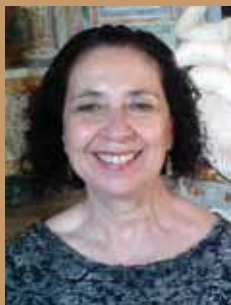


La nueva epistemología y la salud mental en México



LUIS EDUARDO PRIMERO RIVAS
MARCELA BIAGINI ALARCÓN
(Coordinadores)



Marcela I. Biagini Alarcón es licenciada en psicología por la Universidad de Chile. Especialista en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo y Maestra en Psicología Clínica por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Está certificada como Terapeuta en *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia* por la Sociedad Internacional correspondiente. Colabora en la impartición de diversos cursos y talleres práctico-metodológicos vinculados a tratamiento de la violencia con enfoque de género y es Profesora Asociada del Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina “Género, Sexualidad y Salud Reproductiva” de la Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, UNAM. Actualmente es Coordinadora del Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, siendo sus principales líneas de interés el tratamiento de pacientes víctimas de violencia de pareja y el abordaje psicoterapéutico de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.



Luis Eduardo Primero Rivas es profesor fundador de la Universidad Pedagógica Nacional y licenciado, maestro y doctor en filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es Investigador Nacional desde el año 2004 y actualmente Coordinador General del Seminario Permanente de Investigación sobre la Nueva Epistemología, proyecto surgido de la publicación en el año 2012 del libro *Perfil de la nueva epistemología*, co-escrito con Mauricio Beuchot. A la fecha, el crecimiento de la nueva epistemología se expresa en diversas publicaciones e incluso en el curso MOOC “Introducción a la nueva epistemología” producido por la UPN –a través del Área de Difusión y Extensión Universitaria– y transmitido del 5 de septiembre al 13 de noviembre del 2016 por el Portal *MéxicoX* de la Secretaría de Educación Pública.

Esta publicación expresa tanto una colaboración entre dos secretarías de Estado –la de Educación Pública y la de Salud–, como la aplicación de una epistemología hecha en la UPN que ahora avanza en distintos espacios nacionales e internacionales. También ofrece al lector un recorrido por el quehacer del psicoterapeuta en varios contextos, desde la conceptualización de autores que comparten la meta por la procuración de la salud mental, y que lo hacen desde diferentes saberes.

El libro que tiene la virtud de reunir diversos conocimientos que ilustran al lector sobre el quehacer clínico con intervenciones y propuestas novedosas que responden a las necesidades de las personas que buscan ayuda en diferentes escenarios, siempre atentos de reconocer y atender las necesidades sentidas por las poblaciones en cuestión. Se trata de un texto novedoso que será tanto de interés para personas en formación, como para profesionales establecidos y para aquellos interesados en los temas de la atención de personas con una salud mental comprometida. Asimismo ofrece las contribuciones de los especialistas de los principales centros de atención de la salud mental en México (el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez), así como los consagrados filósofos como Mauricio Beuchot Puente y Ricardo Blanco Beledo.

La nueva epistemología y la salud mental en México

La nueva epistemología y la salud mental en México

Luis Eduardo Primero Rivas
Marcela Biagini Alarcón
Coordinadores

La nueva epistemología y la salud mental en México

Luis Eduardo Primero Rivas (UPN)

Marcela Biagini Alarcón (INP)

coordinadores

Primera edición, marzo de 2017

© Derechos reservados por la Universidad Pedagógica Nacional
Esta edición es propiedad de la Universidad Pedagógica Nacional, Carretera al Ajusco 24, col.
Héroes de Padierna, Tlalpan, CP 14200, Ciudad de México
www.upn.mx

© Derechos reservados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Esta edición es propiedad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz,
Calzada México Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, CP 14370 Ciudad de México
inprf.gob.mx
Esta obra fue dictaminada por pares académicos.
ISBN UPN 978-607-413-257-1
ISBN INP 978-607-460-562-4

RA790.7	
M6	
N8.4	La nueva epistemología y la salud mental en México / coord. Luis Eduardo Primero Rivas, Marcela Biagini Alarcón. - - México : UPN, 2016. ISBN UPN 978-607-413-257-1 ISBN INP 978-607-460-562-4 1 recurso electrónico 290 p.) : 3.8 Mb. ; archivo PDF - - (Horizontes educativos)
	1. Salud mental – México 1.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Pedagógica Nacional y del Instituto Nacional de Psiquiatría, 2017, por lo que queda prohibida la reproducción total o parcial en cualquier medio, sin la autorización previa por escrito de los editores.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
---------------------------	----------

