-contratransferencial, que hace que algunos problemas (como los de la psicosis) puedan haber sido primero investigados más profundamente con el procedimiento del psicoanálisis aplicado.

El estudio de obras literarias o artísticas no es el único campo en que resulta posible utilizar el psicoanálisis aplicado, ya que el mismo puede ser beneficioso igualmente en el caso de distintas manifestaciones culturales y de distintos comportamientos o actividades (el espectador, el artista, el inventor, etc.), y también en el estudio de pautas culturales y en el de la interacción individuo-sociedad (Kardiner, Erikson, etc.). Sería de desear que el psicoanálisis aplicado encontrara también al autor que pueda tanto sistematizar su metodología como también fundamentarla teóricamente, categorizando los observables. En este sentido queda todavía un largo camino por recorrer, de indudables y enormes beneficios. De todas maneras, el psicoanálisis aplicado no es independiente, de ninguna manera, del psicoanálisis clínico, y es de desear que la interacción y el enriquecimiento recíproco que se ha dado hasta el presente siga sin quebrarse.

Los resultados del psicoanálisis aplicado tienen los mismos beneficios y las mismas limitaciones sociales que los resultados del psicoanálisis clínico: no pode-

mos basar directamente en ellos un beneficio inmediato y directo sobre la salud mental de una comunidad entera, pero sus aportes pueden ser vehiculizados, de la misma manera como lo hemos señalado para el caso de los del psicoanálisis clínico.

Hasta ahora he considerado solamente las dos variantes fundamentales y tradicionales del psicoanálisis: el clínico y el aplicado. Una tercera forma de psicoanálisis es lo que quiero señalar en esta oportunidad (en relación con el tema básico que en este capítulo me interesa desarrollar) y que puede ser considerado como una variante del psicoanálisis aplicado. Lo denominamos psicoanálisis operativo.

Este último se caracteriza por ser un psicoanálisis aplicado, es decir, se realiza *fuera del contexto* en el que se lleva a cabo el psicoanálisis clínico, pero tiene algunas características especiales que lo diferencian del psicoanálisis aplicado y que quiero ahora señalar:

a) Se utiliza en situaciones humanas de la vida corriente, en cualquier actividad o quehacer o en toda institución en la que intervienen seres humanos, es decir, en la realidad y la situación viva y concreta (educación, trabajo, juego, ocio, etc.), y en situaciones de *crisis normales* por las que necesariamente pasa el ser humano (cambios de lugar, de estado civil, de empleo, paternidad o maternidad, muerte de familiares, etc.), además de las crisis normales del desarrollo ⁸.

b) Se indaga —al igual que en el psicoanálisis aplicado— los dinamismos y las motivaciones psicológicas inconscientes, pero *se utiliza dicha indagación* para

⁸ Los trabajos de Lindemann —ya citados— han recogido este tema de las crisis en la estrategia de la higiene mental y han recibido también aportes de Caplan y su escuela.

lograr modificaciones a través de la comprensión de lo que está ocurriendo, cómo y por qué.

c) Esta intervención (operación) se realiza a través de múltiples procedimientos, sea interpretando las relaciones, la tarea, los procedimientos, la organización, la institución, la comunicación, etc., para lograr una modificación de las situaciones, la organización o las relaciones interpersonales, en función de la indagación realizada y de las conclusiones obtenidas. Al introducir la modificación o la interpretación, ello se hace a título de hipótesis, de tal manera que la misma se ratifica o rectifica con la continuidad de la observación. Como se ve, no consiste en una operación única, sino en una reiteración enriquecedora del mismo circuito formado por la *observación-intervención-observación*. El desiderátum es el de un proto-aprendizaje, es decir, el logro de que los seres humanos puedan reconocer y reflexionar sobre lo que ocurre en un momento dado, reconocer las motivaciones, actuar de acuerdo con ese conocimiento, sin sucumbir de inmediato a la ansiedad y recurrir a mecanismos de defensa perturbadores.

d) Hemos tratado de sistematizar el encuadre (la estrategia y la técnica) del psicoanálisis operativo en un trabajo reciente sobre psicología institucional⁹, basado en las experiencias realizadas fundamentalmente a partir de los aportes de E. Pichon Riviere¹⁰, por lo que no entraremos ahora en los detalles del mismo, que nos apartaría muchísimo de nuestro tema central pre-

⁹ BLEGER, J.: "Psicología institucional." Buenos Aires, departamento de psicología, Fac. Filosofía y Letras, 1965.

¹⁰ PICHON RIVIERE, E. y col: "Técnica de los grupos operativos." Acta Neuropsip. Arg., 1960.

sente; señalaremos también aquí —al respecto— los trabajos fundamentales de E. Jaques¹¹. De igual manera, toda la psicología y psicoterapia grupal de inspiración psicoanalítica debe ser incluida como variantes del psicoanálisis operativo. Un próximo paso todavía necesario en la psicología grupal es el de su utilización fuera del consultorio, es decir, en las situaciones e instituciones de la vida real y diaria.

El psicoanálisis operativo abre perspectivas sumamente importantes en el campo de la higiene mental y en el de la psicoprofilaxis, en el hecho de posibilitar una utilización del psicoanálisis en una escala de verdadera trascendencia social. El psicoanálisis operativo no es un psicoanálisis nuevo y distinto; es una estrategia para utilizar los conocimientos psicoanalíticos.

Formación del psicoanalista

Por todo lo expuesto, pienso que en los planes de formación de psicoanalistas debemos desembarazarnos totalmente de cualquier contaminación que se nos haya adherido de las posturas que hemos criticado, especialmente desde el ángulo de la salud pública y la

¹¹ JAQUES, E.: "Social Systems as a defence against Persecutory and Depressive Anxiety." En: Klein, M.: *New Directions in Psychoanalysis*. Londres. Tavistock Publications, 1955. (Hay versión castellana: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1965.) —*The Changing Culture of a Factory*. Londres. Tavistock Publications, 1951.

JONE, M.: *The Therapeutic Community*. New York, Basic Books, 1953.

RODRIGUÉ, E.: *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. B. Aires, Eudeba, 1965.

higiene mental. Con ello queremos concretamente señalar:

a) No admitir ninguna urgencia (exterior ni interior) por formar más y más psicoanalistas con el supuesto de que los necesitamos urgentemente para resolver el problema social de la salud y la enfermedad mental, ni tampoco recurrir a nada que signifique un proselitismo en este sentido. Debemos seguir formando los psicoanalistas en la cantidad que nuestra organización permita, sin disminuir ninguna de las condiciones y exigencias que tenemos postuladas para ello y que son las que garantizan una buena formación del psicoanalista.

b) Debemos revisar nuestros programas de estudio, de tal manera que no estemos orientados a formar profesionales del psicoanálisis, sino investigadores del psicoanálisis; ello significa el incremento de la enseñanza de la metodología, filosofía de la ciencia, procedimientos de verificación, modelos conceptuales, etc. Significa también extremar los criterios de selección de candidatos a psicoanalistas, y orientar los criterios de selección hacia ese objetivo de formar investigadores.

c) Debemos remarcar que el único organismo encargado y habilitado para formar psicoanalistas es el Instituto de Psicoanálisis, y ser, por lo tanto, inflexibles en todo lo que desvirtúe este propósito y en todo lo que pueda tender de manera explícita o implícita a formar psicoanalistas silvestres.

