



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Memoria de Titulación

La enfermedad mental y el rol del terapeuta desde el construccionismo social

Del objeto al sujeto y del monólogo al diálogo.

Memorista.

Claudio Reyes Vera.

Profesor Patrocinante:

Felipe Gálvez Sánchez

Resumen.

La siguiente memoria teórica, camina por algunos de los senderos que la posmodernidad y el socioconstruccionismo han abierto entre los pliegues de la postura cientificista moderna. Se revisan las implicancias que el discurso moderno ha tenido sobre las disciplinas psi, específicamente en lo que respecta a la medicalización, psicologización y patologización del sujeto. Finalmente se revisa la relación política existente entre el terapeuta y el objeto de la disciplina en un ámbito psicoterapéutico, haciendo una invitación hacia el desarrollo de una relación terapéutica dialógica en miras a la toma de consciencia, autonomía y liberación discursiva de los sujetos.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	3
CAPITULO 1: Construccinismo social y posmodernidad.	9
Posmodernidad y construccionismo	10
Escepticismo y verdad	13
Relevancia del contexto histórico y del contexto cultural.	16
Acerca del diálogo.	18
CAPITULO 2: Salud mental: Patologización, medicalización y psicologización	21
Saber y disciplinas <i>psi</i>	22
Salud y enfermedad.	23
Medicalización y patologización	27
Psicologización	29
CAPITULO 3: Posición del terapeuta: Autonomía y libertad	33
La posición del terapeuta en la posmodernidad	38
Hacia una psicología de la liberación.	42
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA	50
AGRADECIMIENTOS	56

INTRODUCCION

Algunas de las problemáticas que viven las personas, sobre todo aquellas que son explicables desde un punto de vista psicológico, los lleva a buscar algún tipo de ayuda. Para arreglar nuestros autos, por ejemplo, no hay muchas preguntas, para eso tenemos a los mecánicos; para solucionar los problemas con la ley tenemos abogados, así mismo existen para reír los humoristas, para cocinar los chefs, para hacer casas los arquitectos, constructores y otros especialistas. De la misma, forma para nuestras quejas emocionales se piensa que tenemos a los psicólogos, psiquiatras y otros especialistas. Esta especialización histórica de las actividades es muy adecuada a nuestra forma de vivir, ya que en ciertos sentidos permite ordenarnos y saber cómo actuar, disminuir la molesta incertidumbre, ya que difícilmente se le pedirá ayuda para construir la casa al abogado o que le arregle el auto el chef, así como tampoco pediremos que nos ayude con nuestros problemas emocionales alguien que no tenga algún tipo de experticia en lo psicológico.

Visto así el tema parece ser bastante simple, es decir, si se tiene un problema psicológico se debe acercar a un especialista para que este use las técnicas que posee y *arregle* los problemas tal como el mecánico le soluciona los problemas al auto. Pero si uno lleva el auto a distintos mecánicos y cada uno de estos le da distintas explicaciones al hecho de que el auto no quiera arrancar, ¿Qué haríamos con el auto finalmente? Seguramente estaríamos en una encrucijada difícil de superar, por suerte rara vez pasa esto y ya sea se trate de un cambio de bujías o una recarga a la batería, lo importante es que al día siguiente estemos sin ningún problema conduciendo nuestro automóvil en la calle. Lo mismo pasará con el abogado, el chef, los arquitectos y otros tantos especialistas. Sin embargo con los especialistas de la Salud Mental esto no sucede. Un mismo problema puede ser entendido de forma totalmente distinta según el enfoque al que el especialista adscriba, así también la problemática puede tener múltiples abordajes entre distintos enfoques, puede estar determinada la lectura a partir de la institución a la cual se está solicitando el servicio, según la disciplina dentro de la cual se trabaje e incluso un mismo terapeuta/operador social puede entender de distintas formas un misma problemática según quién se lo relata.

Sin duda, no necesariamente es un problema del especialista el que no sepa cómo diagnosticar de buena forma a quien consulta, tampoco se puede pensar que necesariamente es un problema de las personas el no saber explicarse bien y hacer caer

a estos especialistas en lo que podríamos llamar un error. Sin embargo, se puede tener un alto nivel de certeza que la forma de abordar y entender el problema psíquico será muy distinto según el día, la hora, si está nublado o si alguna de las personas que están en la relación terapéutica no tuvo un buen día.

Lo anterior, no parece contradecir mayormente los históricos procedimientos que han utilizado las disciplinas *psi* en el abordaje de las temáticas de índole mental, teniendo así, que la evaluación/revisión/consideración de lo mental y las intervenciones que se actúan sobre las personas desde la Psicología, siguen gozando de un espacio de autoridad y verdad a la hora de entender *lo que le pasa* al individuo en su existencia, sus sufrimientos, sus alegrías, sus relaciones.

Sin embargo ya desde hace bastante tiempo y con fuerza, han estado apareciendo voces críticas del trabajo desde una lógica científicista desarrollado por las disciplinas *psi*, llegando al punto de definir a la psicología como una disciplina en crisis, (Cornejo, C., 2005) esta crisis devendría del cuestionamiento del status científico de la disciplina y la inadecuación de la metodología característica de las ciencias naturales, al objeto de estudio de la psicología (el sujeto). Además de lo anterior, existe una creciente crítica a la verdad de la que es poseedora la psicología sobre el ámbito de lo psicológico, del status que goza el especialista de la salud mental y en general la verdad de la que la Ciencia es poseedora. (Díaz, E., 1994, Ibáñez, T. 2005, 2001, Foucault, M. 1991).

Desde esta mirada, múltiples han sido los focos en los cuales han sido confrontadas las disciplinas psicológicas en los últimos años, ejemplos de ello son las divergencias teóricas, éticas y epistemológicas respecto al concepto de Enfermedad Mental (Márquez, S. & Meneu, R. 2003; Robledo, H., 2006; Moya, j., 1999; Martín, F., 2006), existiendo discusiones acerca de la existencia de un correlato fisiológico explicativo de las enfermedades mentales, la consecuente medicalización y patologización de estas, o bien perspectivas más drásticas que inclusive ponen en duda su propia existencia (Szasz, T., 1989, 1974 ; Guinsberg, E. 1996, 2001). Además de esto, se ha visto cuestionado el rol del *especialista* en Salud Mental, respecto de la función normalizadora que este cumple o

bien, en relación al foco de acción en su tratamiento¹. El posicionamiento de la disciplina se ha puesto en entredicho en la forma de presentación de los enfoques y su evaluación². La discusión ha logrado extender los límites de la disciplina siendo cuestionada la sociedad en general, en este sentido se ha llegado a teorizar sobre la llamada sociedad patologizada (Jauregui, I & Méndez, P., 2006; Byington, C.2003), la sociedad del riesgo (Beck, U., 1998), una psicologización de la vida cotidiana (Fariña, V., 2007) o alto nivel de individualismo, por ejemplo.

Estos cuestionamientos no son de ninguna manera aislados y se podría hablar en la actualidad de un ejercicio de deconstrucción de las disciplinas científicas en general, partiendo en la mayoría de los casos, en una actitud de sobre atención a la epistemología de las disciplinas, a través de la consabida, pero fundamental, crítica a la existencia de una verdad absoluta y a la imposibilidad de la objetividad, que es precisamente el eje fundamental del método científico. (Ibañez, T., 2001; Gergen, K., 2006; Maturana, H & Varela, F. 1995)

Esta complejidad es analizada desde diversos autores en la actualidad. Para los efectos de esta primaria revisión, no se considerarán, debido al foco de análisis, muchas de las interesantes discusiones epistemológicas, optando por un marco referencial más global desde la crítica que representa el pensamiento posmoderno, el cual según Botella, Pacheco & Herrero (1999) “*refleja las nociones de pérdida de fe (Polkinghorne, 1992), incredulidad (Lyotard, 1993), ambivalencia (Bauman, 1993), e increencia (Anderson, 1990) hacia el programa de la modernidad*” (Botella Et all, 1999.Pág. 2).

La posmodernidad³, sus nuevos enfoques, sus nuevas teorías y los nuevos marcos epistemológicos, han generado una visión distinta del sujeto, de la sociedad, del rol del

¹ Para una mejor revisión se sugiere revisar los libros *Saber y Verdad* o bien *la vida de los hombres infames* de Michelle Foucault. En el caso del foco de acción en el tratamiento en Salud Mental una muy buena revisión es la que desarrolla Robert Kugelman en *health in the light of a critical health psychology*

² Para mayor detalle véase: “Historia de la terapia familiar” (2006) de Dario Toffanetti y Paolo Bertrando.

³ La Posmodernidad se entenderá desde ahora como aquel proceso mediante el cual se pone en cuestionamiento la razón e ideales modernos, derivando en la concepción de Multiplicidad de identidades y multiculturalidad, además del cuestionamiento a los metarelatos y a una realidad única, lo que produce una relativización de la vida en la actualidad, es importante destacar la existencia también de la disolución de las fronteras a través de la evolución de las tecnologías de la comunicación. Puede desarrollarse una mejor revisión en Lyotard, J. (1984). *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra.

terapeuta, de la psicología en general. Siendo para esta revisión especialmente importante aquellas nuevas visiones que buscan contribuir a la crítica que se viene arrastrando, respecto de la individualización (y la explicación mentalista) de los problemas psicológicos. Aquellas aproximaciones que, en vez de esto, pretenden una explicación relacional de las problemáticas. En este último ámbito un considerable avance al respecto, lo ha proporcionado los modelos narrativos (Epston, D. y White, M., 1993) y la perspectiva dialógica (Shotter, J. 2000; Billig, M., 1997) en la búsqueda de despatologizar, desindividualizar y construir alternativas terapéuticas acotadas al individuo y surgidas desde él. Sin embargo, se propone que la existencia de enfoques psicoterapéuticos, que optan por posicionar las temáticas del sujeto en el campo relacional, no son suficientes sin la comprensión del terapeuta a sí mismo, como un sujeto político autónomo, ya que finalmente es él quien debe repensar la situación propia y de su objeto, y los discursos sociales que oprimen y liberan a la persona.

La presente memoria, de carácter teórico, busca ofrecer un diálogo entre la actual situación que nos presenta la posmodernidad: el socioconstruccionismo y los nuevos enfoques terapéuticos posmodernos, en torno a la posición del terapeuta y las consideraciones que se tengan acerca del concepto mismo de enfermedad mental. Una posición del terapeuta como sujeto ético/político, como sujeto dentro de un marco social y como sujeto en relación dentro de un espacio terapéutico e integrante de este sistema.

Para lograr tal cometido la siguiente memoria se plantea en tres capítulos igual de importantes para las conclusiones finales pero independientes entre sí. 1) Un encuadre dentro de los márgenes propuestos por la posmodernidad y del socioconstruccionismo. En este punto se analizarán los fundamentos construccionistas de Historicidad, Cultura y Diálogo, esto en relación a la posición actual del terapeuta y al concepto de enfermedad mental, además de analizar la crítica posmoderna a la Verdad. 2) Un análisis centrado específicamente en la relación entre lo psicológico y la modernidad, analizando la medicalización, patologización y psicologización como tres aspectos claves, producidos por la idea de una Verdad incuestionable alojada en manos de la ciencia. 3) Para concluir, se realizará un análisis de la posición del terapeuta en vista a la liberación del sujeto, en este sentido, se examinará la posición del terapeuta como sujeto político, que, en su labor terapéutica, es capaz de optar por el desarrollo de un trabajo hacia la toma de consciencia del sistema consultante, en el contexto de la enfermedad mental y en la concepción

holística de vida de los sujetos, abriendo los caminos hacia la desindividualización de los problemas psicológicos, en miras de lo que en algún momento fue nombrado como psicología de la liberación. Aquí también, se desarrollarán los conceptos de autonomía, posicionando al terapeuta como eje fundamental hacia el desarrollo de una ciencia y una sociedad igualitaria.

El marco de referencia antes mencionado, no tratará las distinciones entre los distintos enfoques posmodernos en psicoterapia, sino que buscará desarrollar un continuo entre lo que propone la posmodernidad, la visión del sujeto, la terapia y la relación terapéutica sin detenerse mayormente en la praxis clínica. Esto será muy relevante para lograr abarcar diferentes formas de entender una “realidad psicológica” más que analizar los efectos de lo anterior en la praxis.

La presente revisión por tanto centra su pregunta sobre ¿Cuáles deberían ser las premisas básicas del terapeuta, dentro de un marco relacional, que movilicen un trabajo psicoterapéutico reflexivo, responsable y horizontal?

La pertinencia de esta revisión se relaciona con lograr reposicionar al sujeto, movilizándolo a aquel individuo que padece su propia existencia, buscando, en oposición a eso, constituir un sujeto que reescribe su vida enmarcando y aprehendiendo su drama a partir de su cotidianidad. Para esto es necesario, el desarrollo de material crítico que permita consultarle a la disciplina, respecto de algunos temas todavía no declarados. En este sentido el subtítulo *del objeto al sujeto y del monólogo al diálogo* cobra múltiples sentidos. Una primera motivación reside en el desarrollo de un análisis crítico a la psicoterapia moderna de base individualista, esto, en búsqueda de descentrar los problemas psicológicos del individuo, a las relaciones sociales que los sujetos establecen, es decir, plantear el trabajo psicoterapéutico con la clara voluntad política y ética de externalizar los problemas que suelen aquejar al individuo, llevando al plano de las ideas de orden sistémico el entendimiento psicopatológico. Un segundo objetivo es lograr generar un análisis teórico enmarcado dentro de los límites de las Ciencias Sociales pero que logre trascender de él, siendo este paso a nuestro entender trascendental para lograr generar un debate que pueda soslayar la visión científicista de la realidad, buscando deconstruir el discurso parcializado que la medicina ha generado sobre la problemática generada por las explicaciones mentalistas.

Invitaremos a nuestras conversaciones y elucubraciones respecto al tema, al resto de la sociedad, sociedad tan ampliamente olvidada en el plano científico y tan erradamente acallada por la objetividad. Será por tanto eje de esta memoria la utilización de un lenguaje que posibilite su comprensión tanto por el mecánico, el abogado, el chef, el constructor y por supuesto el especialista de la salud mental

Así también la relevancia de esta investigación bibliográfica radica en la posibilidad de desarrollar una crítica a la posición del terapeuta desde un marco socioconstruccionista, esto busca ser un aporte en el proceso narrativo de construcción, deconstrucción y deformación de los significados y las prácticas terapéuticas, proceso que buscará enriquecer el debate por sobre las carencias que, a nuestro entender, tiene el tratamiento meramente médico de la Enfermedad Mental. Esto permitirá entrecruzar las distinciones lingüísticas que generan “realidades”, realidades en las que nos desenvolvemos y en las que cobran sentido nuestras prácticas. Especialmente aquellas que derivan en el ámbito clínico.