María Elena Medina-Mora

PRIMERA PARTE

LA EPISTEMOLOGÍA EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

CAPÍTULO I

INICIACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA PRÁCTICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ	17
---	-----------

Andrés Roche

CAPÍTULO 2

EPISTEMOLOGÍA Y PSICOTERAPIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.....	27
--	-----------

José Ibarreche Beltrán

CAPÍTULO 3

PEDAGOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ	35
--	-----------

Juan Ignacio Rosales Barrera

CAPÍTULO 4	
RESTITUIR LO PSÍQUICO; EL ORDEN DE LO HUMANO	
Y DE LA CIENCIA	41

Alberto Sanen Luna

CAPÍTULO 5	
PSICOANÁLISIS-PSICOANALISTA-INSTITUCIÓN:	
DEMANDA, HACER Y ESTAR.....	53

Marco Antonio Loyda Alemán

SEGUNDA PARTE

INVESTIGACIÓN Y EPISTEMOLOGÍA EN EL INSTITUTO

NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

CAPÍTULO 6	
INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES	
DE ALCOHOL: RESULTADOS DE UNA APLICACIÓN	
EN UNA REGIÓN INDÍGENA EN MÉXICO	67

Guillermina Natera, Fransilvania Callejas

CAPÍTULO 7	
UNA MIRADA AL SIGNIFICADO DE SER MUJER	
EN LA URBE METROPOLITANA DEL SIGLO XXI	79

Margarita de la Cruz López

CAPÍTULO 8	
MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	
GRUPAL PARA MUJERES RECEPTORAS DE VIOLENCIA	95

Marcela Biagini Alarcón

CAPÍTULO 9	
TERAPIA SISTÉMICA, UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
DIFERENTE	109

Alfredo Whaley Sánchez

CAPÍTULO 10	
DIVERSIDAD SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN	117

Beatriz Cerda De la O

CAPÍTULO 11	
PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA	133

Marcela Biagini Alarcón

CAPÍTULO 12	
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	
EN LA ADOLESCENCIA	149

Andrés Rodríguez Delgado

CAPÍTULO 13	
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD,	
CONSIDERACIONES GENERALES	163

Iván Arango de Montis

TERCERA PARTE
PENSAR DESDE LA FILOSOFÍA Y LA EDUCACIÓN

CAPÍTULO 14	
REFLEXIONES SOBRE LA ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA	
Y LA PSICOTERAPIA	175

Mauricio Beuchot

CAPÍTULO 15	
POSMODERNIDAD, PSICOANÁLISIS, HERMENÉUTICA.	
APROXIMACIÓN AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO	
DE LAS NUEVAS SUBJETIVIDADES	189

Ricardo Blanco, Yolanda Alquicira, Olga Granados, Patricia Robles

CAPÍTULO 16	
LA PEDAGOGÍA DE LO COTIDIANO Y SU CONCEPTO DE EDUCACIÓN COMO APOYO A LA PSICOLOGÍA HUMANA	207
<i>Ulises Cedillo Bedolla</i>	
CAPÍTULO 17	
VIDAS SIN RUMBO O EL EXTRAVÍO (CASI) GENERALIZADO	227
<i>Fernando Torres García</i>	
CAPÍTULO 18	
CONOCER EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL DESDE LA NUEVA EPISTEMOLOGÍA	243
<i>Luis Eduardo Primero Rivas</i>	
ANEXO	
CONSIDERACIONES PARA PROMOVER LA CONFORMACIÓN DE FAMILIAS ACTIVAS.....	265
<i>Idea y texto de Luis Eduardo Primero Rivas</i>	

PRESENTACIÓN

María Elena Medina-Mora Icaza¹

Este muy interesante libro –“*La nueva epistemología y la salud mental en México*”– editado por Luis Eduardo Primero Rivas y Marcela Biagini Alarcón, nos ofrece un recorrido por el quehacer del psicoterapeuta en diferentes contextos, desde la visión de autores que comparten la misión por la procuración de la salud mental, y que lo hacen desde diferentes saberes.

Inicia con un recorrido por los hospitales psiquiátricos, comenzando por el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* (HPFBA).