Los psicoanalistas formados en el Instituto de Psicoanálisis deben adquirir clara conciencia de su función de investigadores especializados en el método del psicoanálisis clínico, y en la medida que les interese deben aplicar también sus esfuerzos en el desarrollo y la in-

vestigación del psicoanálisis aplicado y del psicoanálisis operativo y/o cumpliendo también funciones de asesores o consultores en los problemas de la higiene mental y la salud pública.

El eje fundamental es la formación del psicoanalista clínico en cuanto científico y técnico de un método de investigación. A ello debemos agregar el conocimiento de la valoración y trascendencia social de su tarea, tanto como las vías factibles de contacto y enriquecimiento en la acción de la salud pública y la higiene mental; el esclarecimiento de su relación con otros profesionales y, entre éstos, especialmente y por las características de nuestro medio, con los médicos y los psicólogos. A ello nos queremos referir en lo que sigue, deteniéndonos más en la psicología y los psicólogos que en la medicina y los médicos.

Psicología y psicólogos

En nuestro país, como ya se sabe, los psicólogos no pueden ingresar en el Instituto de Psicoanálisis y, por lo tanto, no pueden ser psicoanalistas. De ninguna manera se soluciona el problema creando organismos encargados de formar (directa o indirectamente) psicoanalistas silvestres. Hay una sola clase de psicoanalistas: los formados en el Instituto de Psicoanálisis, y nosotros debemos ser los primeros en no crear estructuras informales o marginales.

Se dice con cierta frecuencia que ya existe un "mercado negro" del psicoanálisis; ello es un hecho que no podemos negar y que —en todo caso— lo mejor sería —se dice— institucionalizar la formación de los psico-

analistas silvestres, dando con ello las mejores garantías posibles para su formación. Mi opinión es terminante en el sentido de que eso no debe ser hecho, inclusive que debe ser combatido. Tenemos perspectivas sociales (creadas y por crear) para el trabajo profesional de los psicólogos, que no tienen nada que ver con la existencia de un "mercado negro" y sí tienen que ver con las perspectivas racionales de la higiene mental y la salud pública.

En el momento en que los psicólogos puedan (por razones legales o por decisión de los organismos de la Asociación Psicoanalítica) ingresar en la formación psicoanalítica que da el Instituto de Psicoanálisis, podrán entonces ser psicoanalistas a la par de los demás; por el momento no debe haber posibilidad de ser psicoanalista "a medias" ni psicoanalista "de mercado negro".

La esencia del problema reside en que se tome conciencia cabal de que el problema de la salud y la enfermedad mental no se puede resolver formando más psicoanalistas, ni tampoco improvisando de alguna manera psicoterapeutas semipsicoanalistas; y tampoco se ve con claridad que la función de los psicólogos no es la terapia, sino la psicohigiene: administración de los recursos psicológicos por medio de la intervención profesional en las condiciones habituales y concretas de la vida diaria o en los momentos críticos normales del desarrollo o en momentos de crisis de situaciones vitales, trabajando en la comunidad y en distintas *instituciones no médicas*.

En la actualidad, la psicología y los instrumentos o técnicas de la misma reciben un aporte valioso del psicoanálisis, que permite que los psicólogos puedan

enfrentar con grandes beneficios para la población los problemas que les corresponde atender profesionalmente. El problema es entonces el de hallar los medios para que los psicólogos reciban el aporte del psicoanálisis, sin dejar de ser psicólogos y *sin que se transformen en psicoanalistas* silvestres o en terapeutas.

La psicología se divide tradicionalmente en experimental y clínica, y estos dos aspectos se presentan con mucha frecuencia como contradictorios y excluyentes. Es mi opinión que la psicología experimental y la psicología clínica constituyen una sola psicología, y que el trabajo con el método clínico es una parte fundamental de la psicología, dentro del cual el método experimental constituye un momento de la totalidad de la investigación con el método clínico. En este sentido, el psicoanálisis está a mitad de camino entre el método clínico y el método experimental, y cuanto más riguroso sea el encuadre con el que trabajamos dentro del método psicoanalítico, tanto más se acerca el método clínico, tal como es desarrollado en el método psicoanalítico, a un método de condiciones cuasi experimentales. Quiero aclarar también que la división que se realiza entre psicología pura y psicología aplicada es también inconducente y además errónea, porque la psicología llamada aplicada es *la* psicología, es una praxis con dos momentos, uno teórico y otro práctico, pero que son entre sí inseparables.

Los psicólogos se orientan, en general, a tomar para sus condiciones de trabajo profesional el modelo del trabajo profesional de la actividad médica. Y a esto es a lo que nos debemos oponer en forma decidida, ya que, justamente, desde todo punto de vista, la organización de la medicina como tarea profesional de

carácter individual y fundamentalmente orientada a *la curación* (asistencial), y no a la prevención o a la higiene es el punto crítico que debe ser reformado en la medicina actual, por lo menos en nuestro país y seguramente en muchos otros. *El psicólogo no debe ser alentado a ser terapeuta*, y pienso que si las carreras de psicología se dan, como misión fundamental, la formación de psicoterapeutas, en ese caso y desde el punto de vista social, las carreras de psicología constituyen un fracaso; los psicólogos tienen que ser orientados profesionalmente al campo de la psiquiatria, se les debe munir de los conocimientos e instrumentos necesarios para actuar *antes de que la gente enferme*, dentro de actividades grupales, institucionales y de trabajo en la comunidad.

Quiero aclarar aún más este punto. Los psicólogos deben ser —en mi opinión— legalmente autorizados para ejercer la psicoterapia, mediando su correcta formación, pero no deben ser alentados a ello, ya que desde el punto de vista social no es lo óptimo preparar profesionales que se dediquen en su mayor proporción a la actividad *asistencial e individual*, porque lo que necesitamos es la atención de la salud pública en el *plano de la promoción de salud y en escala social*. El campo específico del psicólogo es el de la psiquiatria, no el de la enfermedad mental. Psiquiatria quiere decir utilización de recursos (conocimientos y técnicas) psicológicos para mejorar y promover la salud de la población (y no sólo evitar enfermedades), tanto como quiere decir administración adecuada de esos recursos a nivel de la organización de la comunidad.

La preparación de los psicólogos como auxiliares de

la medicina es totalmente errónea por su limitación. El campo fecundo de la actividad profesional del psicólogo está principalmente *fuera de la medicina y fuera de la enfermedad*¹².