La proyección específica de este trabajo se enmarca en la organización del seminario **“Diálogos, política y praxis: una aproximación reflexiva al concepto de Enfermedad mental”** a realizarse en octubre del año 2009, con participación de un consorcio de 6 universidades⁴, entre ellas la Universidad de Chile y con invitados internacionales: Dora Schnittman, Karl Tomm, Marcelo Pakman y John Shotter. Dicha producción académica servirá de insumo para la generación de esta memoria, así como también esta memoria servirá de insumo para tal evento.

Así definido el trabajo, los objetivos generales son tres: [a] enmarcar al socioconstruccionismo y la posmodernidad como discursos críticos respecto de la modernidad. [b] problematizar las repercusiones que ha tenido el posicionamiento del discurso científico dentro de las disciplinas psi, en cuanto a la vida y conceptualización de los sujetos. [c] presentar argumentos y posibles consecuencias, relacionadas al entendimiento del terapeuta como un sujeto político y del espacio terapéutico como espacio micro político.

⁴ Universidad Mayor, Universidad Católica de Chile, Universidad Central, Universidad Católica Silva Henríquez y la Universidad Adolfo Ibáñez.

CAPITULO 1: Construccinismo social y posmodernidad.

Con el surgimiento de la modernidad hace un par de siglos comenzó una época de esplendor para la cultura de occidente. Se alcanzaron avances extraordinarios en amplias esferas de la existencia del hombre y la mujer, se lograba enviar información de un polo a otro en pocos minutos, se generaron grandes avances en el ámbito de la medicina, logrando controlar un gran número de las enfermedades que habían devastado a grandes partes de la población un tiempo atrás, se creó el ferrocarril con lo que las distancias se acortaron considerablemente, así como muchos de los actuales objetos que nos facilitan nuestras vidas hoy. Gran parte de, sino casi todas, estas conquistas del hombre, fueron posibles gracias al intento del ser humano de salir a aprehender y controlar los hechos de la naturaleza.

Para lograr esto y poder aprehender la Realidad la Ciencia generó métodos por los cuales pudiese acceder a ella con independencia del observador, de esta forma éste podría mediante el método y su experticia acceder a la Realidad tal cual es. Estas descripciones de la Realidad se pasaron a llamar descripciones objetivas de la Realidad, es decir, que se lograba llegar a una aprehensión del objeto en la Realidad tal cual era sin la indeseada interferencia del investigador. Estos científicos se fueron uniendo entre sí y generaron una comunidad científica, Esta comunidad científica fue compartiendo sus hallazgos y generando un cuerpo de conocimientos objetivos, los que luego fueron articulando lo que se supuso como Verdad para la Ciencia. Poco tiempo después este *corpus* de información se constituyó en *La Verdad*, es decir la explicación real de los sucesos y fenómenos que ocurrían en la Realidad y que fueron compartidos por el resto de la sociedad en que la Ciencia tenía injerencia. Esto sin duda permitió que la incómoda incertidumbre y el caos fuesen quedando de lado al lograr articular el conocimiento en una institución que era capaz de llevar a cabo los ideales de Progreso mediante la Razón y que era capaz de generar un discurso de la realidad antropocéntrico. La generación del discurso científico y de un lenguaje propio permitió a la Ciencia alejarse de las otras tradiciones antes imperantes, así como del sentido común que no se regía por el método científico para aproximarse a la Realidad.

Es importante destacar que antes de que la Ciencia lograra hacerse de la Verdad mediante la objetividad, ésta igualmente existía y era poseedora de ella la Iglesia, la cual, al igual que la Ciencia tenía un discurso que le era propio, un lenguaje que reafirmaba su

discurso, un conjunto de prácticas que le eran asociadas y una forma de acceder a la realidad. Por tanto, antes de que la Ciencia existiese también la Verdad existía y también era un grupo, privilegiado sin duda, el que poseía las metodologías particulares que les permitían acceder a ella⁵.

La modernidad, el progreso y el uso de la razón fueron indispensables para que el ser humano pudiese disfrutar de las comodidades de las que ahora goza, viajes ultrasónicos, internet, una red de comunicación casi infinita y la salud que tenemos. Por tanto cabe preguntarse ¿Cómo es posible que un grupo de sujetos critique la tan loable labor desarrollado la Ciencia?

Posmodernidad y construccionismo

Sin duda es complejo ponerse en contra de los avances científicos y más aún negarlos, ya que fácilmente podría rebatirse afirmando, por ejemplo, que la penicilina existe y que ha ayudado a la salud de millones de personas o que los computadores también existen y que sin ellos seguramente esta memoria no sería posible. Por lo que es fundamental aclarar que ese no es el tema a poner en cuestión. El tema del análisis se centrará en la Verdad científica, es esa “V” con mayúscula la cual es pertinente poner en entredicho.

Las voces que se han alzado contra esta Verdad y su uso han sido múltiples y principalmente han surgido desde las Ciencias Sociales⁶, para efectos de este análisis centraremos nuestra visión desde el construccionismo social. La articulación de la crítica a la Verdad científica desde este paradigma se centra principalmente en dos ejes: primero

⁵ Para una revisión sobre este punto se sugiere revisar el libro “tópicos y realidades de la edad media”, cuyo coordinador es Eloy Benito Ruano, donde a través de varios ensayos se genera una perspectiva panorámica de la Edad Media.

⁶ Muchos son los espacios en que la Realidad y la Verdad objetivas han sido criticadas. Para una revisión en profundidad a otros autores se sugiere revisar: a **Jean Baudrillard** que critica desde lo que él denomina hiper realidad, **Daniel Bell** que crítica desde la relación entre historia y la Ideología, **Michael Foucault** que critica desde la lógica del poder, **Clifford Geertz** el cual hace un análisis cultural y de método desde la antropología, por su parte un análisis muy interesante entre verdad y modernidad es el desarrollado por **Jurgen Habermas**, es importante también el desarrollo de **José Ortega y Gasset** desde el Perspectivismo, así como también **Ludwig Wittgenstein** y el análisis de la realidad desde el lenguaje. Estos autores solo son una orientación hacia un mayor análisis dentro de las ciencias sociales, de ningún modo representa un análisis exhaustivo de la amplia gama de críticas realizadas a las construcciones antes mencionadas.

la existencia de una realidad que es independiente de los sujetos y segundo que mediante la objetividad podemos acercarnos a la realidad y conocerla tal cual es (Ibáñez, T., 2001; Shotter, J., 2000). Analicemos como desde el construccionismo social se articula tal crítica.

Es innegable afirmar que la realidad existe, el termino realidad es en todas sus palabras real, no es posible negar al objeto como objeto que es, por lo mismo no es posible desde una postura defendiblemente sensata decir que la mesa no es una mesa o que el sufrimiento no existe, porque si existe y seguramente todos lo han vivenciado alguna vez. Sin embargo, aceptar lo antes mencionado es muy distinto a afirmar un objeto como Real, es decir que existe de una única forma y que es igual para todos, y que además uno puede operar como especialista para la comprensión de tal Realidad, pensando que el método propio para poder comprender tal objeto es mejor que las otras múltiples aproximaciones que se puedan hacer a él. Por ejemplo, puede que alguien (o varios) sea capaz de definir el sufrimiento como una pauta de emociones específica con tal o cual característica que es única e igual para todos. En este sentido es imposible decir que el sufrimiento es irreal, lo que sí es posible decir es que el sufrimiento depende de la persona que lo vivencia, y que la forma de vivenciarlo dependerá de una gran cantidad de características que hacen específico ese sufrimiento a la persona que lo padece. Si seguimos con el sufrimiento podríamos decir muchas cosas, en este caso serán solamente tres los casos que utilizaremos para ejemplificar lo anterior, [1] la concepción de sufrimiento es distinta en distintos lugares del mundo, así seguramente nuestra forma de entender el sufrimiento es diferente a muchas comunidades Africanas, de esta forma si un día comemos menos de lo común podríamos decir que sufrimos hambre, sin embargo lo comido en ese día puede ser para una persona sumida en la pobreza y la hambruna en África todo un festín. [2] la concepción del sufrimiento, es particular al momento histórico en que se desarrolla el fenómeno, así, si a cualquier persona que conozcamos se le muriese un hijo podría, y sería totalmente comprensible, que se viese sumido en un muy profundo sufrimiento del cual sería probable que no se recuperase jamás, sin embargo existen escritos de la época del siglo XVII y XVIII en Francia e Inglaterra, en que se comenta la muerte de los hijos en las familias describiendo que tal hecho no significaba necesariamente un efecto emocional en la persona, ya que los hijos nacían en pecado y por lo tanto significaban *un fastidio insoportable*. (Badinter, E., 1981). Por lo que podríamos suponer que la gente de esa época no sufriría necesariamente por la muerte

de un hijo. [3] La concepción del sufrimiento es distinta según la realidad individual de la persona es un momento específico, así, en nuestras épocas de colegio una nota cinco podía significar sufrimiento si se había estudiado durante mucho tiempo para la prueba o si la persona que lo recibía era el alumno destacado, sin embargo la misma nota en la misma prueba podría ser una razón de felicidad o alivio para un niño que no estudio o que peligraba repetir de curso si no sacaba una nota aprobatoria.

Qué nos dice el construccionismo social respecto a los ejemplos antes mencionados, primero nos diría que dentro de los ejemplos antes mencionados no es posible saber si un hecho es positivo o negativo a priori, por lo que no podríamos saber la naturaleza de un hecho de forma causalista (es decir esto produce esto) o con independencia de la posición del sujeto que lo siente y que por tanto el sufrimiento a pesar de ser real, es decir que existe y que todos lo hemos vivenciado, no es Real, es decir no podemos decir que el sufrimiento deriva de ciertos procesos, bajo tales pautas o que será causado por ciertos eventos. Siguiendo a Ibáñez (2001) *“sostener que la realidad existe con independencia de nuestro modo de acceso a la realidad es una ingenuidad, hoy por hoy, insostenible”* (Pág. 234)

Ahora bien sobre el tema de la objetividad⁷, siguiendo a Von Foerster *“La objetividad es la ilusión de que las observaciones pueden hacerse sin un observador.”* (Von Foerster, H., 1973, citado en Von Glasersfeld, E., 1994. Pág 1). La modernidad y la Ciencia para lograr generar lo que denominaron objetividad, tuvieron que diferenciar por un lado al objeto y por otro al sujeto, esta dicotomía se basaba en la existencia de una realidad que existía independiente del sujeto en el mundo. (Cambra, J., 2002). Esta dicotomía ha sido puesta en entredicho principalmente en el área de las Ciencias Sociales (Morín, E., 1995), aunque tenemos gran evidencia emanada desde la física cuántica y otras disciplinas que cuestiona la independencia entre sujeto y objeto⁸. A pesar de lo contundentes que nos

⁷ Comprenderemos por objetividad la afirmación de la existencia de los objetos con independencia de un observador, es decir la afirmación de que objeto y observador son independientes en su relación.

⁸ No es relevante para esta memoria entregar argumentos complejos sobre el cuestionamiento de Realidad científica, sin embargo para un mayor detalle pueden buscarse los interesantísimos avances surgidos desde la física cuántica respecto al tema. Especialmente los relacionados con la dualidad onda-partícula de Bohr, los principios de Indeterminación de Heisenberg, el concepto de superposición de estados el cual Schrödinger represento magistralmente en su experimento del gato imaginario y el principio de no separabilidad. Incluso si desea embarcarse en aspectos más complejos desde el paradigma Realista, desde

puedan parecer las aproximaciones cuánticas en el plano de la investigación social, casi no existen dudas de la imposibilidad de objetividad, en el caso de las ciencias sociales el experimentador en el caso de aproximarse a cualquier objeto, está siendo reflejado por su misma observación, (él es parte del objeto observado, él es parte de lo social). Y además en las continuas aproximaciones que el sujeto hace a los objetos sociales, hace una aproximación desde un conjunto de valoraciones sobre los objetos (Muñoz, J., 2002), estas valoraciones pueden ser analogables a la realidad individual sobre los hechos. Por tanto cualquier descripción que se realice del objeto, no tiene valor desligada de la subjetividad de quien los percibe, que es quien puede conceptualizarlos, ponerlos en relación, interpretarlos.

“De ahí que el conocimiento de lo Real no pueda ser desvinculado de la apreciación subjetiva, y en consecuencia, de la capacidad valorativa del hombre.” (Ídem, Pág. 7).

Las dos críticas antes mencionadas pueden parecer irrelevantes en un contexto más amplio que el del debate científico, sin embargo como se verá más adelante es fundamental en la comprensión cultural, social, histórica y relacional de los fenómenos psicológicos.

Escepticismo y verdad

La desconfianza en la modernidad y la ciencia en la actualidad se refleja en varios ámbitos, siendo el escepticismo generalizado al concepto de Verdad, uno de los más notables. Esto es observable en las suspicacias que producen en la actualidad los grandes relatos (metarelatos) de la historia de la humanidad construidos por la modernidad, en este ámbito se han puesto en cuestión la idea de progreso y hasta la razón misma se ha visto cuestionada (Lyotard, J., 1984)..

una aproximación medianamente simplificada, se sugiere revisar el texto de Pablo Cazau (1995) llamado “la teoría del caos”, disponible en http://galeon.com/pcazau/artfis_caos.htm

Esta crítica a los ideales de la modernidad se ve potenciada a la luz de las grandes barbaridades que presenció(a) el mundo y de los cuales aún quedan huellas. El holocausto, las bombas en Hiroshima y Nagasaki, el desastre de Chernóbil, el hambre que afecta a vastísimas regiones del globo, la tecnificación militar, entre otros. Estos hechos sin duda alimentan las especulaciones sobre la idea de progreso prometido por el proyecto moderno. Este escepticismo es entendible como parte de un movimiento al que algunos autores han llamado Posmodernidad, la cual podría ser caracterizada como un discurso y un “*marco de racionalidad*” (Mires, F., 1996, en Ledezma, N., 2005) mediante el cual se pone en cuestionamiento la razón e ideales modernos, derivando en la concepción de Multiplicidad de identidades y multiculturalidad (Gergen, K., 2006), además del cuestionamiento a los metarelatos y una realidad única, lo que produce una relativización de la vida en la actualidad.