Lo que venimos exponiendo no significa de ninguna manera que no debe enseñarse psicoanálisis a los psicólogos. Todo lo contrario. Lo que sí significa es que no debemos transformar a los psicólogos en psicoanalistas silvestres; es decir, no debemos enseñarles a manejar el psicoanálisis clínico, aunque sí deben tener información correcta y completa del mismo. Lo que se hace necesario es que enseñemos el psicoanálisis de tal manera que incorporen el pensamiento psicoanalítico, es decir, un pensamiento dinámico que les permita comprender el comportamiento de los seres humanos en la vida cotidiana, tanto en el ámbito individual como en el grupal, institucional y comunitario; comprender las motivaciones inconscientes, reconocer los conflictos, los mecanismos de defensa y las ansiedades, y que puedan operar según esa comprensión con técnicas y procedimientos psicológicos. En una palabra, deben incorporar el manejo del psicoanálisis aplicado de la manera y en el concepto que hemos designado más arriba como psicoanálisis operativo. A todo ello debe agregarse una información correcta y profunda de los conocimientos que aporta el psicoanálisis clínico sobre todo lo referente al comportamiento humano, para que puedan utilizarlo en su trabajo pro-

¹² Un organismo de actuación del psicólogo en el campo de la psicohigiene es ya una realidad en el Departamento de orientación vocacional de la Universidad de Buenos Aires.

fesional específico, que es el de la psicohigiene, con sus instrumentos propios en el campo donde les corresponde actuar.

En este sentido, con toda seguridad, debemos contemplar la necesidad de que la Asociación Psicoanalítica pueda organizar un instituto donde se imparta esta enseñanza a los psicólogos; enseñanza fundamentalmente centrada en la teoría psicoanalítica y en *la adquisición de un pensamiento dinámico*. Para ello es importante que el psicólogo pase por una experiencia personal de psicoanálisis terapéutico. Después de una selección, para la cual habrá que fijar las pautas correspondientes y adecuadas, el psicólogo podrá incorporarse a este instituto en calidad de estudiante durante un período de prueba, en el cual se verá su posibilidad de adquirir un pensamiento dinámico y el instituto podrá, en determinados casos, cancelar la inscripción del candidato psicólogo cuando éste tenga deficiencias en la adquisición del pensamiento dinámico.

Psicoanálisis y médicos

En el mismo sentido en que hemos desarrollado la relación del psicoanálisis con la psicología y los psicólogos, creo que debe entenderse también el problema que plantea la medicina y los médicos. La Asociación Psicoanalítica debe crear también —en lo posible— un instituto que se encargue de transmitir a los médicos la información necesaria y la formación requerida para incorporar un pensamiento psicoanalítico, pero de tal manera *que ellos no abandonen su campo específico*

de trabajo (sea la pediatría, la dermatología, gastroenterología, etcétera), sino que incorporen el manejo de los factores psicológicos dentro de su propio campo de trabajo y dentro de sus propias técnicas. Esto quiere decir que no debemos fomentar (e incluso debemos impedir en lo posible) que todo médico que se acerque al psicoanálisis abandone su campo específico para transformarse en psicoanalista (y menos aún, en psicoanalista silvestre).

Se ve con mucha frecuencia que el médico que inicia un tratamiento psicoanalítico se ve, tarde o temprano, frente a la disyuntiva o el conflicto de si seguir con su especialidad o cambiarla por la de psicoanalista. No sé en qué medida esto puede ser resultado de un cierto proselitismo implícito del mismo psicoanalista, pero sí debemos tener cuidado en que el cambio, si se realiza, sea realmente genuino; pero que lo óptimo sería —en gran proporción de casos— que el médico continúe con su propia especialidad, pero incorporando en la misma la dimensión psicológica en todo su quehacer, en la relación médico-paciente, en su actitud, en la indagación y manejo de las situaciones conflictivas, sin que ello signifique que se transforme en psicoterapeuta y abandone su especialidad. La curación psicoanalítica de un médico —es obvio aclararlo— no reside en que se transforme en psicoanalista, ni en que “cure” al adquirir un soporte externo de identidad grupal de la institución que le haga sentirse mejor o bien, pero sin que realmente se haya alcanzado una curación por una modificación de la estructura de su personalidad. No sé en qué medida esto es un problema real, pero vale la pena mencionarlo aun a título profiláctico. Al respecto, Alvarez de To-

ledo, L. Grinberg y M. Langer han hablado en un trabajo del "carácter psicoanalítico"¹³.

Un ensayo previo en esta dirección que señalo y que propugno puede llevarse a cabo formando pequeños grupos de estudio con médicos de igual o distintas especialidades (endocrinólogos, psiquiatras, pediatras, cardiólogos, etc.), los cuales —previa selección— podrán formarse en un grupo de estudio dirigido por un psicoanalista en el que se estudien los problemas psicológicos de sus pacientes y los de sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, analizando los problemas prácticos de su quehacer profesional, adjuntando cuando sea necesario la información teórica correspondiente.

Es a través de la revisión de sus tareas prácticas y de sus modelos conceptuales que el psicoanalista podrá enseñar y mostrar los aspectos dinámicos, psicológicos, que están implicados en la tarea, y la manera de enfrentarlos y resolverlos sin salir del campo propio de trabajo y de las técnicas y el encuadre propio que tenga cada campo específico de estos especialistas; es decir, sin transformarse en psicoanalistas. Con ello evitaremos lo que pasa con frecuencia en la actualidad; el psiquiatra, el pediatra, el endocrinólogo, el cardiólogo, el gastroenterólogo, etc., tienen como única posibilidad de una información profunda de lo que es el psicoanálisis la inscripción en el Instituto de Psico-

¹³ ALVAREZ DE TOLEDO, L. G.; GRINBERG, L. y LANGER, M.: "Terminación del análisis." México, 1964. Relato oficial al Primer Congreso Panamericano de Psicoanálisis.

En un comentario sobre la formación de psicoanalistas, la Dra. E. R. Zetzel expresó que el tratamiento psicoanalítico (de un candidato) no es laborterapia.

análisis, y la consecuencia que deriva de esto es que el especialista se ve en un momento dado frente al conflicto de tener que optar: convertirse en psicoanalista o seguir con su propia especialidad; generalmente lo que ocurre —al parecer— es que se convierte en psicoanalista. Este proceso, en el cual el médico abandona su especialidad primitiva y se vuelca al psicoanálisis como tarea profesional, lo creo nocivo, porque fuera de los casos particulares donde esto está totalmente justificado, pienso que para los especialistas de las distintas ramas de la medicina debemos crear la posibilidad de que ellos tengan una formación psicoanalítica seria en los aspectos que les son necesarios, pero para que puedan seguir desempeñándose mucho mejor *dentro de sus tareas específicas y dentro de su propio campo de trabajo*.

Veo la creación de escuelas o de institutos privados donde se pueda enseñar psicoanálisis como un factor muy positivo, siempre que estas escuelas no se constituyan en escuelas de psicoanalistas silvestres, es decir, siempre que se atengan a enseñar la teoría psicoanalítica, la teoría de la técnica y lograr la adquisición de un pensamiento dinámico, de un pensamiento psicoanalítico, integrado en el quehacer de cada especialista de la medicina.

Otros problemas relacionados

En lo que llevo expuesto, creo, se responde a algunos de los interrogantes fundamentales que plantea la necesidad de atender en una escala social amplia y extensa los problemas de la salud y la enfermedad men-

tal, aunque observamos que —por cierto— no abundamos en detalles específicos que aclararían aún más esta perspectiva, pero que se podrán hallar en la bibliografía que se acompaña. Lo que interesa en este aporte es el señalamiento de *la dirección general* (la estrategia) que debemos imprimir al psicoanálisis en relación con el problema social de la salud y la enfermedad mental.

Es seguro, además, que a poco andar nos veamos requeridos por otros profesionales que sienten también la necesidad de conocer y operar con los factores psicológicos en su propio campo de trabajo, y tendremos que ampliar los grupos de enseñanza a educadores, arquitectos, sanitaristas, contadores, empresarios, dirigentes sindicales, etcétera. Sin embargo, creo prudente, por lo menos en un período de prueba, atenernos a una experiencia solamente con psicólogos y médicos, sean o no sean psiquiatras.

Más adelante debemos contar con la posibilidad no sólo de extender los grupos de enseñanza a otros profesionales o líderes en distintas actividades, sino de crear también un *Centro de Consulta* en el cual los psicoanalistas podamos intervenir asesorando sobre los problemas psicológicos a distintas instituciones o a lo que se denomina personas “claves” de la comunidad ¹⁴.

En cuanto a la técnica a seguir en los grupos de enseñanza del psicoanálisis a médicos y psicólogos, habrá que sistematizar distintos instrumentos didácticos, pero ya tenemos entre nosotros psicoanalistas con experiencia en grupos de enseñanza con técnicas ope-

¹⁴ Creo que un paso importante en este sentido ya ha sido dado con la creación del Centro de Investigación Orientación Enrique Racker.

rativas, con "rol playing" y otros procedimientos. En la literatura existente, contamos con experiencia ya comunicada —especialmente por Balint¹⁵—, y que avala que esta enseñanza en grupos con los objetivos expuestos es muy promisorio y exitosa, tanto como la experiencia que se lleva a cabo desde hace varios años en la Escuela Privada de Psiquiatría que dirige el Dr. Enrique Pichon Riviere, y cuya técnica hemos empleado con los Dres. Liberman y Rolla también en otros organismos de enseñanza universitaria¹⁶.

A todo ello debemos agregar la consideración del problema de los controles o de la supervisión del trabajo de psicólogos, psiquiatras y médicos de otras especialidades. En este sentido pienso que los candidatos que se hallan cursando los seminarios del Instituto de Psicoanálisis no deben tomar a su cargo ninguna tarea de este carácter, y que sólo deben hacerlo a partir de la condición de egresados del Instituto de Psicoanálisis. Pero, de todas maneras, no me refiero a que se deba fomentar la práctica de controles de tratamientos psicoanalíticos silvestres a cargo de psi-

¹⁵ BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. B. Aires. Libros Básicos. 1961.

¹⁶ BLEGER, J.: "Enseñanza de la psicología." *Rev. de Psic. y Psicoter. de Grupo*, 1961.

BLEGER, J.: Clase inaugural de la cátedra de Psicoanálisis. *Acta Neuropsiquiátrica Arg.* 8.1. 1962.

Los grupos operativos los utiliza también F. Ulloa en la Fac. de Filosofía de Buenos Aires, habiendo realizado una importante experiencia en este sentido.

Arminda Aberastury me ha comunicado personalmente experiencias exitosas trabajando con grupos de odontólogos. Otros colegas psicoanalistas tienen también experiencias similares que desearía conocer más detalladamente; desde ya me excuso por no incluir sus nombres.

cólogos o médicos no psicoanalistas. El control debe centrarse sobre la comprensión psicoanalítica de la tarea, de la situación, del paciente y del propio terapeuta, tratando de que se mantenga el carácter del tratamiento instituido por el propio psicólogo o médico y por sobre todo, lo óptimo sería la ayuda que pueda prestar el psicoanalista a la comprensión y actuación en situaciones *que no estén configuradas como situaciones terapéuticas dentro de la técnica del psicoanálisis clínico*. En síntesis, lo que se debería enseñar en el control o supervisión es el psicoanálisis operativo y no el psicoanálisis clínico; con los psicólogos, alentando a que se ocupen e intervengan más sobre la psicoprofilaxis que sobre la terapia, y más de grupos, instituciones y de la comunidad que de individuos; en el caso de los médicos a que comprendan y manejen las situaciones terapéuticas y la relación médico-paciente con la asimilación de conocimientos psicoanalíticos, pero con o dentro de las técnicas que ellos utilizan en cada caso.

El psicoanalista en el hospital

Éste es un tema que por diferentes motivos requiere también una cierta atención, ya que la experiencia nos muestra que cuando el psicoanalista va a trabajar al hospital, *lo que no debería hacer* es tomar pacientes del hospital en tratamiento psicoanalítico dentro del hospital. Cuando esto ocurre, el psicoanalista se ve inmediatamente abrumado de trabajo y entonces “enseña” a su vez la técnica psicoanalítica a los otros colegas de la sala o del hospital, de tal manera que en

poco tiempo toda la sala está constituida o se halla basada en la terapia psicoanalítica, hecha de esta manera un poco improvisada. La consecuencia es que el psicoanalista y los médicos que están trabajando en dicha sala se desmoralizan porque se ven abrumados por una enorme cantidad de trabajo, con la consecuencia de que se desorganiza el trabajo hospitalario y el psicoanalista y los colegas dejan al poco tiempo de trabajar en el hospital. Pienso que cuando el psicoanalista concurre a un hospital debe hacer lo que estuvimos reseñando antes: enseñar a los colegas a pensar psicoanalíticamente, a utilizar los conocimientos dinámicos, de tal manera que ellos los puedan utilizar dentro de otras técnicas terapéuticas o bien dentro de sus propias relaciones grupales, o dentro de toda la propia organización institucional, de la sala o del hospital, tanto como en la comprensión del trabajo de comunidad, y en otras esferas de la actividad del médico, psiquiatra, psicólogo, enfermeras, asistentes sociales. La práctica —aunque muy limitada todavía— demuestra que el psicoanalista es mucho más útil en el hospital cuando forma grupos operativos o de enseñanza (con colegas, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales) que cuando se dispone a una tarea asistencial con el psicoanálisis individual o aun con terapia grupal con enfermos o familiares de los mismos.

APENDICES

ESTUDIO PILOTO EN UNA COMUNIDAD

Informe preliminar

En la cátedra de Higiene Mental, de reciente creación, en el departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, hemos llevado a cabo un trabajo práctico que consistió en el estudio piloto de una comunidad, elegida especialmente para ello.

Basados en las directivas que enunciamos en un capítulo anterior, hemos tratado de definir claramente nuestra estrategia y nuestras técnicas, tanto como las consignas a utilizar en la tarea práctica. No se trata de una investigación completa de una comunidad, sino de un trabajo práctico o un estudio piloto, es decir, de un primer contacto que nos permitiera el acceso a una nueva perspectiva en el trabajo del psicólogo.