Así la posmodernidad podría ser definida bajo las concepciones de indeterminación, anti naturalización, anti esencialismo, anti dicotomización, y entendida como una renuncia a la trascendencia, un orden único y universal, y a la diferencia entre sujeto y objeto. (Ledezma, N., 2005; Lyotard, J., 1984).

La fulguración discursiva y las prácticas que las sustentan, han puesto a la posmodernidad en la situación de tener que dar sentido y sustento a las nuevas perspectivas que promueve, siendo en este plano una de sus variantes mayormente desarrollada la del socioconstruccionismo.

El socioconstruccionismo es definido como una postura y como un movimiento, surgido bajo la necesidad de dar una comprensión abarcativa desde un enfoque social a los hechos individuales, plano renegado por el cientificismo. Iñiguez (2005) define la postura o movimiento construccionista como difícilmente definible, sin embargo articula ciertas características que le son propias,

“antiesencialismo (las personas y el mundo social somos el resultado, el producto, de procesos sociales específicos); relativismo (la “Realidad” no existe con independencia del conocimiento que producimos sobre ella)... el cuestionamiento de las Verdades generalmente aceptadas... determinación cultural e histórica del conocimiento, y el papel conferido al lenguaje en la construcción social de la realidad (Iñiguez, L., 2005. Pág. 2)

Tras una primera mirada podría decirse que el socioconstruccionismo es el correlato aplicado de la posmodernidad.

Para el construccionismo la Realidad podría definirse como una narrativa exitosa. Es decir como un discurso que existe como verdad solo porque se habla de él como si fuese verdad (Vásquez, A., 2006). El éxito de la narrativa en cuestión, es decir la verdad, se encuentra condicionada por las contingencias históricas y culturales en las cuales tal discurso es entendido como más cierto que los otros discursos posibles, atendiendo además al carácter, siempre interpretativo de tal realidad (Iñiguez, L., 2005). Por lo tanto, se plantea la co-existencia de múltiples realidades, las cuales son contextuales y acotadas a cada sujeto o/y grupo de sujetos. La adopción de esta postura se ha llamado peyorativamente por parte de los críticos de este enfoque como “relativismo”, sin embargo puede suponerse que este cartel no es negativo a priori, sino que es tal en cuanto existe un desarrollo histórico en el cual la razón y la Verdad han poseído el sitio de poder, por lo que Ibáñez (2001) llama a aceptar por parte del socioconstruccionista tal posición “relativista” y utilizarla (relativizarla) más que defenderse del ataque que supone tal construcción discursiva en nuestra sociedad.

Lo que nos propone el socioconstruccionismo es que la construcción de verdades se dan en el juego entre múltiples narrativas en pugna por posicionarse con verdad y que el éxito de una narrativa sobre otra, siempre será determinado por el contexto histórico y el contexto cultural en que las distintas narrativas en juego son convertidas en certeza (Ibáñez, T. 2001), esto es especialmente relevante en nuestro contexto, ya que las narrativas exitosas en obtener la Verdad a nivel social, han sido principalmente las concebidas al alero de la ciencia.

El socioconstruccionismo además pone en relieve la función del diálogo como medio para llegar a acuerdos, siendo este concebido, junto al lenguaje, como el constructor de la realidad (Iñiguez, L., Garay, A., Martínez, L., 2005), o como diría Gergen (2006) *“las palabras no son un espejo que reflejan la realidad, sino expresiones de alguna convención colectiva”*. Si seguimos a Gergen es muy relevante proponer al diálogo como motor de las realidades, ya que es esta la instancia en que los sujetos que componen un colectivo pueden generar las convenciones que rigen sus vidas en sociedad. A la perspectiva que pone en relieve el dialogo como motor y eje de las múltiples realidades sociales co-existentes se le ha denominado perspectiva dialógica (Shotter, J., 2000).

Analizaremos brevemente la importancia del contexto cultural e histórico en un inicio, para luego terminar con un apartado sobre la importancia del dialogo en la conformación de la realidad lingüística en el ámbito social e individual.

Relevancia del contexto histórico y del contexto cultural.

Con anterioridad fue utilizado el sufrimiento como ejemplificación de las múltiples visiones sobre un mismo fenómeno, mencionando el tema del hambre y el dolor por la pérdida de un ser querido, se entendía así como lo que es real para nosotros dependía del contexto cultural al que pertenecemos por un lado, y por el otro al momento histórico en que existimos. El análisis y comprensión histórica de nuestras certezas es orientado por la crítica a una verdad estática y trascendente. Los cambios surgidos en la historia han hecho cambiar tanto un país a otro, una persona a otra y un siglo a otro que sin duda es necesario entender el presente en relación con el pasado y el futuro (Carr, E., 1990). La contextualización histórica de nuestras prácticas se basa en el entendimiento de que la historia humana no es un ente, ni menos aún un ente pasivo, sino que se actualiza constantemente en el entramado de conexiones sociales que se establecen. El socio construccionismo en este sentido dota de vitalidad su objeto de estudio, entendiendo a éste en el presente desde el pasado que le proyecta, pero también desde el futuro en que este será acogido (Lledó, E. 1996).

El socio construccionismo entendido dentro del marco de la posmodernidad comparte el escepticismo ante los metarelatos, bajo el supuesto de que la existencia de estos vuelve innecesaria la revisión histórica de la realidad ante la aceptación tácita de su Realidad. Siendo la verdad, entendida desde el socioconstruccionismo, como la narrativa que ha logrado el éxito dentro de una historia de consensos y disensos, y que además la posesión de la verdad se ve siempre relacionada con un status de poder (Foucault, M., 2005, 1991) desde una lógica socioconstruccionista sería importante contextualizar dentro de estos parámetros la verdad que estudia. Siendo este uno de los posibles campos en

que los metarelatos puedan ser re entendidos en su fundamento y reescritos en su forma⁹.

Por otra parte la contextualización dentro del marco cultural cobra relevancia en el entendido de que es la cultura el espacio en que se depositan los distintos discursos y prácticas que dan sentido a nuestras vidas y orientan nuestro actuar en sociedad, la confluencia de discursos y prácticas de la cultura genera una praxis específica para cada cultura, la cual es posible de comprender solamente explicándola dentro de sus propios marcos de referencia, es nuestra praxis la que posibilita que las verdades que damos por ciertas tengan sentido (Fernández, P., 2005. Pág. 5), el mismo Fernández (2005) relaciona el espacio cultural con el espacio de las creencias, diciendo que la cultura es el pensamiento práctico que se hace fuera de los individuos. El socioconstruccionismo al proponer la inexistencia de una verdad única y por tanto la existencia de múltiples realidades, pone en relieve el estudio cultural, proponiendo a esta (la cultura) como espacio de articulación de los múltiples discursos referentes a lo que es cierto (Rosaldo, R., 1991).

Una cultura según Maturana (1988) es una red de conversaciones que definen un modo de vivir, un modo de estar orientado en el existir tanto en el ámbito humano como no humano, además involucra un modo de actuar; un modo de emocionar, y un modo de crecer en el actuar. El supuesto de que la cultura es el espacio de creencias, el pensamiento externo a los individuos, el espacio de la sociedad, nos hace rescatar la importancia de entender la cultura dentro de su complejidad y su diversidad. La comprensión de la realidad, complementado por el desarrollo etnográfico¹⁰, ha sido fundamental para una potenciación de la cultura como vector primordial en el

⁹ Estos procesos han sido nombrados deconstrucción y resignificación, para un análisis del término se sugiere revisar a Jacques Derrida (1971) en su libro *"de la gramatología"*. Así también se sugiere revisar, para una comprensión mayor de los efectos de la no utilización de tales prácticas el concepto de reificación de Georg Lukács, el cual puede ser definido como el proceso mediante el cual algo es convertido en cosa, este está muy relacionado con el concepto de Verdad y la generación de consenso antes mencionado. Para una mejor aprehensión de este término se sugiere revisar a Axel Honnet (2007) en su libro *"reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento"*

¹⁰ La etnografía es el estudio de la diversidad y complejidad cultural, es el trabajo etnográfico el que ha hecho notar las pequeñas y gigantes diferencias existentes entre los distintos grupos humanos que habitan los distintos espacios.

entendimiento de las distintas verdades existentes, siendo el perspectivismo cultural eje de su pensamiento. (Gubber, R., 2001)

El perspectivismo cultural es una posición ética y política que defiende las diferencias de cada sistema cultural, proponiendo que no existen razones sensatas que logren calificar el código moral de una cultura como mejor o peor que otra, ya que en cada cultura existen reglamentos éticos desiguales. El perspectivismo está basado en

“la idea de paridad valorativa de todos los puntos de vista así como de la imperfección de cada uno por separado. Cada cultura interpreta el mundo a su manera, y por tratarse de una manera dentro de muchas posibles, cada cual aislada de las demás es falsa por incompleta”. (Pannikar, R., 1982, en Mañón, G., 2006. Pág. 114)

Las distintas creencias y verdades que tenemos por ciertas están generadas por la influencia del medio en el cual nos criamos. Así entendido, el perspectivismo cultural asume la imposibilidad de hablar de una Verdad, por lo que cada una de las verdades que es posible creer y aceptar esta mediada por la cultura en la cual esta está inmersa.

Acerca del diálogo.

Es complejo pensar en un diálogo, sin sujetos y sin la mediación de un lenguaje, siguiendo a Foucault (1991)

“Lo que importa es mostrar que no existen, por una parte, discursos inertes, y, por otra, un sujeto todopoderoso que los manipula, los invierte, los renueva; sino más bien que los sujetos parlantes forman parte del campo discursivo... El discurso no es el lugar de la irrupción de la subjetividad pura, es un espacio de posiciones y de funcionamientos diferenciados para los sujetos” (Pág. 55)

Con esto Foucault pone en evidencia la importancia del sujeto en el plano social, así como también posiciona al sujeto dentro de la trama social, comentando las posibilidades e imposibilidades en que se ve envuelto el sujeto en la interacción con el otro mediante el uso del lenguaje y la conformación de los discursos generadores de realidad. En este sentido es importante por última vez volver a recalcar la importancia del lenguaje como eje y motor de la construcción de la realidad. Si a esta altura logramos dar por cierto el

concepto de *multiverso* expresado por Maturana y Varela (2004), concepto que refiere a que la existencia es constitutivamente dependiente del observador, que en la existencia ocurren los hechos y que por tanto hay tantas posibles verdades como hechos surjan y sujetos que observan. Tenemos que suponer la existencia de consensos y articulación de narrativas bajo los cuales los sujetos logran regular su actuar y articular de alguna forma lo que culturalmente se da por cierto.

Sujeto, lenguaje y realidad logran una articulación mediante el diálogo (Shotter, J., 2000), este diálogo posibilita que mediante el lenguaje los hombres y mujeres construyan lo que llamamos realidad, así como permite cuestionar, situar o/y resituar eso a lo que damos como cierto en nuestro entorno cultural. Hablar de diálogo es hablar en palabras de Shotter de *vida social*, hablar de dialogo es entrar en el mundo de la conversación, de la discusión, crítica, negociación y justificación. Estos procesos forman sin duda parte del proceso constante de validación de nuestras certezas dentro del flujo turbulento de la actividad social.

La concepción lingüística y dialógica de la realidad, según como la hemos entendido hasta ahora, nos presenta un panorama infinito de posibilidades dentro del marco de la psicología, plasmando la intención política del socioconstruccionismo de librar al sujeto de las ataduras que la modernidad (individualista e internalista) y su lenguaje le ha impuesto. La visión dialógica, relacional y constructiva permite, por un lado, la discusión de nuestras premisas, en tanto se da la posibilidad de hacer dialogar lo moderno con lo posmoderno como posturas en pugna, incluso a lo posmoderno consigo mismo. Y por otro lado hacer dialogar la acción surgida en la práctica (fundamental en la psicología de nuestros tiempos) con la reflexión teórica, permitiendo así que la práctica profesional del psicólogo, y del resto de los especialistas, gane en el proceso constante de construcción¹¹ y deconstrucción de las verdades que damos y dimos por ciertas.

El diálogo permite a los sujetos relacionarnos, por tanto este es parte fundamental para el establecimiento de cualquier tipo de relación terapéutica, tanto del terapeuta con la disciplina, con sus consultantes y consigo mismo. Adelantándonos a las próximas páginas

¹¹ Parece relevante a estas alturas connotar la relevancia del sujeto en relación en la construcción de las realidades, es decir, es importante resaltar la importancia tanto de el sujeto como de las prácticas sociales en que los sujetos se desenvuelven en su cotidianidad, dando ambas distintos matices a la construcción.

es justo aseverar que en el diálogo radican todas las posibilidades del cientificismo de mantener su estatus de poder o de las perspectivas deconstructivas de generar posibilidades de acción e incluso de oponerse al discurso objetivista aun imperante. Por tanto un terapeuta que busque un trabajo autónomo debe estar en constante cuestionamiento con los diálogos que establece.

En definitiva: si nuestro existir se fundamenta dentro del conjunto de relaciones en las que estamos inmersos y si es esta red el único espacio concebido del cual el hombre y la mujer pueden emerger como seres (que están siendo). Si el lenguaje es el principio y el fin de todas las descripciones y relaciones que podamos establecer con el mundo. Si la cultura es el cúmulo de certezas en las cuales el hombre y la mujer pueden apoyarse para ser. Si es la historia el momento actual en el cual construimos presente, futuro y pasado. Y si finalmente la articulación de todos estos datos, prácticas y relatos no nos termina psicotizando y confinando a un centro de salud mental es justamente porque existe el dialogo como articulación fundamental de la cotidianeidad en la cultura.

Sin duda esta revisión carece de una exploración mayor de los conceptos antes mencionados, además de la escasez, a nuestro entender crítica, de las implicancias liberadoras y opresoras del lenguaje y el dialogo. Sin embargo, estos conceptos, fundamentales en el entendimiento de la concepción construccionista, articuladoras, a nuestro entender, de sus principales luchas y posibilidades emancipatorias, constituyen el eje por el cual se continuará con las siguientes líneas.

CAPITULO 2 Medicalización, psicologización, patologización

“Una psicología que no tenga como función explícita controlar a la gente, ni liberar a la gente, no me imagino qué función tendría”
Anastasio Ovejero¹²

Sin duda para el mecánico es necesario que existan los autos y debe contentarlo mucho que el mercado automotriz se expanda, ya que este puede pensar que en el mediano plazo se expandan sus potenciales clientes, esto le reportaría múltiples beneficios, no solo en la gratificación de trabajar porque *el trabajo dignifica al hombre*, sino que a mayor cantidad de usuarios mayores serán los dividendos económicos por su trabajo. Lo mismo pasara con el constructor en el rubro inmobiliario, lo mismo para el vendedor de seguros, lo mismo para el profesional de la salud mental.

Es especialmente interesante dentro de esta lógica la función y el espacio que ocupa el profesional de la salud mental con respecto a la especialidad en la cual se desarrolla, el saber que posee este profesional goza de una alta tasa de cotización en este momento, lo cual es comprobable en el alza del número de consultas por enfermedades de índole mental en el último tiempo (Súper intendencia Chilena de salud, 2008). Según datos de esta institución, del total de consultas en los centros de salud públicas y privadas reembolsables para el consultante, las consultas por depresión en nuestro país son las segundas de mayor frecuencia, registrándose durante el primer semestre de 2009 un total de 72.296 consultas, siendo precedidas solo por la hipertensión, enfermedad con clara etiología psicosocial (Benegas, B., 2005) . El total de consultas reembolsables durante el semestre mencionado llegó a 410.728, por lo que las consultas por depresión están en el orden del 17 por ciento del total, las que sumadas a la hipertensión corresponden a cerca del 40 por ciento del total de las consultas. Además de lo anterior, es importante destacar el gran ascenso que han tenido tanto en el sector público como privado el número de

¹² Esta frase fue extraída de una entrevista que se desarrolló en el contexto del seminario llamado “Principales aportaciones de Ortega y Gasset a la psicología social construccionista y post positivista” el año 2002. El detalle de tal entrevista está disponible en la siguiente página web perteneciente a la revista Athenea Digital <http://antalya.uab.es/athenea/num2/ovejero.pdf>. Esta cita será utilizada a lo largo del capítulo.

atenciones psicológicas y psiquiátricas al año. Si en 2004 fueron 136 de cada mil beneficiarios los que solicitaron algún tipo de atención psicológica, el año 2008 este número se incrementó a 172, en el caso de las atenciones psiquiátricas, el aumento duplica dicho asenso. De las atenciones desarrolladas por solo un profesional el costo más alto de las consultas es el de atenciones cardiológicas, siendo sucedidos por psiquiatras y psicólogos correspondientemente. En cuanto a la disciplina la constatación de esta situación parece reflejar el alto grado de importancia concedido a estas y también el creciente grado de prestigio de sus especialistas o percepción de especialidad (conocimiento y/o saber) por parte del profesional. En el caso de los consumidores del servicio podríamos pensar que esta mayor demanda obedece a un aumento de la necesidad de bienestar mental.

Saber y disciplinas *psi*

Sobre la relación existente entre saber y verdad entendemos las relaciones de poder dentro de una producción, acumulación y circulación de saberes. El poder, pues, produce y transmite efectos de verdad¹³ que, a su vez, lo reproducen (Foucault, M., 1991). Esto ha posicionado en un sitio privilegiado de poder a los profesionales de la salud mental, los cuales han sido imbuidos con la capacidad de decidir, entre otras cosas, si una persona esta tan enferma que debe ser internada en un hospital, otra persona estaba en su sano juicio y por tanto debe ir a la cárcel, otra persona cuanta con el perfil para obtener el cargo de jefe de marketing, otra persona tiene las capacidades de ser madre y por tanto es capaz de quedarse con la custodia de sus hijos, además de otras tantas difíciles decisiones que caen sobre nuestros sobrecargados y bien posicionados hombros.

Las posibilidad de tomar las decisiones antes mencionadas se basan en la concepción social de que estos profesionales cuentan con las competencias necesarias para dirimir entre lo que está bien y mal con las personas se encuentran en una u otra situación, además del supuesto de que no es el mecánico el que debe dictaminar sobre estos

¹³ En tanto que la posesión de poder otorga mayores posibilidades de proponer y porque no decirlo imponer discursos

temas, sino que este debe remitirse a temas automotrices y su ayuda será requerida sólo en estos casos. Es decir los psicólogos, psiquiatras y otros expertos mentales tienen el poder de decidir sobre los temas relacionados con el bienestar (estar bien) o malestar (estar mal) de los sujetos en un ámbito principalmente comportamental, es en este dictamen donde su ayuda será especialmente requerida.

Sin abandonar la lógica socioconstruccionista es posible suponer que este estado actual es determinado histórica y culturalmente, así como también debe su existencia al establecimiento de consensos en el tema, mediaciones lingüísticas a través de relaciones dialógicas entre los sujetos y que además no es algo determinado dentro de las mismas disciplinas *psi*, sino que están en íntima relación con la cultura en general. En definitiva podríamos pensar que todo lo descrito en este capítulo serán un conjunto de construcciones sociales que decantan en la situación actual (Gergen, K., 2000). Siendo también la enfermedad mental y la salud mental parte del discurso científicista que se ha posicionado como verdad, bajo la concepción de que las enfermedades mentales existen y tienen tales o cuales propiedades, y por tanto que es posible dictaminar objetivamente las características de estas.

Analizaremos en este capítulo la influencia de la modernidad y la postura científicista en la generación del objeto de estudio de las disciplinas *psi*, es decir analizaremos como el sujeto es transformado en objeto (objetivizado) por estas disciplinas. Analizaremos algunos de los fenómenos más relevantes en esta objetivación del sujeto, (medicalización y patologización, y psicologización e individualización de la cotidianidad). Este trabajo será el proceso previo para el análisis de la posición del terapeuta respecto a su objeto de estudio dentro del supuesto que salud-enfermedad, norma-desviación, sentirse sano/enfermo o integrado/desviado son parte de una construcción social entregada, apropiada o construida a por las disciplinas *psi* (Barrón, A. & Sánchez, E., 2001).

Salud y enfermedad.

Las disciplinas *psi* surgen como una rama de las ciencias, poseen un cuerpo de conocimientos científico, un lenguaje común, una historia, unas Verdades, que a grosso

modo no la diferencian en forma significativa de las otras disciplinas científicas existentes. Sin embargo tiene una características que la hace singular, (pero no exclusiva), que es la posibilidad de nutrirse del ámbito biológico y social para entender a su objeto de estudio, por ende puede ser entendida como una ciencia interpretativa y una ciencia experimental, una ciencia social y una ciencia biológica (Zuluaga, G., 2006).

La OMS¹⁴ en 1946 definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, tomando como sugerencia tal definición, que es la imperante a nivel mundial, las disciplinas *psi* tienen una gran responsabilidad al poder intervenir en un nivel físico, mental y social. La definición a primera vista parece ser correcta y coherente, sin embargo ¿Quién es el que define el bienestar?, es decir, ¿Quién está llamado a determinar si alguien está bien?, y aún mas, ¿Quién está llamado a decir si ese bienestar es *completo*?

Sin duda, en nuestra cultura, son los especialistas, principalmente al alero de la ciencia, los designados para tan complejas labores, en ese sentido sería interesante saber ¿Cómo los especialistas logran dirimir sobre tales temas? que finalmente llegan a ser así de determinantes y ¿Cuáles son las directrices que orienten la definición en estos?, ya que, es de suponer que un buen experto debiese estar avalado de un cuerpo de conocimientos lo suficientemente *válido* como para desarrollar tan complejas distinciones.

En el caso de las disciplinas *psi* para poder determinar y diagnosticar una enfermedad se cuenta con manuales desarrollados especialmente para tal labor, estos manuales, como es consabido, son principalmente dos. El primero es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* y el segundo es el manual llamado *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* ambos manuales cuentan con un completísimo desarrollo de cada una de las enfermedades mentales existentes y un extenso conjunto de características asociadas a los sujetos que las padecen. Ambos manuales son ampliamente utilizados y son los encargados de determinar la ida al hospital psiquiátrico o la cárcel, así como definen la posibilidad de mantener o perder la tuición y obtener o no el trabajo deseado. Tales manuales no han estado exentos de controversias, ejemplo clásico es el tema de la homosexualidad (Moser, C. y Kleinplatz, P., 2004). Hasta 1973 en el DSM se registraba la homosexualidad como una de las posibles enfermedades

¹⁴ www.who.int

mentales que los sujetos podían padecer, sin embargo, una importante convención a la que asistieron muchos de los más destacados expertos decidió que la homosexualidad no sería más una enfermedad, sucedió en ese momento que millones de personas de un día para otro se mejoraron. La homosexualidad como enfermedad no fue eliminada del CIE hasta 1990, por lo que hubo 17 años en los cuales quedo a gusto de los especialistas si asumían a la homosexualidad como un *estar bien* o un *estar mal*, dependiendo, en este caso, del manual al que adscribiesen.

El DSM y el CIE forman parte del cuerpo de conocimientos científicos con que cuentan las disciplinas *psi* para definir qué es *estar bien*. Como se vio anteriormente estas verdades científicas cuentan con una gran aceptación en las culturas en que las ciencias tienen la posibilidad de influenciar, siendo según Lizcano (1999),

“La forma más potente de ideología que existe en nuestros tiempos, pues su pretensión de constituirse en metadiscurso verdadero por encima de saberes y opiniones particulares, la convierte, precisamente, en ideología dominante. Además, su función ideológica queda oculta por su eficacia a la hora de presentar lo particular y construido como universal y necesario” (Lizcano, E., 1999, en Moral, M., 2008. Pág. 73).

Los manuales antes mencionados deben ser incluidos como parte de esta ideología, como parte e insumo de los discursos científicos de enfermedad mental, que, como mencionó Foucault en un inicio, produce y reproduce relaciones de poder, en este caso, entre quienes poseen el conocimiento y quienes no.

El poder derivado de la instauración del discurso científico a nivel cultural es el que permite por un lado al especialista ser un especialista y como especialista decidir e instaurar la etiqueta de *enfermo* o *sano* a los sujetos. Es importante recordar como se dijo antes que

“la neutralidad ética/ideológica de la ciencia médica es falsa, pues rechaza el papel epistemológico de la subjetividad y las emociones, tendiendo a atomizar y homogeneizar a los individuos y a apreciar la enfermedad de forma ontológica y descontextualizada, aceptando la idea de que no existen enfermedades, sino enfermos” (Encinas, H., 2000. En Rodríguez, S., 2008)

Para Foucault (1991) las disciplinas *psi*, pueden ser consideradas como un poder-saber. Un saber al servicio del poder, un poder validado y sustentado en la posesión incuestionable de la Verdad. En la construcción de esta Verdad la ciencia ha marginado del análisis de las posibles causas (etiología) de las enfermedades a los factores sociales y culturales, recortando artificialmente la realidad en que la persona existe, así, por ejemplo, la condición socioeconómica de la persona no es consultada a la hora de diagnosticar el *bienestar* o *malestar* individual. Así, por ejemplo, si desde una perspectiva biomédica, el tan masificado estrés se corresponde con una característica coyuntural del sujeto, este (estrés) perfectamente podría ser concebido en términos de discurso político como causa de la explotación que sufre en la actualidad el ser humano, sin embargo no es así y difícilmente a alguien le darían una licencia médica por explotación.

Las disciplinas *psi* al ser tan cercanas a la cotidianidad de los sujetos han construido un diálogo especial con el sentido común, producto de esto la Verdad científica y su lenguaje han sido apropiados por el discurso del sentido común, esto ha masificado las descripciones psicológicas de la realidad, lo cual se puede constatar a diario, siendo recurrente leer u oír comúnmente los conceptos depresión, fobia, ansiedad o angustia como parte de la cotidianidad humana e incluso no humana. Estas palabras son utilizadas por las personas para significar la realidad, para generar discursos de sí y del otro o para lograr consensos. Según Gergen (2006), lo que esto produce esta apropiación terminológica, es que cada vez se especifique más el lenguaje de las disciplinas *psi* para diferenciarse del lenguaje común y mantener así su sitio de poder. Esto ha producido una relación dialéctica entre la producción de nuevas características para describir la psique y la adquisición de este lenguaje en el medio social, así cuando una categorización es socializada, debe existir una especificación de ella que logre ser diagnosticada por expertos y no por cualquier persona. Esto ha conllevado a una especialización y especificación de las enfermedades y trastornos que son diagnosticables en la actualidad. Parafraseando a Aldous Huxley la medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano (Blech, J., 2005).

Así se ha comenzado a hablar del fenómeno de *Disease mongering* (Vara. A., 2008) este consiste en generar enfermedades cada vez específicas, sucediendo el efecto

opuesto al ocurrido con la homosexualidad, es decir de un día para otro miles o millones de personas pasan de estar bien a estar mal¹⁵.

Medicalización y patologización.¹⁶

Hace un par de años surgió una extraña patología en Alemania, al cual se denominó el síndrome de Sissi¹⁷, este síndrome se caracterizaba por un profundo estado depresivo que debía tratarse con medicamentos psicotrópicos, sin embargo los síntomas depresivos eran encubiertos por una felicidad, un comportamiento activo y una posición positiva frente a la vida. A pesar de que lo que resaltaba en la persona era la felicidad y la positividad los expertos convinieron que eso no podía ser denominado un *bien estar*, por ende tal estado se patologizó (se convirtió en una enfermedad) y llegó a ser diagnosticado a tres millones de personas en Alemania (Blech, J., 2006). Este síndrome gozó de un especial fanatismo por parte de los especialistas, hasta que cinco años después de descubierto, otro estudio demostró la insustentabilidad de este síndrome catalogándolo de una invención de la industria farmacéutica (Disease mongering). Así, lo que alguna vez fue considerado un *bienestar* (felicidad y pensamiento positivo) se transformó (fue transformado) en un *malestar* que reportó por un lado varios millares de nuevos usuarios de la salud mental y por otro grandes beneficios a las empresas farmacéuticas. Este ejemplo refleja la facilidad que tienen los discursos científicos de posicionarse como el discurso de la verdad, produciendo un silenciamiento de los otros posibles discursos posibles en esta *monopolización* sobre la Realidad. Las perversiones producidas por lo

¹⁵ *Es tal el nivel de exigencia para alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental, psicológico y social que, probablemente, no haya ningún individuo realmente sano* (Moral, M., 2008. Pág. 89).

¹⁶ Las críticas a desarrollar no son de ninguna manera exhaustivas respecto al desarrollo, que se ha hecho del tema, dentro de las diversas áreas que han levantado discursos opuestos al tradicional, este tema, a pesar de ser apasionante, no es parte del desarrollo de esta memoria, por lo cual, se sugiere revisar a Thomas Szasz, Franco Basaglia, Kenneth Gergen y las críticas desarrolladas por la comisión de ciudadanos por los Derechos Humanos si se desea profundizar en el tema.