Se ha limitado, por ahora, en todo lo posible la cantidad de estudiantes que se inscribieran en la cátedra, para que no resultara una "invasión" a la comunidad, y hemos tenido primero que trabajar fundamentalmente sobre ciertos a priori o prejuicios del equi-

po, tales como el de suponer que tendríamos que ir a lograr el desarrollo o el cambio de la comunidad, o que nuestro estudio implicaba un proselitismo de cambio, o que nos proponíamos educar o dirigir la comunidad. Hemos puesto mucho énfasis en que el psicólogo, en *todos* sus contactos con la comunidad, mantuviese siempre su rol profesional y que en el curso de su tarea no deba haber, y no haya, encuentros ni conversaciones que se supongan informales o fuera de la tarea; y que esta última debe hacerse directamente sobre el campo, es decir, en el lugar mismo en que la comunidad desarrolla su vida y no fuera de la misma (en la facultad o en los domicilios privados de algunos de los psicólogos).

Hemos tenido que poner también especial énfasis en la necesidad de analizar ciertas idealizaciones o ciertas actitudes de omnipotencia, y limitar los alcances de nuestra intervención profesional al objetivo de un estudio, en el cual todos los contactos con la comunidad estuviesen totalmente reglados o siguiendo ciertas normas, y no librados al azar, limitando también el tiempo del estudio de la comunidad al período de duración de los trabajos prácticos, de tal manera de no vernos explícita o implícitamente comprometidos en una relación sin término y sin límites. Hemos subrayado también que el psicólogo, en su rol profesional, no debe asumir liderazgos de ninguna índole, sino atenerse exclusivamente a su rol profesional.

El estudio de la comunidad se distribuyó en seis temas y de cada uno de ellos se hizo cargo una de las comisiones de trabajos prácticos, dirigida por un ayudante de trabajos prácticos y un auxiliar, que se

reunían semanalmente con la comisión de alumnos a su cargo para analizar los datos y, previamente, para incorporar las consignas y trabajar sobre la organización del propio equipo de trabajo y analizar los problemas que surgían en todo el período de recolección de datos. Semanalmente, además, los ayudantes y auxiliares se reunían con los profesores y el jefe de trabajos prácticos para analizar los problemas y las situaciones que iban surgiendo, tratando tanto de resolverlas y de actuar con consignas uniformes como de planear los próximos pasos del estudio.

Los seis temas en los que se ha dividido el estudio de la comunidad son los siguientes: tensiones de la comunidad, adolescencia y juventud, trabajo, niñez, ocio o tiempo libre, familia. Los problemas más importantes no han surgido en la comunidad misma, sino en la organización del propio equipo de trabajo, especialmente en la de vencer resistencias, temores, inexperiencia, inseguridad, prejuicios, objetivos erróneos; pero en todo ello hemos contado con el entusiasmo, tanto de los colaboradores de la cátedra como de los mismos estudiantes, con una dedicación de tiempo que sobrepasaba en mucho a las exigencias reglamentarias y vigentes en la organización de una cátedra. El otro hecho importante ha sido el de que todo el equipo ha actuado con conciencia de la necesidad de ampliar el campo de aplicación de la psicología, de abrir nuevos caminos y de revisar ampliamente todos nuestros conocimientos psicológicos y nuestras técnicas.

El primer paso consistió en el planteo general y el trabajo de organización del equipo mismo, tanto como en analizar los primeros contactos con las autoridades de la comunidad; primeros contactos que estuvieron

a cargo de los dos profesores y el jefe de trabajos prácticos. Una visita informal, exclusivamente de observación, caminando por los distintos lugares, constituyó la primera tarea, que fue realizada primero por los profesores y el jefe de trabajos prácticos, en segundo lugar por el jefe con sus ayudantes, y en tercer lugar cada ayudante de trabajos prácticos con su auxiliar y los estudiantes.

Terminada la visita a la comunidad, cada miembro del equipo redactó un informe con sus impresiones sobre lo observado, y que constaba de tres partes: 1) Detalles de lo observado; 2) Inferencias o hipótesis que puede hacer sobre lo observado y los aspectos que más le han llamado la atención; 3) Los datos que desearía saber, los aspectos que desearía investigar, o la información que desearía poseer.

Estos informes eran estudiados en cada una de las comisiones y a través de ellos teníamos una imagen de la comunidad (lugar, vivienda, clima general de la comunidad, aspecto de los individuos, relaciones entre ellos, instituciones y organizaciones existentes, forma de vestir, lugares de esparcimiento, juegos, aspecto de los niños, jóvenes y adultos, características de la forma de vivir, etcétera).

Las técnicas a utilizar se distribuyeron entre los distintos integrantes de cada grupo y sobre cada tema se hicieron entrevistas personales, reuniones grupales, encuentros informales. Cada una de estas técnicas insuñó también un tiempo dedicado a la planificación de la misma, tratando de elaborar algunas consignas fundamentales, tales como la de que no se lleve a cabo ningún encuentro o entrevista en las cuales se incitara o se aceptara la explicitación de situaciones totalmente

personales, sino la de que cada individuo o grupo nos pudiese dar información sobre la comunidad, sobre los demás. Otro hecho importante ha sido que todo encuentro fuese precedido o comenzara por una presentación del ayudante o el estudiante, dando su nombre y su pertenencia a una institución o a una cátedra, explicando el propósito de la entrevista individual o grupal, fijando desde el comienzo el tiempo de que se dispone, de común acuerdo con el entrevistado, y ateniéndose estrictamente a él. Quedaron excluidas toda técnica de "encerrar" al entrevistado conminándolo o forzándolo a respuestas, o de confundirlo señalándole contradicciones, o haciendo preguntas difíciles o indiscretas, insinuaciones o indirectas; así, se trabajó sobre la actitud del entrevistador: que fuese franco, escuchara con interés, aceptara la negativa de una persona o grupo a ser entrevistado, que aceptara todos los mecanismos de defensa del individuo o del grupo y no los interpretara, terminando toda entrevista individual o grupal con la pregunta de qué más desearía contar o comentar.

Es evidente que con estas técnicas no agotamos ni podemos agotar el estudio de la comunidad, pero nos interesaba un estudio piloto, que se dirigiera no solamente al estudio de la comunidad, sino al desarrollo de una nueva posibilidad de la psicología tanto como de los psicólogos. Hemos carecido de datos previos, que nos hubieran sido muy útiles, tales como conocimiento exacto de la población en cuanto a su número, condiciones económicas, estratificación, trabajo, ingresos, etcétera.

Un aspecto que hemos tenido que enfrentar reiteradamente ha sido el hecho de vernos con mucha fre-

cuencia urgidos por la comunidad, o por sus distintos integrantes o grupos, a actuar según los objetivos o los intereses o las necesidades que ellos sentían, tratando de recabar o de lograr nuestra colaboración en distintos sentidos, tanto como la urgencia o la exigencia de devolver rápidamente resultados positivos que pudieran serles útiles. Este aspecto estaba totalmente ligado al de fomento o aceptación de la dependencia, y hemos tenido que trabajar reiteradamente sobre este punto dentro del equipo, para no vernos envueltos en estas exigencias y ceder a la tentación de un rol directivo o de cualquier otro papel que no perteneciera estrictamente a nuestro rol de profesionales y psicólogos.

Esta actitud de dependencia y de búsqueda de dependencia por parte de algunos sectores de la comunidad se corresponde con estructuras de cohesión, en las cuales, tal como lo hemos planteado para los grupos, el fenómeno psicológico predominante es la participación, la identificación proyectiva-introyectiva, y no la interacción.