¹⁷ Se define como síndrome ya que son sólo un conjunto de síntomas y no una enfermedad médica como tal.

anterior han llevado a la creciente invención de nuevas enfermedades y nuevos tratamientos, así procesos normales de la vida como el envejecimiento o la niñez pueden medicalizarse. Rodríguez (2005) nos recuerda sobre esto que

“el continuo proceso de medicalización que tiene lugar en nuestra sociedad la ha convertido en herramienta de poder y forma de control social, en una cultura en la que triunfa el "culto" al cuerpo, es decir, el ideal de la salvación del cuerpo a través de lo que podríamos llamar una religión de la salud cuyo objetivo último es una utopía de juventud y vida eternas”. (Rodríguez, S., 2008. Pág. 72)

Respecto a la medicalización Romaní (1999) nos recuerda que la búsqueda de este ideal de *bienestar*, este proceso de medicalización y la objetivación del sujeto produce un exceso de control por parte de los expertos en el ámbito de la cotidianidad. Así, las más pequeñas alteraciones físicas y psicológicas ocurrientes durante el día pueden ser configuradas y reconfiguradas para determinar sintomatologías y morbilidades (Romani, O., 1999. En Rodríguez, S., 2008) Las disciplinas *psi* se van *especializando* en la detección de los trastornos, siendo necesario sólo uno o dos síntomas para determinar la existencia de síndromes o trastornos de personalidad. Aparece así el síndrome de Peter Pan, el complejo de Cenicienta, el de Súper woman, la Codependencia o el síndrome de Alienación Parental (Blech, J., 2006)

Desde la lógica del *disease mongering* se ha cuestionado la labor de las disciplinas *psi*, en tanto que el diagnóstico de enfermedad en una persona parece ser una búsqueda de bienestar económico de los grupos de poder más que la búsqueda del bienestar de las personas. Una de las maneras más utilizadas para conseguir esto ha sido la ampliación de los límites de las enfermedades tratables. Esto conlleva peligros como etiquetamientos innecesarios, malas decisiones acerca de los tratamientos, enfermedades iatrogénicas y despilfarro económico, así como el surgimiento de una insana obsesión por la salud (Moynihan, R., et al., 2002). *“Cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento”* (Márquez, S & Meneu, R., 2003. Pág. 49), así las disciplinas *psi* en la generación de sus discursos y en la generación de su objeto de estudio, generan las condiciones de posibilidad de sí mismas, llegando consecuentemente a lo afirmado por Foucault (2001) sobre el desarrollo autosustentable del poder mediante la apropiación de la Verdad. Meneu y Márquez en su trabajo sindicaron a los especialistas en salud mental como los principales responsables de

la medicalización y patologización de la cotidianidad, ya que sin la intervención de estos dentro de la relación terapéutica las categorías socialmente construidas de *malestar* y *bienestar*, como definitorios de enfermedad, no podrían ser advertidos a sus consultantes. (Márquez, S & Meneu, R., 2003)

Esto no sólo se da en la relación terapéutica, sino que en todas las relaciones establecidas por estos,

“en la noción de enfermedad mental subyace una realidad cotidiana más social que biológica: que cada persona encuentre su lugar y que cada cual haga esto de manera correcta, es decir, sin violar las normas sociales, éticas, políticas e incluso económicas. En otras palabras, la nosología, la clasificación psiquiátrica –además de la práctica clínica- es más bien una estrategia de coerción y control social” (Jauregui, I., 2008.Pág.2)

Como dijera Ovejero en el inicio de este capítulo, el especialista solo puede estar orientado hacia la liberación o hacia la opresión del sujeto, congruentemente el especialista de la salud mental siempre y ante todo es un sujeto político. El posicionamiento político del sujeto, expuesto por la posmodernidad, exige al terapeuta el cuestionamiento constante de sus premisas, en este sentido el acercamiento a su objeto de estudio o la objetivización de él, desde las lógicas expuestas anteriormente, es siempre una decisión por parte del especialista, nunca una práctica necesaria y explicada desde sí misma, por tanto no es posible la objetividad en las ciencias sociales sin la decisión previa de objetivizar al sujeto.

Psicologización

La psicologización consiste principalmente en comprender y explicar las problemáticas de las personas como productos de procesos individuales, con la correspondiente suposición de que las problemáticas sociales son producto de los problemas individuales de las personas. Esto nos remite a una naturalización y esencialización de los problemas individuales, manteniendo la antes mencionada circuncisión de la cultura, la sociedad, la historia, los discursos y el diálogo en el

entendimiento de la realidad del sujeto, olvidando así, la construcción social de la realidad (Ovejero, A., 2002). Al convertirse en Verdad el discurso moderno psicologizante se imposibilita o debilita la posibilidad de comprender la realidad individual como parte de un complejo entramado de redes sociales. Pensando que cada discurso invita a una forma de vida, mientras desalienta o rechaza otras, es interesante cuestionarse a qué y/o quiénes está sirviendo la psicología tradicional y también a qué o quiénes desalienta y/o rechaza parece un trabajo interesante de desarrollar (Gergen, K., 2000)

La decisión de cercenar del marco de comprensión a lo social tiene importantes repercusiones, como por ejemplo, la introyección de la enfermedad en la persona, por tanto, se diagnosticará el bienestar o malestar en tanto la persona presenta ciertas conductas o síntomas, más no se observara el medio en que el sujeto transcurre en su existencia, ya que la enfermedad no está fuera, sino dentro de la persona, por eso la enfermedad es mental y no social. La comprensión de las enfermedades en un marco *psi*, tiene, desde una perspectiva moderna, una clara tendencia a responsabilizar al sujeto de sus padecimientos y sus supuestas carencias individuales, principalmente biológicas, carencias que en todos los casos tienen remedio. Como diría Jörg Blech *“para cada enfermedad hay una pastilla. Y cada vez con mayor frecuencia, para cada nueva pastilla hay también una nueva enfermedad”* (Blech, J., 2005. Pág. 18)

No debemos olvidar que las doctrinas psicológicas, entendidas como verdades canónicas, responden más a razones dogmáticas que a criterios suficientemente fundamentados (Huertas, R., 2001), en este ámbito, lo que se ha denominado la ideología de la ciencia puede ser analizado en la disciplina. La historia que fundamenta este dogmatismo corre paralelo a la evolución social y cultural de la sociedad occidental¹⁸, donde esta nueva orientación hacia el individuo pone de moda la subjetivación de la enfermedad y de los trastornos de personalidad, (Lipovetsky, G., 1983. En Jauregui, I., 2008). Se responsabiliza al individuo de su presente, de sus capacidades y sus limitaciones. Nace el *homo psicologicus* (Kristeva, 1993. En Jauregui, I., 2008)

¹⁸ Si se realiza un análisis entre la evolución social de la cultura occidental y el surgimiento de los dogmatismos científicos, parece existir una relación entre ambos; así como podemos teorizar sobre las relaciones existentes entre teorizaciones modernas (como la objetividad o la individualización) y la ideología capitalista, la posición constructorista puede verse asociada a la aparición de nuevas tecnologías, la globalización o el cuestionamiento en la esfera social al capitalismo. (Gergen, K., 2000). Dando la sensación que los discursos dominantes en las ciencias responden a un lenguaje más social que disciplinar.

“fruto de la desintegración social que deja al individuo, al igual que al átomo, aislado y al mando de su propia vida. Lo psicológico predomina sobre todas las demás dimensiones, incluida la política. Surgen nuevos síndromes, nuevas adicciones, nuevas enfermedades del alma.” (Ídem. Pág 5)

Los procesos naturales de la vida se psicologizan y patologizan, lo que fomenta que los procesos sociales se vayan despatologizando. La psicología ha tenido un lugar fundamental en este suceso, produciendo un aumento de los diagnósticos de índole mental y olvidando generar juicios sociales en torno a lo que está a la base de lo que ocurre a los sujetos (Blech, J., 2006). Diagnósticos que no siempre llevan a una mejora, bien por la carencia de un tratamiento que lleve a la tan anhelada salud, bien por la falta de condiciones materiales para lograr mejoras, bien por la falta de contextualización del tratamiento a la persona. Esto deriva en un etiquetamiento innecesario de los sujetos. Derivando concretamente, a modo de ejemplo, que mientras suben las prescripciones por depresión disminuye el cuestionamiento a las condiciones sociales de vida de las personas, suponemos que la depresión se encuentra dentro de la persona y no en las relaciones que establece este con el medio, patologizando la tristeza, teniendo cerca de un millón y medio de personas enfermas en nuestro país, sindicando a la depresión como causa de que la gente se suicide, posicionándola como un trastorno grave. Así, siguiendo el ejemplo, la depresión como las demás *enfermedades mentales* se han impuesto en el repertorio lingüístico de nuestra cultura por sobre las demás descripciones no patologizadas (pena, tristeza, melancolía) de la realidad, estas descripciones patológicas entrando en los diálogos cotidianos produce descripciones patologizadas de sí mismo y del otro. Ante esto Moreira (2007) refiere que

“la tristeza necesita ser vivida, elaborada y no anestesiada a través de drogas. La palabra “triste” está casi desapareciendo del vocabulario del sujeto postmoderno... se piensa cada vez más como alguien que está “deprimido”, necesitando por lo tanto, tratamiento psi de toda orden. Y está ahí todo el mercado psi para tratarlo (¿o explotarlo?)” (Pág. 136).

Así, la cientifización de la práctica psicológica y sus lenguajes, han derivado en comprensiones principalmente individualistas y pretendidamente objetivas, en que se ha embestido de conocimiento científico, autoridad y poder al terapeuta o especialista disciplinar (Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O., 1999). Este poder siempre ha sido utilizado encarecidamente desde un plano de neutralidad respecto al objeto de la

disciplina, apolitizando y normalizando las relaciones que son posibles de establecer por parte del especialista. Estas tendencias han repercutido en la “naturalización” de una forma particular de concebir al sujeto, concepción dentro de la cual, la psicología se ha empeñado constantemente en enmarcar al individuo, sin caer en cuenta que la marca de contexto desarrollada por la psicología de corte científicista, carece y ha carecido muchas veces de un cuestionamiento histórico y contextual.

En el contexto general expuesto en este capítulo, la propuesta construccionista aboga por una deconstrucción de las descripciones científico-psicologizantes, mentalistas, patologizantes, siendo esto útil para desenmascarar muchos de los argumentos que naturalizan la condición humana. En este sentido, el socioconstruccionismo opta por el camino de mostrar que los objetos psicológicos no son «naturales», sino que son producto de una constante construcción social (Ovejero, A., 2002). La mirada socioconstruccionista abandona la visión pasiva y relegada del sujeto, invitando a enmarcar a este y su existencia dentro de las metáforas del diálogo y la multiplicidad como caminos posibles hacia la transformación de la sujeción del sujeto. (Gergen, K., 2000).

En el próximo capítulo se analizará la aplicación posmoderna, mediante el socioconstruccionismo, a la terapia, en este sentido se problematizará sobre las posibilidades de resituar al espacio terapéutico como un espacio micro político de trabajo, se analizarán las implicancias políticas del trabajo terapéutico, comprendiendo al terapeuta, como un medio para lograr la autonomía de las personas en vista a la emancipación del sujeto de los discursos opresivos.

CAPITULO 3. El terapeuta como sujeto político

“El trabajo terapéutico necesariamente implica una forma de activismo político y social, se reconozca o no. Y cualquier acto dentro de una sociedad crea su futuro, para bien o para mal”.

Kenneth Gergen y Lisa Warhus

En las secciones anteriores hemos enfocado el análisis de lo que es la posmodernidad a través del socioconstruccionismo y de la modernidad a través de la postura científicista, analizando por un lado lo que es el Historicismo y la Culturalidad, además de las relaciones existentes entre el lenguaje, el diálogo y la construcción de las realidades. Por otro lado fueron analizados los fenómenos modernos de psicologización, patologización y medicalización. El enfoque dado a este relato no ha sido casual, respondiendo principalmente al entendido de que la medicina y por ende la psicoterapia son un producto de la modernidad (Ledezma, N., 2005) y que muchas de sus prácticas son comprensibles dentro de sus marcos. Sin embargo también se ha estado trabajando bajo el supuesto inicial de que el sujeto es: [a] un ser narrativo que construye su realidad a partir de las historias que relata sobre sí mismo (Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O., 1999) y [b] político en tanto está constantemente decidiendo sobre las múltiples gamas de discursos y realidades posibles.

Llevando esto al plano psicoterapéutico entendemos que el sujeto se construye constantemente mediante el diálogo establecido con las distintas posibles realidades y los diferentes sujetos en el marco de las convenciones sociales existentes, influyendo dramáticamente sobre ellas la cultura, el lenguaje, la historia, las relaciones y los discursos (Ídem). Sin embargo el desentendimiento por parte de la modernidad de estos factores, ha impedido el cuestionamiento a la disciplina, esto ha conllevado una institucionalización de la institución, generando por un lado que en la actualidad la psicoterapia y las disciplinas *psi* sean los únicos espacios autorizados para proponer mejoras en la *dimensión emocional* en la vida de los sujetos y, por otro, que no existan espacios dentro de la institución para criticarse a sí misma. La falta de diálogo y cuestionamientos dentro de la disciplina ha impedido resituar a la psicología y

reposicionar su objeto (sujeto) de estudio. Las nuevas concepciones del sujeto y el especialista vuelve necesaria una crítica a las valoraciones morales con los cuales nos desenvolvemos en la práctica, sólo mediante este paso es posible desarrollar una revisión de las condiciones de producción de las valoraciones dadas por ciertas, logrando cuestionar las posibilidades emancipatorias de las mismas y/o su potencial totalitario (Ídem).

Como fue revisado, la *monopolización* cientificista del discurso, ha generado categorías univocas dentro de las cuales se ha entendido al sujeto, por ejemplo normalidad/anormalidad, el encasillamiento del terapeuta dentro de los marcos dicotómicos generados por las ciencias, ha negado la posibilidad, por un lado, de atender a los discursos alternativos contruidos por los sujetos en su condición de individuo que se narra y, por otro lado, ha producido un encasillamiento involuntario del sujeto a los márgenes de comprensión del terapeuta. Así entendida la terapia, la única alternativa de avance posible es la acomodación del sujeto a los parámetros establecidos por el discurso dominante, en este caso representado por el especialista.

La psicologización ha generado una introyección de las problemáticas de los sujetos, este fenómeno ha sido terreno fértil para la individualización de las afecciones del sujeto, movilizandoo los discursos normalizadores a la esfera de la intimidad de los sujetos. Es importante recordar la importancia de este proceso introyectivo, en el sentido que tal fenómeno invisibiliza la importancia del entorno en la explicación de las afecciones del sujeto, es decir olvida u obvia que el sujeto es tal en relación con el medio, estos silencios tienen claras implicancias en la forma de entender los fenómenos y tratarlos, siendo resultado de esta introyección la medicalización y la patologización antes mencionada.

Por su parte, el construccionismo social nos ofrece cambiar el eje vector y por tanto relacionarnos de otra forma con el objeto de estudio, así, el foco de trabajo ha dejado de ser el individuo centrándose en la relación que establecen los sujetos narrativos respecto a otros mediante el diálogo. La introducción del otro en la comprensión de las afecciones, ha guiado a entender que no es dentro del sujeto el lugar específico en que se dan las soluciones y problemas, sino que estos siempre se dan en una relación. Ha permitido además centrar el análisis en las narraciones que la persona hace de esta realidad intersubjetiva, obviando el *discurso desde la carencia* realizado por la psicología

cientificista (Gergen, K., 2000), llegando de esta forma a la caracterización de los procesos psicológicos, problemáticos o no, como formas discursivas específicas (Botella L., et al., 2004). En este sentido los denominados problemas psicológicos

“Se pueden concebir como resultado (a) del bloqueo¹⁹ en los procesos discursivos, narrativos y relacionales de construcción del significado de la experiencia y (b) del fracaso de las soluciones intentadas a dicho bloqueo” (Ídem, Pág. 12).

El posicionamiento posmoderno (múltiple, relacional y no objetivo) exige el diálogo para la construcción de un contexto terapéutico, ya que la imposibilidad de mejores cambios, mejores resultados o mejores formas, impide saber cuáles serán los mejores pasos a seguir, dada a la inexistencia de marcos referenciales unívocos que permitan distinguir entre el bien y el mal. El terapeuta por tanto, se verá en la necesidad de incorporarse en una relación horizontal con el consultante, a fin de entrar en un diálogo para la deconstrucción, deformación y generación de nuevas narrativas que se adecuen a la condición de quien consulta. Por tanto la labor colaborativa construida en el sistema terapéutico debe estar orientada hacia una comprensión diferente de las narraciones construidas por el sujeto (Cañón, O., Peláez, M., Noreña, N., 2005) Así, más que generar una *normalidad* en la persona, el terapeuta posmoderno, aprovechándose del conflicto, potencia una co-apropiación de este estado crisis²⁰ en pos de la generación de una existencia estética más que ética. Esto está íntimamente relacionado con la visión posmoderna de la terapia como un espacio generativo, más que como un espacio normativo.

La invitación parece convincente, sin embargo, la deconstrucción de los parámetros y criterios que permiten guiar la labor del terapeuta dentro de un marco científico, produce en algunos terapeutas, la sensación de un contexto aparentemente caótico y caprichoso,

¹⁹ Nos parece que la definición de problema psicológico expresada por el autor se corresponde con las ideas posmodernas expresadas por esta exposición, sin embargo la utilización de *bloqueo* dentro de la explicación puede ser un error semántico que lleve a equivocaciones de interpretación respecto al rol del terapeuta en las aflicciones de quien consulta, ya que, se puede entender que el terapeuta tiene experticia en *desbloquear* estos nodos de conflicto, se sugiere la comprensión de esta explicación de problema psicológico como una *saturación* de los procesos discursivos más que un bloqueo de los mismos, siendo el terapeuta, entendido de esta forma, como un especialista en el desarrollo de preguntas orientadas a generar nuevos relatos.

²⁰ Entendida en los términos de Hipócrates, el cual la comprendía como *el momento de tomar decisiones*

en el cual cualquier visión opta a posicionarse como verdad, esto ha sido sindicado por algunos, como un camino directo hacia el congelamiento de las posibilidades terapéuticas de generar el tan ansiado *bienestar* de quien consulta. Este razonamiento padece de dos males propios de la ciencia moderna, el primero de ellos es la visión de que la objetividad es el único mecanismo para poder acercarse al objeto (sujeto), esta visión de objetividad, teñida de Realidad y de Verdad, impide el cuestionamiento y reflexión del terapeuta sobre las diferentes alternativas de operar en la relación terapéutica, así, la objetividad, dentro de sus cánones rígidos, impide aportar novedad a las temáticas, por lo cual es el sujeto quien termina siendo cooptado por la objetividad con que intenta desenvolverse el especialista en las relaciones terapéuticas que establece²¹. El segundo aspecto es la irreflexividad del terapeuta en torno a los discursos de verdad y realidad, debido a la omnipotencia de la Verdad objetiva. La objetividad, por tanto, suprime las posibilidades de un trabajo político en terapia, ya que impide al terapeuta situarse como sujeto dentro del sistema terapéutico en pos de situar a la objetividad. De esta forma la posmodernidad al criticar la objetividad invita al terapeuta no sólo a posicionarse como sujeto dentro de la relación con el otro, sino que también, a desarrollar un constante diálogo con sus premisas, sus verdades y sus responsabilidades (Llorens, M., 2006).

La tan promulgada neutralidad en nuestra disciplina, ha sido otro de los factores que se pueden asociar al proceso de apolitización, de la que ha sido objeto la psicología de corte cientificista, la naturalización de los hechos sociales ha posicionado las categorizaciones dicotómicas que rigen nuestra disciplina, más allá de los acontecimientos históricos, sociales, religiosos, étnicos, educativos o ideológicos, produciendo no sólo una descontextualización de la concepción de salud y enfermedad a las distintas realidades culturales, sino que también una universalización de ella a todas las comunidades por igual. La recepción pasiva y dogmática de los principios básicos de salud y enfermedad²²

²¹ Léanse como ejemplos la necesidad de usar diagnósticos por parte de la psicoterapia moderna, la utilización de hipótesis únicas de trabajo a lo largo de las sesiones, la experticia del terapeuta en la pesquisa y descripción de los problemas psicológicos (propiciando monólogos) o el encasillamiento del sujeto en los discursos psicopatológicos del terapeuta.

²² La negatividad con que se asocia el concepto de enfermedad mental parece no ser una constante en todas las culturas. Existen ejemplos en que las *aflicciones del alma* son referidas como una posibilidad de superación del *espíritu*, por tanto, la enfermedad en estos contextos es una situación deseable, en tanto, permite un crecimiento del sujeto.

han producido un alejamiento progresivo del objeto de estudio, impidiendo también el compromiso no solo ético con el sujeto que padece, sino que también político en la involucración y deconstrucción de las condicionantes sociales que, en ocasiones, debido a la naturalización de las mismas, olvidamos se relacionan íntimamente con el concepto de enfermedad y con el de salud.

El alejamiento político de la disciplina en busca de la objetividad y la neutralidad, no sólo no ha logrado su cometido, sino que *“impunemente en nombre del más excelso “cientificismo” ha sido el impulsor de ideologías y prácticas destructivas”*. (Ídem, Pág. 4). Por lo que el esfuerzo de presentar a las disciplinas *psi* como espacios apolitizados y neutrales, puede considerarse un error de la ciencia, en tanto, es imposible desligar al sujeto del objeto, es decir no es posible hablar de objetividad por parte del cientista social²³. Sabidas son las utilizaciones de los distintos discursos psicológicos por los especialistas partícipes de los regímenes fascistas de Mussolini, Franco, Hitler o Stalin, para reprimir o justificar el asesinato de sus disidentes en nombre de la ciencia, Durante el régimen nazi, Hoche, uno de los psiquiatras más importantes de Alemania, hablaba sobre la *posibilidad de destruir la vida inmerecida*, refiriéndose a que los Judíos por sus cualidades psíquicas no tenían merecida la vida. En España, Bandres, es otro ejemplo, él explicaba el activismo marxista de las mujeres *como una debilidad de su desequilibrio psíquico*, ambas nociones de la realidad justificaron la captura, muerte y desaparición de más de setenta mil personas en Europa, a causa de sus desequilibrios psíquicos (Strous, R., 2006 en Llorens, M., 2006). En estos casos y en todos los cuales no son nombrados aquí, ha sido la Verdad unívoca y la irreflexividad sobre la misma, la fuente de tales aberraciones. La posmodernidad ha sido acusada de *ser demasiado permisiva* al deconstruir la posibilidad de una verdad absoluta. Esto es un error, ya que la posibilidad de asumir múltiples verdades permite y exige a los sujetos, en este caso los especialistas, ponerse en la posición de admitir que su posición no necesariamente es la mejor y por lo tanto defenderla en el diálogo reflexivo frente a los otros discursos posibles.

²³ Y de la ciencia si nos referimos a las aportaciones de la física cuántica.

La posición del terapeuta en la posmodernidad

En el marco de la formación de los futuros terapeutas, seguramente si se consulta sobre las razones vocacionales que les motivan hacia el trabajo terapéutico, las respuestas se orientaran hacia los discursos relacionados con *ayudar a la gente*. Con el tiempo, en el proceso de formación de los futuros terapeutas, esta vocación va tomando forma, en el proceso de construcción del objeto de estudio, por parte del formador, llevando a consultarnos sobre cuáles son las personas a las que deseamos *ayudar* y a qué deseamos *ayudarla*. Si se analiza la idea inicial, uno podría suponer una sospecha por parte del aspirante a psicólogo, de que la psicología es una disciplina enfocada a ayudar a las personas. El asunto es que, como hemos visto antes, existen dos posibilidades de ayudar a la persona: la primera, guarda relación con la visión de ayuda, de lo que el futuro especialista piensa que es lo mejor para la persona y, la segunda, es la relacionada con ayudar a la persona según lo que la persona indique como lo mejor. A estas alturas del relato, el lector atento, podrá suponer que tales posiciones están presentes en cada uno de los movimientos antes mencionados (modernidad y posmodernidad), sin embargo, se propone que ninguna de las dos posibilidades evidencia, por sí sola, lo que la propuesta posmoderna refiere como posibilidad de acción terapéutica, más lo que aparece como necesario es establecer una relación entre ambas.

Sin duda, una visión de ayuda a las personas, que no supone a la persona dentro de la construcción de la solución y la problemática, puede ser considerado como *asistencialismo* (Alayon, N., 2000), esto podría ser definido, como la posibilidad que otorga el poder de la Razón de suponer cuáles son las quejas y problemas que presenta la persona, y indicar, cuál es la mejor solución para el problema que el especialista construye sobre el sujeto. Por otro lado esta visión de ayuda genera una *dependencia* al terapeuta (Loredo, J., 2005), reproduciendo lógicas de poder ya explicitadas a lo largo del texto sobre el supuesto de una Verdad única poseída por la disciplina, mejor que todas las otras posibles ayudas, que se puedan prestar en busca de la solución de los problemas. Principalmente sobre esta base de entendimiento, es que la psicología de corte científicista ha enmarcado sus discursos y sobre los cuales se han dado los procesos referidos en el capítulo anterior. Ciertamente esta visión coincide con el supuesto de ayudar a la gente, careciendo como se mencionó con anterioridad de la pregunta de ¿A

qué gente se desea ayudar? Y agregando ¿Respecto de qué se desea ayudar a esta gente?

Por otro lado la postura de que la persona distinga cuál es la mejor solución para sus problemas (enfermedades, patologías), es incompatible, en sus inicios, con el establecimiento de una relación terapéutica (por la definición misma de terapia), en tanto que podemos, obviamente suponer, que si la persona acude en busca de ayuda, es porque no le está siendo posible distinguir cuál es la mejor solución a sus temáticas, por lo que, lo esperable, es que el establecimiento inicial de la terapia obligue a un posicionamiento del terapeuta como eje de las posibles soluciones a las problemáticas de quien consulta. Además, esta visión sin más, podría suponer una activación de quien consulta pero también una pasividad del terapeuta. Nuevamente volvemos a la idea de que deben ser respondidas las preguntas iniciales acerca de la construcción del objeto de estudio, es decir, ¿Cuál es la gente a la que deseamos ayudar? Y ¿En qué o a qué deseamos ayudarles? Podríamos suponer que, si el futuro psicólogo debe responder tales preguntas, la psicología debería hacer lo mismo.

La posmodernidad al referir la imposibilidad de generar parámetros unívocos sobre qué es el bienestar o malestar o la salud y la enfermedad, pone a los terapeutas ante una situación no enfrentada anteriormente, produciendo dos hechos que nos parece relevante mencionar, para entender cuáles son algunas de las condiciones actuales a las que se enfrenta el discurso de la enfermedad mental; primero una exigencia al terapeuta de posicionarse para explicitar sus parámetros éticos, estéticos y morales, y, por otra parte, la exigencia al terapeuta posmoderno de deformarse como especialista de las ciencias, a fin de atender a los cuestionamientos posmodernos y el socioconstruccionismo.

La propuesta de inexistencia de una Verdad exige al terapeuta decidir, dentro de la gran gama de posibilidades, cuáles serán los discursos que darán sentido a su práctica terapéutica, así entendemos que la aceptación de la existencia de una sola Realidad y una explicación unificadora para cualquier fenómeno, es una decisión del terapeuta, el cual opta, por sobre los otros múltiples discursos disponibles, siendo su decisión una distinción propia más que una realidad objetiva e innegable. En el caso de los parámetros elegidos para entender y aproximarse a la realidad y sus objetos, son, siempre y en primer lugar, una decisión política del terapeuta sobre cómo entenderá a la persona y su entorno, más que, la afirmación tácita y apriorística de la existencia Real de la

enfermedad mental, sus posibles tratamientos y el resto de sus constructos. Así, la posición que tome el terapeuta respecto al objeto, sus pares, la disciplina, la realidad y todos los demás aspectos relacionados con su quehacer, son, ante todo, una construcción desarrollada a la base de decisiones hechas sobre la amplia gama de discursos disponibles.