Hemos tratado reiterada y permanentemente de que toda dificultad y toda situación se transformara en un problema que había que investigar, y en un índice o un dato de lo que estaba ocurriendo en la comunidad.

Después de la recolección de datos y el estudio de los mismos, cada comisión redactó un informe que fue leído y discutido en una reunión total de la cátedra y de la cual se obtuvo un esquema global y una comprensión global de la estructura total de la comunidad. El objetivo siguiente fue el de planificar el

paso posterior, es decir, qué es lo que tenemos que hacer en lo sucesivo si continuamos el trabajo o el estudio de la misma comunidad.

Un momento ulterior, seguramente más tardío, es el de la evaluación de la actividad de los psicólogos en una comunidad. Hemos llegado solamente a la posibilidad de evaluar nuestro estudio piloto o nuestra tarea, en el sentido de considerar si la manera en que habíamos encarado el estudio de la comunidad, a través de las consignas y las técnicas seguidas, nos había permitido llegar a conocer problemas fundamentales y modalidades características de la comunidad, así como si nos había permitido llegar a un esquema global de la estructura de la comunidad. En este sentido, otra de nuestras reglas de trabajo es la de que ninguna conclusión es definitiva, dado que tiene que ser afinada, ajustada, rectificada o ratificada a medida que el estudio prosiga.

Ponemos énfasis especialmente sobre el *estudio* de la comunidad, ya que el psicólogo no puede actuar sobre la comunidad profesionalmente y de manera eficiente si no estudia permanentemente lo que está ocurriendo, y si permanentemente no está recogiendo indicios y datos de lo que está pasando y cómo está pasando (y lo mismo se puede decir para la psicología en el ámbito psicosocial, sociodinámico e institucional).

No exponemos más detalladamente los datos que se refieren a la comunidad misma, dado que no se han cumplido todavía, en relación con la comunidad, la difusión y la devolución de la información tal como nos lo habíamos propuesto. Y esta reseña sólo tiene el sentido de una crónica de nuestra estrategia y siste-

matización del trabajo más que el de un informe sobre la comunidad misma.

En toda la tarea de la cátedra, tanto en su organización como en la discusión y aclaración de los problemas nuevos que teníamos que enfrentar y en la realización de los trabajos prácticos, he contado con la valiosa colaboración del profesor adjunto de la cátedra, Dr. Abraam Sonis, del Dr. Armando Baulé, como jefe de trabajos prácticos y de los ayudantes Lic. Diana María Averbuj, Teresa Calvo, María Rosa Glasserman, Estela Noemí Daichman de Schujman, Fanny Levinton de Baranchuk y Nidia Dora Neira Manganó y sus auxiliares, Beatriz Adela Castillo, Rebeca Cohen, Reina Cheja, Ana María López Day y Nora Raquel Cuchuk.

PROGRAMA DEL CURSO DE HIGIENE MENTAL

(Segundo cuatrimestre de 1965)

1. Higiene e higiene mental. Psiquiatría social. Historia y concepto. Psicohigiene como rama de la higiene mental. Organismos nacionales e internacionales. Publicaciones más importantes y fuentes bibliográficas.
2. Salud pública e higiene mental. Administración sanitaria. Medicina curativa, preventiva y medicina social. Prevención primaria, secundaria y terciaria, (Caplan).
3. Objetivos de la higiene mental: terapéutica, diagnóstico precoz, profilaxis, rehabilitación y promoción de salud. Ámbitos. Estado actual de la salud mental.
4. Salud y desarrollo económico social. Subdesarrollo: sus caracteres constitutivos. Patología del subdesarrollo; sus indicadores. Subdesarrollo regional.
5. Salud y población: crecimiento y movilidad. Ciclo demográfico del subdesarrollo. Natalidad y mortalidad. Mortalidad infantil. La República Argentina y su población. Inmigración. Movilidad. Industrialización y urbanización. Patología urbana y rural. Vivienda: su relación con la salud. El problema de las enfermedades crónicas.
6. Alimentación, nivel de vida y salud. Política alimentaria. Mala alimentación y sus causas. Hambre oculto. Subalimentación.
7. Trabajo. Las funciones psicológicas del trabajo. Cambios tecnológicos y salud. Trabajo y salud mental. Automatización. Productividad, racionalización y optimización del trabajo. Taylorismo, fordismo, stajanovismo. El problema de relaciones humanas.
8. Psicosociología del cambio. Psicosociología de los conflictos y tensiones. Salud y tensión. Tensión grupal e in-

- tergrupar. Tensión internacional y salud. Prejuicio y estereotipo. Resistencia al cambio.
9. Instituciones. Concepto. Clasificación. Factores psicológicos en la dinámica de la institución. Organización formal e informal. Grupos y comunicación. Liderazgos. Conflictos. Objetivos de la institución, estructura y funciones. Institucionalismo. Hospitalismo.
 10. Comunidad. Su desarrollo y su estudio. Principios de la organización de la comunidad: concepto, métodos, recursos, programas y técnicas.
 11. Instrumentos, métodos y técnicas en higiene mental y psiquiátrica. Estadística. Método epidemiológico. Relaciones entre indagación y acción. Método operativo. Teoría de los juegos. Decisiones. Técnicas grupales. Evaluación. Planificación y programación a corto y largo plazo.
 12. Educación y salud pública. Educación en los planes sanitarios. Objetivos, métodos, motivaciones, prejuicios, estereotipos.
 13. Prioridad en los problemas de higiene mental. Campos de trabajo del psicólogo. Equipos de trabajo: formación, dinámica, roles y conflictos. Problemas derivados de la inclusión del psicólogo en los planes de psiquiátrica y salud pública.
 14. Ámbitos de actuación del psicólogo fuera de los organismos de la salud pública. Promoción de bienestar social. Su trabajo en instituciones sanitarias y no sanitarias. El psicólogo en el trabajo institucional y de la comunidad. Trabajo institucional y trabajo en instituciones. Encuadre de su tarea.
 15. El psicólogo en los problemas del desarrollo normal y patológico: infancia, adolescencia, juventud, madurez, vejez, senilidad. Crisis del desarrollo. Simbiosis madre-hijo. Problemas de recreación y ocio.
 16. El psicólogo en momentos críticos: embarazo, parto, casamiento, divorcio, muerte. Conflictos familiares.
 17. El psicólogo y los problemas del desajuste social: alcoholismo, suicidio, delincuencia. Crisis sociales. Desorganización y pánico colectivo.
 18. El psicólogo y la enfermedad. Enfermedades agudas y crónicas. Secuelas. Enfermedades mentales y sus instituciones. El psicólogo en la terapia. Psicoterapia individual y grupal. Terapia ocupacional. Legislación nacional.

JOSÉ BLEGER

Prof. titular

BIBLIOGRAFÍA DETALLADA DEL PROGRAMA DE HIGIENE MENTAL

1. HIGIENE E HIGIENE MENTAL

BLEGER, J.: El psicólogo clínico y la psicohigiene. *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina*. 8-4-1962.

BROMBERG, W.: La mente del hombre. Buenos Aires. J. Gil. 1940.