En el segundo caso, el posicionamiento desde sí mismo más que desde las verdades poseídas por la disciplina, debiese llevar al terapeuta posmoderno a la necesidad de transformar su praxis clínica, tanto en el proceso que se da en lo social, es decir, el cara a cara entre terapeuta y consultante (y terapeuta sociedad), así como, en la intimidad del otrora especialista. En este sentido, debiese existir una deformación y reformulación del especialista, como un sujeto que se encuentra en constante construcción dialéctica con su objeto, performando dialógicamente la realidad propia y del otro, en un eterno proceso de construcción disciplinar con los demás. Esto orientaría, enfocando desde una lógica socioconstruccionista, hacia la comprensión de que la única posición posible respecto al otro es la de paridad y la única relación con la disciplina es la de escepticismo. La opción del terapeuta que opta por liberarse de la objetividad pareciera tener que condecirse con la posición del terapeuta que ofrece la ayuda al otro en los parámetros de la búsqueda de la liberación (desindividualización), utilizando como herramienta el espacio terapéutico, suponiendo que desde aquí es posible realizar una deconstrucción de los discursos opresivos que, directa o indirectamente, han influido sobre el sujeto, desviando temas de índole social hacia la subjetividad y el individuo (Martín-Baró, I., 1986), enfermándolo, medicalizándolo, patologizándolo.

Comprender al terapeuta como un sujeto ético, social y político nace de la concepción de que las personas son éticas, sociales y políticas, y, que además, operan de tal forma en sus realidades particulares, por ende, sólo puede existir una superación de los conflictos desde una postura activa (en oposición a la neutralidad) de ambos participantes en la relación terapéutica, con independencia del enfoque psicológico que se utilice. Desde esta lógica ninguna de las dos posiciones mencionadas al inicio constituyen por sí mismas una alternativa real. También podríamos pensar, que ningún enfoque, por sí mismo, constituye las condiciones de posibilidad para orientar *la ayuda* hacia cierto tipo de sujetos, ciertos problemas específicos o ciertas formas de interpretar las relaciones que son posibles de establecer con el objeto de estudio.

Como se mencionó antes, la reflexión socioconstruccionista posmoderna nos hace reflexionar sobre dos efectos ligados a la comprensión del terapeuta como sujeto político, primero, que el terapeuta opera sobre distinciones mediadas por un ejercicio electivo entre discursos de la realidad y segundo, que el terapeuta es un sujeto en constante formación dialéctica con el objeto, esto, sumado a que es el terapeuta quien hace entrar al consultante en una relación normativa o liberadora, nos lleva a proponer que la práctica clínica es desde un inicio irrenunciablemente propia del terapeuta, es decir, el terapeuta es el responsable en primera instancia de proponer al sujeto (en un primer momento espectador) los posibles discursos sobre *bienestar* y *malestar* que guíen el trabajo terapéutico, sirvan como matriz en la construcción de los discursos del otro y orienten el espacio de terapia hacia la normatividad de los *procesos psicológicos* del sujeto o hacia la autonomía de este. El terapeuta, por tanto, debe reconocer que su accionar político liga su trabajo con la generación de distinciones para sí mismo y para los otros, y que también, este accionar político conlleva siempre consecuencias, las cuales son preferidas por los sujetos. En este caso el terapeuta, se ve en la encrucijada de preferir el desarrollo de un trabajo terapéutico que lleve consecuentemente hacia una discursividad emancipatorio u opresora en el sujeto.

Se propone que las distinciones patologizantes o liberadoras siempre están por encima del enfoque al que adscribe el terapeuta, siendo circunscritas, tales distinciones, a un posicionamiento de orden político por parte del terapeuta, reflejado en la decisión del trabajo y en las relaciones que entabla con el objeto de su disciplina. Es decir, el proceso terapéutico es más propio del terapeuta que de la disciplina, lo mismo sucede con la enfermedad, la salud, el bienestar y el malestar. La performance de estos discursos en realidades, surgirá de los diálogos, de índole liberadora o totalitaria, que el terapeuta establezca con quien solicita su ayuda.

Al dejar en un segundo plano los enfoques psicológicos y en primero al terapeuta y sus decisiones políticas, la visión posmoderna y socioconstruccionista cierran un problema de enfoque para abrir otro mucho más grande y de mayor profundidad, la problemática política en la psicoterapia. Suponiendo que toda distinción y/o decisión posible de hacer, dentro de los márgenes de la psicología, conlleva irremediabilmente una postura política por parte del terapeuta, la psicología queda irremisiblemente definida dentro de los marcos de posibilidad explicitados previamente por Ovejero (2002), es decir una que opta

por controlar a la gente y la otra que opta por liberarla, siendo ambas posibilidades remitidas a la posición del terapeuta frente al objeto más que a los límites de la psicología y sus enfoques. Es por tanto, irrenunciable exigir una respuesta al terapeuta y la disciplina sobre cuáles serán las personas a las que deseamos ayudar y en qué deseamos ayudarlas.

Hacia una psicología de la liberación.

Dentro de los marcos propuestos por Ovejero nuestra propuesta opta por desarrollar una psicología que este a la orden de la liberación de los sujetos, es decir, nuestra respuesta a las preguntas antes mencionadas será proponer la *ayuda* en torno a los sujetos oprimidos por los discursos socialmente establecidos (incluido el de enfermedad mental) y, esta ayuda, enfocarla hacia el desarrollo de un proceso de autonomía en los sujetos en miras a la (su) libertad.

Antes de que Ignacio Martín-Baró hablase de la psicología de la liberación, relacionándola con Latinoamérica y sus pueblos, esta fue concebida como un movimiento en busca de construir una metateoría de la psicología no individualista (Burtón, M., 2004). Pareciendo, en ese entonces, relacionar la individualización de lo psicológico con la no liberación de los sujetos, bajo la idea fundamental de que el desentendimiento de lo social conllevaba implicancias en la responsabilización de los sujetos del bienestar y malestar existente en todos los ámbitos de las cosas.

La desindividualización como práctica liberadora, fue desde principios de los sesenta un movimiento que cobraba fuerza en el ámbito de las ciencias sociales latinoamericanas. En este contexto las teorizaciones de Paulo Freire, desde el ámbito de la educación, fueron determinantes, principalmente en cuanto a la relación que éste establece entre lo que él denomina conscientización y liberación. Éste define la conscientización como el proceso mediante el cual los seres humanos, no como receptores, sino como sujetos de conocimiento, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad socio cultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad para transformar dicha realidad. Para él este proceso se da en tres etapas. En la primera el sujeto se transforma al ir cambiando su

realidad activamente mediante el diálogo con el otro. Luego, mediante el diálogo, la persona va comprendiendo²⁴ su mundo, asimilando dentro de este proceso los mecanismos que le oprimen y le deshumanizan, abriendo posibilidades para la acción sobre su entorno. Finalmente, la persona, a través de la conscientización, es capaz de generar un nuevo entendimiento de la realidad, de sí y su entorno recuperando su historia²⁵, ofreciendo esto posibilidades para reescribir su pasado y cimentar su futuro de manera autónoma. (Freire, P., 1972 en Martin-Baro, I., 1985). La conscientización articula de esta forma la dimensión social y política del sujeto, poniendo en relieve la historia del sujeto y su comunidad, en miras al desarrollo emancipatorio del sujeto.

La alternativa de ver al espacio terapéutico como un espacio generativo y de toma de conciencia es una distinción primeramente del terapeuta, el cual invita a quien consulta a entrar en un diálogo emancipatorio, es decir un diálogo de equiparidad con otros sujetos de conocimiento en el cual se construyan y deconstruyan realidades y conformen nuevos entendimientos sobre la realidad.

Un término relevante a tratar debido a la importancia que tiene para los enfoques desindividualizantes, así como también para los enfoques posmodernos en psicología y la comprensión de la idea de conscientización, es el concepto de autonomía, para Castoriadis la autonomía se relaciona con el cuestionamiento del sujeto sobre las significaciones y fundamentos de la realidad más que de los hechos ligados a ella, la generación de autonomía estaría al servicio de un tipo nuevo de sociedad y también de un nuevo tipo de individuos. La autonomía por tanto estaría ligada al cuestionamiento de las certezas y a la oposición política ante cualquier proyecto o discurso irreflexivo (Castoriadis, C., 1997).

Todo proyecto de psicología que busque liberar al sujeto debe pasar previamente por preguntarse sobre las ataduras generadas por las construcciones existentes sobre el sujeto en el ámbito de sus posibilidades. La deconstrucción y reformulación de estas es fundamental para la construcción de un sujeto autónomo, es decir ese sujeto

²⁴ El autor utiliza el término decodificar en vez de comprender

²⁵ Memoria histórica en palabras del autor.

“que es capaz de darse a sí mismo, reflexivamente, según sus propias leyes de existencia y de decidir acerca de su propio modo de ser. Un ser capaz de enjuiciar de forma crítica, en todo momento, las leyes que determinan su modo de existencia y, eventualmente, de modificarlas” (Castoriadis, C., 2001 en Ibáñez, T., 2005, Pág. 110).

La autonomía por tanto estaría en íntima relación con la generación de una verdad propia, reflexiva, crítica y modificable. Entonces, si aceptamos la idea política, de que la praxis psicológica es en un principio irrenunciablemente propia del terapeuta y, que reside en sus relaciones, entre la cotidianeidad y sus premisas, la forma en que se aproxime a los sujetos en la práctica clínica, es necesario, que el mismo terapeuta conviva con su entorno de forma autónoma, es decir que sea el terapeuta en su diario vivir capaz de actuar según sus propias leyes de existencia y su propio modo de ser, así, desde su propio existir autónomo, propiciar la toma de consciencia y la autonomía del otro en una relación dialógica y dialéctica hacia la libertad.

La condición previa de autonomía permitirá al especialista develar las construcciones sociales tendientes a ocultar la relación entre los padecimientos del individuo y la opresión social que este vive en su cotidianeidad, mostrando las relaciones histórico-culturales renegadas, que son capaces de explicar las enfermedades mentales en la actualidad, de mejor forma que las explicaciones científicas circuncidantes y tan ampliamente criticadas por la misma ciencia.

La posición del terapeuta por tanto, debe dirigirse hacia la formación de sujetos libres en el sentido propuesto por Castoriadis, para ello no necesariamente hace falta enfoque al cual adscribirse, sino que debe existir la *necesidad y voluntad política real de ayudar a la gente* a decidir qué es lo mejor para sí. Es decir, debe existir una conversión altruista del terapeuta, reenfocando el discurso de especialista y su poder hacia el sujeto, otorgándole a este, mediante la autonomía, la posibilidad real de ejercer poder sobre sí mismo, liberándose de los discursos científicos de la psicología que se encargan constantemente de recordarle sus *carencias, culpas y la gravedad* de sus aflicciones cotidianas, generando nuevos discursos gratos de narrar.

Lo que se esconde tras esta propuesta es que no sean los conceptos (en este caso de enfermedad) los que convoquen a la Realidad, sino la realidad, en los términos

planteados por la posmodernidad, la que busque a los conceptos; que no sean las teorías quienes definan nuestra situación sino que sean lo que signifiquemos como problemático lo que reclame sus propios discursos. Se trata de cambiar el cientificismo metodológico por un realismo crítico, no para institucionalizar una nueva institución sino que para fomentar un cuestionamiento autónomo de lo que decidimos en conjunto, mediante el diálogo cotidiano y no el monólogo entre especialistas, como lo real.

La invitación, sería por tanto, practicar una psicología que este a la orden de las problemáticas del sujeto desobjetivado, no solo en la generación de un núcleo de resistencia dentro de la disciplina psicológica, sino que participando en un activismo capaz de confrontar a la modernidad en sus supuestos y discursos, en sus categorizaciones y ataduras, generando una forma de ser, pensar y vivir deformada y reformada, e incluso, en algunos casos, inventada. La reconstitución de un saber disciplinar debe entrar en un diálogo constante con las premisas modernas, puesto que, la deconstrucción de todo saber psicológico parece ser una de las posibilidades más complejas y ciertas de desindividualizar al sujeto en miras a un diálogo para la liberación.

A modo de apertura (o conclusión)

La propuesta socioconstruccionista, al alero del discurso posmoderno, abre un gran abanico de posibilidades para la deconstrucción del discurso científico moderno y la construcción de discursos reflexivos, alternativos y/o antagónicos para comprender al sujeto y su realidad. El posicionamiento de la variable histórica, dentro de la generación de las realidades, nutre de sentido las comprensiones de nuestras certezas, posibilitando el cuestionamiento de los grandes relatos construidos por la modernidad. Así también, la comprensión cultural de nuestras convenciones y construcciones, permite posicionar y contextualizar nuestras premisas sobre lo que se ha considerado como cierto, develando la carencia de sentido de los discursos totalizantes y poniendo en evidencia la imposibilidad de referir a una Verdad absoluta.

La imposibilidad de una Verdad, bajo la propuesta de la existencia de múltiples realidades, conlleva a dos situaciones importantísimas para el desarrollo de las ciencias sociales, la primera es la imposibilidad de dirimir apriorísticamente entre una mejor o peor propuesta de verdad y segundo, y más importante, responsabilizar a quien propone una verdad de las consecuencias de su pensar. Con respecto a lo anterior si se asume la imposibilidad de dirimir entre lo mejor y lo peor debemos rechazar la posibilidad de dirimir apriorísticamente entre el bien y el mal, y por tanto entre el bienestar o el malestar. De esta forma, el discurso científico psicopatológico, es uno más de los posibles discursos acerca de lo que es el bienestar y el malestar. Es decir, es imposible definir con certeza el concepto de enfermedad mental y menos aún decir que el discurso de la enfermedad mental propuesto por el cientificismo es un discurso acabado al respecto.

Este aspecto es crítico a la hora de desarrollar políticas públicas en torno al tema psicopatológico. En este caso, la postergación de las variables relacionales, con su

consecuente individualización de los *problemas mentales*, conlleva como mínimo, que en la práctica, el único diagnóstico psicopatológico cubierto por el plan AUGE, la depresión²⁶, sea tratado en un ámbito sintomático, principalmente medicando, siendo obviada de las políticas de salud el cuestionamiento a las variables sociales que inciden en la aparición del conjunto de síntomas que se han sindicado como depresivos. Parece ser más fácil como decía Dammert (2009), individualizar las problemáticas y sedar los síntomas, que aceptar el momento de crisis de la sociedad moderna y cuestionar sus fundamentos, por ejemplo el neoliberalismo y sus consecuencias en las personas, como la inseguridad y la explotación.