INGENIEROS, J.: La locura en la Argentina. Buenos Aires. L. J. Rosso.

LEMKAU, P. V.: Higiene Mental. México. F. C. E.

WORTIS, J.: La psiquiatría soviética. Buenos Aires. Ed. Ateneo.

ZILBOORG, G.: Historia de la psicología médica. Buenos Aires. Hachette. 1945.

BERMANN, G.: La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina. Buenos Aires. Paidós, 1965.

2. SALUD PÚBLICA E HIGIENE MENTAL

GALDSTON IAGO: "The Meaning of Social Medicine", Harvard University Press. 1954.

HANLON, J.: Elementos de administración sanitaria. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington. Publicaciones Técnicas, 1961; Cap. 1: La filosofía de salud pública.

MOLINA, G. y ADRIASOLA, E.: Principios de administración sanitaria; San Juan de Puerto Rico, 1961.

Organización Mundial de la Salud: "Metodología de planificación de un programa integrado de salud para áreas rurales". Informes Técnicos Nº 83; 1954.

SIGERIST, H.: "Landmarks in the History of Hygiene". Oxford University Press. 1956.

3. NIVELES DE HIGIENE MENTAL.

FELIX, R. H.: The Role of Psychology in the Mental Health Effort. En: Strother, C. R., *Psychology and Mental Health*. American Psychological Association. 1956. (Capítulo II).

Organización Mundial de la Salud: Informe 31. "Actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental."

RODMAN, H. y GARNEY CLARK, E.: Preventive Medicine for the Doctor in the Community.

MOLINA, G. y ADRIASOLA, E.: Principios de Administración Sanitaria. (Prólogo y Cap. 2 y 3).

4. SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO-SOCIAL

FURTADO, C.: "Desarrollo y subdesarrollo"; Buenos Aires. Eudeba. 1964.

HERSCHEL, F. J. CIBOTTI, R.: Concepto y finalidad del desarrollo económico. Buenos Aires. Revista de Desarrollo Económico, N° 1; 1961.

JAGUARIBE, H.: "Desarrollo económico y desarrollo Político". Buenos Aires, Eudeba 1964; Cap. I: El desarrollo como proceso; págs. 11-24.

GONZÁLEZ, N.: "¿Qué es una economía subdesarrollada?" Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, N° I, enero-marzo 1961.

MOLINA, G.: "Indicadores de salubridad, economía y cultura"; Revista de Salud Pública La Plata, N° 3/4. 1963.

5. SALUD Y POBLACIÓN

C.E.P.A.L.: "La situación demográfica en América Latina". Boletín Económico de América Latina; Vol. VI, N° 2; octubre 1961.

CHIOZZA, E.: "Ideas sobre una política demográfica"; Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, N° 4; octubre-diciembre 1961.

DIFRIERI, H.: "Algunas características y tendencias regionales de la población argentina"; Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, N° 4; octubre-diciembre 1962.

HAVEL, J. V.: "Habitat y vivienda". Buenos Aires. Eudeba, 1961; Cap.: "La habitación" y conclusión: "Hacia una solución tecnológica."

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico N° 225: "Higiene de la vivienda", 1961.

SONIS, A.: "Salud, medicina y desarrollo económico-social", Buenos Aires, Eudeba, 1964. Cap. II: Población; Cap. IV: Vivienda; Cap. V: Urbanización.

UNESCO: Aspectos sociales del desarrollo económico en América latina. 1962.

NACIONES UNIDAS: "Los problemas sociales de la urbanización en las regiones de economía insuficientemente desarrollada." Antología seleccionada por G. Germani y J. Graciarena. Dpto. sociología, 1961.

6. ALIMENTACIÓN

CASTRO, J.: Geopolítica del hambre. Buenos Aires, Raigal. El libro negro del hambre. Buenos Aires. Eudeba. 1964.

C.E.P.A.L.: "Una política agrícola para acelerar el desarrollo económico de América latina"; Boletín de la Cepal. Vol. VI. N° 2. Oct. 1961. págs. 1-12.

F.A.O.: "El desarrollo económico mediante la producción

de alimentos", 1962. "El estado mundial de la agricultura y la alimentación", 1961.

MASSEYEFF, R.: "El hambre", Buenos Aires, Eudeba, 1962. Organización Mundial de la Salud: "Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo." Serie de Estudios Básicos N° 12, 1963.

SONIS, A.: Salud, medicina y desarrollo económico-social. Buenos Aires. Eudeba. (Cap. III.)

7. TRABAJO.

BROWN, J. A. C.: La psicología social en la industria. México, Fondo de Cultura Económica, 1958, Cap. 9: "Frustración", Sumario y Conclusiones.

FLOYD, W. F.: WELFORD, A. T. y col.: "Fatiga y trabajo". Buenos Aires, Eudeba, 1964.

FRIEDMANN, G.: Problemas humanos del maquinismo industrial. Buenos Aires, Sudamericana, 1956.

MAYO, E.: "Problemas humanos en una civilización industrial", Buenos Aires, Galatea-Nueva Visión. 1959.

POLLOCK, F.: "Las consecuencias económicas y sociales de la automatización", en "La revolución de los robots" págs. 55-99, Buenos Aires, Eudeba, 1961.

Organización Mundial de la Salud: "Problemas de la higiene del trabajo en la agricultura". Cuarto informe del Comité Mixto O. I. T./O.M.S. de Higiene del Trabajo; Serie de Informes Técnicos N° 246.

Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 135. "Higiene del Trabajo". 1957. Informe técnico N° 183. "Problemas de Salud Mental que plantea la automatización". 1959.

WEBER, A.: "La dominación del tiempo libre", en "La revolución de los robots". Buenos Aires, Eudeba, págs. 137-155.

GUERREIRO RAMOS, A.: Relaciones humanas del trabajo. Univ. Nac. de México.

8. PSICOLOGÍA DEL CAMBIO

COSTA PINTO, L. A.: "La sociología del cambio y el cambio de la sociología." Buenos Aires, Eudeba, 1963.

Cap. VII: Problemas, tensiones y crisis sociales.

MEDINA ECHAVARRÍA, J.: "Consideraciones sociológicas sobre el desarrollo económico." Buenos Aires. Solar-Hachette. 1964. Parte III: Hacia la nueva sociedad.

MEAD, M.: Sociétés, Traditions et Technologie. Unesco. 1953.

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico

Nº 152. "Los problemas de Salud mental que plantea la utilización de la energía con fines pacíficos". 1958.

OPPENHEIMER, R.: "Ciencia y entendimiento común". Buenos Aires. Galatea. 1957. Cap. I: págs. 9-22, Cap. VI: págs. 87-99.

RUSSELL, B.: "Ciencias, filosofía y política". Cap. VII: Psicología y política.

STERN, B. J.: "Los progresos de la sociedad y la medicina". Buenos Aires. Americalee, 1944.

BERNARD, J.: "La sociología del conflicto". Universidad de México.

9. INSTITUCIONES.

BLEGER, J.: Psicología institucional (Dep. psicología).

JAQUES, E.: "Social system as defence against persecutory and depressive anxiety." En: Klein, M.: *New Directions in Psychoanalysis*. Versión castellana: Nuevas direcciones en psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1965.

YOUNG, G.: Métodos científicos de investigación social. México, 1953. (Cap. 16).

10. COMUNIDAD.

ARONOVICI, C.: "La constitución de la comunidad". Buenos Aires. Eudeba. 1965.

CAPLAN, G.: Principles of Preventive Psychiatry. (Cap. 6 y 7).

NACIONES UNIDAS: "Aspectos de los programas de desarrollo de la comunidad que guardan relación con la administración pública". Nueva York. 1960.

Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 177: "Psiquiatría social y actitudes de la comunidad". 1951.

POZAS ARCINIEGAS, R.: "El desarrollo de la comunidad". México. Univ. Nac. de México. 1964.

SCOTT, J. y LYNTON, R. P.: "Le progrès technique et l'intégration sociale" Cap. I. "Les discordances de la société industrielle." Cap. III. "Processus du maintien et de la formation des communautés: étude de deux cas particuliers." Unesco. 1953.

YOUNG, P.: Métodos científicos de investigación social. México, 1953. (Cap. 17 y 18).

11. INSTRUMENTOS, MÉTODOS y TÉCNICAS

ARONOVICI, C.: "La construcción de la comunidad". Cap. 15. "Indagación e investigación". Buenos Aires. Eudeba, 1965.

BRADFORD HILL, A.: "Principios de Estadística Médica". Cap. 15. Buenos Aires. 1957.

EDDISON, R. T.: *Applications sociales de la recherche operationelle. Science et société*. Impact. IV. 2. 1953.

HORWITZ, J.: "El uso del método epidemiológico en psiquiatría." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 1, N° 6.

LIU, TSUNGYI y STANDLEY, C.: "Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría". Cuadernos de Salud Pública. N° 16-196.

LUNDBERG, G.: "Técnica de la investigación social". México, Fondo de Cultura Económica.

Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 185. "Epidemiología de los trastornos mentales."

REID, D. D.: "Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales." Cuadernos de Salud Pública. N° 2. 1964.

YOUNG, P.: Métodos científicos de investigación social.

STERN, E.: La psicoterapia en la actualidad. Buenos Aires, Eudeba.

12. EDUCACION Y SALUD PUBLICA.

HAVIGHURST, R.: La sociedad y la educación en América latina. Buenos Aires. Eudeba, 1962.

MOREIRA, R.: "Educación y desarrollo"; Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, enero-marzo 1961, N° 1.

Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 58, "Infancia físicamente disminuida."

Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 177. "Psiquiatría social y actitudes de la colectividad."

REISSIG, L.: "Educación y desarrollo económico", Buenos Aires, Losada, 1961. Problemas Educativos en América Latina. Buenos Aires, Eudeba. 1963.

ROMERO BREST, G.: "Proposiciones para el planteamiento integral de la educación", Revista de la Univ. de Bs. Aires, Año VI, N° 4; octubre-diciembre 1961.

WALL, W. D.: *Education and Mental Health*. Unesco. 1955.

Unesco: "Nuevas tendencias de la educación de adultos". H. M. Hely. 1962.

Unesco: Educación sanitaria. Estudios y documentos de educación N° 19.

13. PRIORIDAD EN PROBLEMAS DE HIGIENE MENTAL.

MOLINA-ADRIASOLA: Principios de Administración Sanitaria. (Cap. II).

- BLEGER, J.: "El psicólogo clínico y la psicohigiene", *Actas Psiquiátricas y Psicológicas Argentinas*. 8.4.1962.
Organización Mundial de la Salud: Informe técnico N° 9. Comité d'Experts de la Santé Mentale.
14. **ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO**
BLEGER, J.: Psicología institucional. Public. del dep. psicología de la Facultad de Fil. y Letras de Buenos Aires.
CAPLAN, G.: *Principles of Preventive Psychiatry*: "Un programa de prevención primaria" y Capítulos 6 y 7.
15. **PROBLEMAS DEL DESARROLLO.**
LEMKAU, P. M.: Higiene mental. México. Fondo de Cultura Económica. (Parte 2ª).
YOUNG, K.: *Personality and Problems of Adjustment*. Routledge Kegan Paul Ltd.
Cuaderno de Salud Pública N° 24: "El cuidado del niño en las guarderías".
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico 171. "Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez."
BOWLBY: Cuidados materiales y salud mental. Organización Mundial de la Salud.
Organización Mundial de la Salud: Informe técnico N° 70. "Adopción."
Unesco: "Nuevas tendencias de las organizaciones de la juventud" (N° 33).
16. **EL PSICÓLOGO EN LAS CRISIS**
YOUNG, K.: *Personality and Problems of Adjustment*.
CAPLAN, G.: *Principles of Preventive Psychiatry*. Nueva York. Basic Books. (Apéndice B para conflicto familiar).
Crisis: ídem.
LINDEMANN, E.: "The Nature of Mental Health Works as a Professional Pursuit." En: Strother, C. R.: *Psychology and Mental Health* (Apéndice A).
17. **EL PSICÓLOGO Y LOS PROBLEMAS DE DESAJUSTE SOCIAL.**
GIBLINS, T. C.: "Tendencias actuales de la delincuencia juvenil." Cuadernos de Salud Pública N° 5. 1964.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 131. "Asistencia médica y social a los toxicómanos." 1957.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 42: "Higiene mental." Alcoholismo. 1953-54.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N° 9. Comité d'Experts de la Santé Mentale.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico N°

248. "El peligro de las radiaciones en relación con otros riesgos para la salud."

Report of the Narcotics Conference at University of California: "Contradictions in addiction". 1963. Public Health Reports. Agosto 1963. Vol. 78 - Nº 5.

Report of the Committee on Maladjusted Children: Ministry of Education. Londres, 1958. Cap. IV. "The Nature, Symptoms and Causes of Maladjustment".

SYKES, G.: "El crimen y la sociedad." Buenos Aires. Paidós. 1963.

ZAMORANO, M. y MUÑIZOGA, C.: "Crimen y alcohol." Universidad de Chile. 1963.

ZOLLA, E.: "Antropología negativa." Buenos Aires, Sur, 1961. "Las regresiones en la droga."

18. EL PSICÓLOGO Y LA ENFERMEDAD

BLEGER, J.: "El psicólogo clínico y la higiene mental." *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina*. 8.4.1962.

HARPER, R. A.: 36 sistemas de psicoterapia. (Cap. VI y IX.)

JONES, M.: "The Concept of a Therapeutic Community." En: *Psychopatology*. Editado por Reed, Alexander, Tomkins. Harvard Univ. Press, 1958.

Legislación Nacional sobre Psicoterapia (Publicación del Dep. de psicología de la Fac. de Fil. y Letras de Buenos Aires.)

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 134. "El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental." 1957.

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 73. "El hospital psiquiátrico en la comunidad." 1953.

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 177. "Psiquiatría social y actitudes de la colectividad." 1959.

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 5. "El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental".

Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 31. "Actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental".

RODRIGUÉ, E.: *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires, Eudeba, 1965.

STERN, E.: *La psicoterapia en la actualidad*. Eudeba, (Cap. X.)