Reflexionando en torno a que los trastornos más frecuentes en la población chilena resultan ser la Agorafobia²⁷ sin Crisis de Pánico (Kohn, R., Levav, I., Caldas, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B., 2005), con un 11,1% de la población chilena, seguido por la fobia social con un 10,2%, no será más pertinente, en el desarrollo de políticas de salud mental, relacionar las altas tasas de inseguridad social a este trastorno, que suponer que una de cada cinco personas tiene una aflicción individual ansiosa que se expresa con el medio y que debe ser medicada. Incluso, yendo más allá, no será que la descripción de los síntomas que se relacionan con la agorafobia son síntomas que describen mejor una forma de relación que se da a nivel social, que la caracterización de las formas de ser del sujeto aislado.

Podemos suponer que, la aceptación de la existencia de una Verdad única, ha conllevado la tenencia de un poder reflejado en el trinomio saber/verdad/poder, en el caso de la enfermedad mental, la tenencia de la verdad y el saber por parte de las disciplinas *psi*, ha sido rica fuente de poder para estas disciplinas, el cual, no siempre ha sido utilizado en busca del bienestar de los sujetos, generando por ejemplo, categorías

²⁶ El tratamiento para la depresión, es entendido dentro del marco de las políticas públicas, principalmente desde un enfoque médico y farmacológico, la psicoterapia es entendida, no como un tratamiento para la superación de la sintomatología depresiva, sino que un acompañamiento del tratamiento médico. Esta concepción guarda relación directa con la mantención de prácticas medicalizantes y patologizantes hacia el sujeto.

²⁷ La Agorafobia está caracterizado, según el DSM-IV, por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (APA, 2002).

estigmatizantes, altos niveles de medicalización, patologización, discursos individualizantes, entre otros, provocando sufrimiento en el sujeto, además de un discurso patologizante ampliamente difundido y la correspondiente necesidad de ayuda psicológica, provocando una individualización de los problemas y una desproblematización del entorno social del sujeto. Este fenómeno hace necesario una revisión del discurso científico y de las políticas de salud mental, reenfocando al sujeto respecto a las relaciones que establece con el medio, bajo el supuesto de que éste es indisociable de sus relaciones.

En otro ámbito, el planteamiento moderno de la terapia imbuye de poder al terapeuta en su condición de especialista, en este sentido el terapeuta tiene dos posibilidades, la primera es actuar en concordancia con su posición de especialista y entablar una relación monológica con las problemáticas de la persona, bajo el supuesto de que los problemas se encuentran dentro del sujeto y, que él, como especialista, tiene ciertas experticias por el hecho de saber. La segunda opción es proponer un diálogo entre el sujeto, la afección, las relaciones establecidas y el terapeuta, orientado a la deconstrucción de las narrativas y a la autonomía del sujeto respecto a sus problemas, en este caso, el terapeuta tendría, como función política, ponerse al servicio de la creación de la generación de consciencia del sujeto respecto a su realidad, planteando así las bases para la creación de un sujeto autónomo capaz de decidir sus verdades y las relaciones que establece.

El rol del psicólogo, en cierto sentido, no ha logrado desligarse jamás del concepto de problema (y desde ahí al concepto de enfermedad). Sin embargo, desde el construccionismo social dialógico, la propuesta es buscar comprender el problema anclado en la forma de definir un espacio relacional. Así, la intervención que tenga sentido, será aquella que logre disolver la tensión dialógica que hay entre el sujeto y sus propias definiciones de los espacios relacionales de los que es partícipe.

En este sentido, el terapeuta debe ser entendido (y entenderse a sí mismo) como un sujeto en busca de la autonomía y al servicio de la construcción de ella en los otros, bajo el supuesto, de que la libertad se produce cuando el sujeto se hace consciente y es capaz de decidir, este paso de emancipación, es la alternativa por la que opta esta memoria, no olvidando, que la conquista de la libertad, es consecuente con el desarrollo de una sociedad de las mismas características.

Se espera que el desarrollo de esta memoria, sea uno más de los pequeños pasos, que orienten el trabajo y el desarrollo psicoterapéutico, en miras al establecimiento de teorías y enfoques, que no solo corran junto a la modernidad como alternativas y/o se yergan como focos acotados de resistencia dentro de la disciplina, sino que sean capaces de posicionarse frente al discurso cientificista, confrontando premisas, deconstruyendo verdades y construyendo junto al sujeto una realidad social más igualitaria, libre y justa.

Bibliografía

Alayón, N. (1989). *Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?* Buenos Aires: Humanitas.

Badinter, E. (1981) *¿Existe el amor maternal?*, Buenos Aires: Paidós.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001): Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.

Beck, U. (1998) *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.

Benegas, J. R. (2006) Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Departamento de medicina preventiva y salud pública. Universidad de autónoma de Madrid*, 22, 353-362.

Billig, M. (1997): "The dialogic unconscious: psycho-analysis, discursive psychology and the nature of repression". *British Journal of Social Psychology*, 36, 139-159.

Blech, J. (2005) *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.

Botella, L., Pacheco, M., y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 37, 7-30

Bryington, C. (2003) Psiquiatría y Política. La psicoterapia individual y Colectiva en el Nacional Socialismo, un Estudio de la Psicología Simbólica. Junguiana, *Revista de la Sociedad Brasileña de Psicología Analítica*, 21, 46-62.

Burton, M. (2004) La psicología de la liberación: aprendiendo de América Latina. *Polis* 04, 1, 101-124.

Cambra, J. (1982) La teoría crítica y el problema del método en las ciencias sociales, *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 17, 53-64.

Cañón, O., Peláez, M. y Noreña, N. (2005) Reflexiones sobre el socioconstruccionismo en psicología. *Diversitas*, 2, 238-245.

Carr, R. (1990): *España, 1808-1975*, Barcelona: Ariel.

Castoriadis, C. (2004) *Poder, política, autonomía en "Un mundo fragmentado"*. Buenos Aires: Altamira,

Cornejo, C. (2005) Las dos culturas de/en psicología. *Revista de psicología Universidad de Chile*, 14, 189-208.

Dammert, L. (2009) *Chile: ¿el país más seguro de América Latina?* Santiago: FLACSO Chile, Documentos Electrónicos.

Díaz, E., (Comp.) (1994) *La producción del conocimiento científico*. Buenos Aires: Biblos.

Epston, D. y White, M. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Fernández, P (2005). Aprioris para una Psicología de la cultura. *Athenea Digital*, 7, 1-15. Extraído el 12 de Julio desde <http://antalya.uab.es/athenea/num7/fernandez.pdf>

Foucault, M. (1991) *Saber y verdad*. Madrid: La piqueta.

Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires: FCE.

Garay, A., Iñiguez, L. y Martínez, L. (2005) La perspectiva discursiva en psicología social. *Revista subjetividad y procesos cognitivos*, 7, 105-130.

Gergen, K. (2006) *El Yo Saturado. Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. y Mcnamee, S. (2000) *desde el discurso del trastorno al diálogo transformativo*. En Neimeyer & Raskin (Eds.), *The Construction of Disorder*, APA Press.

Gergen, K. y Warhus, L. (2001) La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Revista sistemas familiares*, 1, 8-22.

Gubber, R. (2001) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.

Guinsberg, E. (1996) *Normalidad, conflicto psíquico y control social*. Ciudad de México: Plaza y Valdés

Guinsberg, E. (2001) *La salud mental en el neoliberalismo*. Ciudad de México: Plaza y Valdez.

Huertas, R. (2001) Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*. 1, 9-36.

Ibáñez, T. (2001) *Municiones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa

Ibáñez, T. (2005) *Contra la dominación. Variaciones sobre la salvaje exigencia de libertad que brota del relativismo y de las consonancias entre Castoriadis, Foucault, Rorty y Serres*. Barcelona: Gedisa.

Íñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era 'post-construccionista'. *Athenea Digital*, 8, 1-7 Extraído el 21 de Julio desde <http://antalya.uab.es/athenea/num8/siniguez.pdf>

Jauregui, I. (2008) Psicopatía, ideología y sociedad. *Nómadas*, 18. Extraído el 11 de Julio de 2009 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/181/18101805.pdf>

Jauregui, I y Méndez, P. (2006) Familia: bisagra en el divorcio entre educación y sociedad. *Nómadas*, 14. Extraído el 11 de Julio de 2009 desde <http://revistas.ucm.es/cps/15786730/articulos/NOMA0606220199A.PDF>

Jorquera, V. (2007). Psicologización, poder constituyente y autonomía. *Athenea Digital*, 12, 38-61. Extraído el 11 de Julio de 2009 desde <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/421>

Kleinplatz, P. y Moser, C. (2004) El DSM-IV y las parafilias: un argumento para su retirada. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 19, 31-56.

Kohn, R., Levav, I., Caldas, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 18, 229-240. Extraído el 20 de septiembre de 2009 desde <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>

Ledezma, N (2005). Modernidad y Psicología: una disyuntiva y una paradoja. *Athenea Digital*, 8, 1-17 Extraído el 21 de Julio desde <http://antalya.uab.es/athenea/num8/Ledezma.pdf>

Lledó, E. (1996) *Lenguaje e historia*. Madrid: Alianza

Llorens, M. (2006) *El Lugar de los Derechos Humanos en la Psicología Clínica*. Extraído el 12 de Julio de 2009 desde http://www.spdecaracas.com.ve/download/cdt_417.doc

Loredo, J. (2005) Acerca de las tecnologías psicológicas. *Revista de antropología Latinoamericana*, N° Especial Noviembre-Diciembre de 2005. 1-37

Lyotard, J. F. (1990) *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. México: Rei.

Mañón, G. (2006) *Ética y pluralidad cultural: hacia una ética de la cultura*. Extraído el 30 de Agosto desde <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2312/10.pdf>

Márquez, S. y Meneu, R. (2003) La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5, 47-53

Martín, F. (2006) Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del psicólogo*, 27. Extraído el 13 de Agosto de 2009 desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=1342>

Martín-Baro, I. (1986) Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*. 22, 219-231.

Martín-Baró, I. (1985) "El papel del psicólogo en el contexto centroamericano", *Boletín de Psicología*, 4, 99-112.

Maturana, H (1988) "Ontología del conversar". *Revista Terapia Psicológica*. 10, 15-23

Maturana, H. & Varela, F. (1995) *La realidad: ¿objetiva o construida?* Barcelona: Anthropos

Maturana, H. & Varela, F. (2004) *El árbol del conocimiento*. Buenos Aires: Lumen.

Moral, M. (2008) Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104

Moreira, V. (2007) Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: una lectura fenomenológica mundana. *PSIKHE*, 16, 129-137

Morin, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Moya, J. (1999) La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 693-702

Moynihan, R. (2002) Sentirse enfermos: la industria farmaceutica y el disease mongering. *British Medical Journal*, 324, 886-891.

Muñoz, J. (2002) Objetividad y verdad. Sobre el vigor contemporáneo de la falacia objetivista. *Revista de Filosofía*, 27, 161-190

Ovejero, A. (2002). Principales aportaciones de Ortega y Gasset a la Psicología social construccionista y post positivista. *Athenea Digital*, 2, 1-6. Extraído el 01 de Agosto desde <http://antalya.uab.es/athenea/num2/ovejero.pdf>

Robledo, H. (2006). Un trastorno posmoderno (psicología, sociedad y déficit de atención). *Athenea Digital*, 9. Extraído el 01 de Agosto de 2009 desde <http://antalya.uab.es/athenea/num9/Robledo.pdf>.

Rodríguez, S. (2008) El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2, 71-85

Rosaldo, R., (1991) *cultura y verdad: nueva propuesta de análisis social*. México: Grijalbo.

Shotter, John (2000). *Realidades conversacionales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Súper intendencia de salud (2008). *Estadísticas de prestaciones de salud*. Extraído el 22 de Septiembre de 2009 desde www.supersalud.cl/documentacion/569/article-5368.html

Szasz, T. (1981) *La fabricación de la locura: Estudio comparado de la Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental*. Barcelona: Káiros.

Szasz, T. (1989) Contra el Estado terapéutico. Derechos individuales y drogas. *Nueva sociedad*, 102, 173-182

Vara, A. M. (2008) Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o disease mongering. *Evidencia: actualización en la práctica ambulatoria*. 11, 130-132

Vásquez, A. (2006) Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. *PSIKEBA Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales* Extraído el 17 de Mayo desde <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatria.htm>

Vivas, P. (2008). Reseña de Pastor, J. y Ovejero, A. (2008) "Michel Foucault, caja de herramientas contra la dominación". *Athenea Digital*, 13, 271-273.

Von Glaserfeld, E. (1994) *Despedida de la objetividad* En Schnitman, D. (Comp.) *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos aires: Paidós.

Zuluaga, G. (2006) *La construcción cultural de la salud y la enfermedad. Aproximación desde un diálogo intercultural*. Conferencia presentada en el Seminario Internacional de Etnoecología y Conocimiento Tradicional, Universidad del Rosario y Universidad Complutense de Madrid.

Agradecimientos.

Hay que tener certeza de que existe una gran diferencia entre un proceso y un producto, no existiendo siempre una relación directa entre ambos.

Los agradecimientos por el proceso que concluye con esta memoria, van directamente a la gente que me ama y a la que amo. A mis padres (Eduardo y Miriam), mis hermanas (Lily y Fufa), a mi pareja (Tamara) que fueron fuente, directa e indirecta, de constante fuerza cuando flaqueaba, cuando ya no quería y las muchas veces que sentí que me quedaba grande la vida.

También a mis amigos (en orden alfabético) que siempre me ofrecieron ayuda y alegría cuando me faltaba la sonrisa: Ale, Armando, Belén, Esteban, Ítalo, Natham, Lalo, Nico, Pato, Pedro, Pelao, además de los otros que no he nombrado y saben que me alegraron y me conocen olvidadizo. A los demás, que, desde más atrás que estos, me alegraron y llevaron a tomar los caminos que tomé y que también, por destino, tomaron otros caminos.

A los pocos profesores que me mostraron que valía la pena seguir y que siguen luchando por mostrar lo mismo a los otros muchos desencantados. También a la gente de Eqtasis que me ha acompañado en mi formación disciplinar.

En tanto a producto, debo agradecer a mi familia por hacerme saber que estaban ahí, a Pedro por escucharme, orientarme y desorientarme, a Felipe por poner el hombro, darme oportunidades, alternativas y estar siempre a disposición cuando desvariaba, a Tamara por su infinito cariño y aliento, a hij por darme el empujón que necesitaba para empezar y al resto de la gente que me fue mostrando los caminos que había que tomar (y que no había que tomar) en pos de hacer una sociedad más libre e igualitaria.

Finalmente mi agradecimiento a las personas, que en terapia, me han mostrado que es posible deformarse y reformarse, mostrándome con esto que la autonomía es una lucha de todos los sujetos.