¹ Doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. A partir de 2006 es Miembro de El Colegio Nacional. Actualmente ocupa el puesto de Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*. Es Investigadora Nacional Nivel III. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Ciencias, del Panel de Expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud en Adicciones. Es profesora de las Facultades de Medicina y Psicología de la UNAM y tiene nombramiento como “Adjunt Professor” de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Ha publicado más de 330 artículos en revistas indexadas, 200 capítulos de libros y 18 libros y manuales. Entre otros reconocimientos recibió el Premio Nacional de Salud Pública “Gerardo Varela” del Consejo de Salubridad General (1986), el “National Award of Excellence in Research by a Senior Investigator” (2007), otorgado por el National Hispanic Science Network on Drug Abuse y el “National Institute on Drug Abuse (NIDA) International Program Awards of Excellence in International Leadership” (2011).

En su primer capítulo, *Iniciación fenomenológica en la práctica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*, Andrés Roche nos recuerda que es la vivencia fenomenológica la esencia del clínico, plantea que en el tránsito histórico para conocer a la mente humana se han tenido tres metamorfosis teóricas en el conocimiento de la mente humana: ficticia o teológica, esfuerzos de la razón para comprender al “yo” y la verdad científica basada en evidencia fenomenológica. Comenta que hemos arrastrado las tres ideas y que deberíamos mantenernos en el conocimiento puro y objetivo, especialmente del funcionamiento del cerebro junto con la evidencia clínica, para hacer distinciones de los fenómenos lo más precisas posibles y enriquecer este saber con las autoconfidencias de las personas que enferman.

En su segundo capítulo *Epistemología y Psicoterapia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*, José Ibarreche Beltrán comenta que en el HPFBA el ejercicio de la psiquiatría se da desde un panorama global. Explica cómo en el *Fray* se iniciaron proyectos como la terapia institucional, grupos de reflexión y los grupos operativos. Epistemológicamente en el *Fray* les interesan tres dimensiones: la erudita, la curativa y la ética. También los procesos subjetivos como la intuición, la empatía, lo cualitativo y lo emocional. Muestra cómo el HPFBA “se encuentra inmerso en el paradigma psicoterapéutico contemporáneo”.

En el capítulo *Pedagogía psiquiátrica en el HPFBA*, Juan Ignacio Rosales Barrera hace un recorrido histórico de la enseñanza en psiquiatría y destaca el trabajo del hospital HPFBA para formar profesionales de la salud mental. Hace mención de una generación de psiquiatras (1933 a 1952) como los desarrolladores de la atención psiquiátrica en México y sobre cómo se incorporaron los avances científicos, de las ciencias sociales y modelos terapéuticos.

Restituir lo psíquico; el orden de lo humano y de la ciencia es el capítulo de Alberto Sanen Luna, y plasma la idea de que una nueva epistemología en el campo *psi* requiere dar un vistazo a pensamientos antiguos para regresar al origen y la génesis de los

cuestionamientos humanos, para rescatar el diálogo como el puente entre lo psíquico y lo material. Entender que el estudio de lo psíquico debe integrar la subjetividad ontológica permitiendo, más no omitiendo una ruptura epistemológica que finalizará en puentes e intercambio de saberes entre ambas posturas.

Para concluir esta primera parte Marco Antonio Loyda Alemán, nos ofrece el capítulo *Psicoanálisis-Psicoanalista-Institución: Demanda, hacer y estar*. El autor basa su texto en la experiencia del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro* (HPIJNN) en donde no solo se pretende incidir en el sujeto, sino también hacerlo en su medio. Como es necesario atender lo “urgente”, se pregunta “¿cuál es el papel del analista?”. Plantea que en algunos casos es posible llegar al análisis y de lo contrario se ofrece psicoterapia; para él en eso consiste el saber hacer, estar: se atiende la emergencia, se escucha, hay transferencia, hay deseo, psicoterapia y un posible análisis. Nos recuerda que lo importante es escuchar más allá de la emergencia.

La segunda parte del texto trata sobre *Investigación y Epistemología en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. Guillermina Natera y Fransilvania Callejas, nos ofrecen su experiencia en un capítulo al que denominan *Intervención breve para familiares de consumidores de alcohol: Resultados de una aplicación en una región indígena en México*. El caso presentado ocurre en una comunidad hñahñu, en el que las autoras trabajaron ofreciendo tratamiento a un grupo de mujeres, mismo que evaluaron a través de un estudio cuasi experimental, de casos y controles con evaluación pre, post y de seguimiento. Muestran la experiencia lograda en la reducción de síntomas y el cambio en la forma de afrontamiento a un problema grave de salud pública.

Margarita de la Cruz López nos ofrece el capítulo *Una mirada al significado de ser mujer en la urbe metropolitana del Siglo XXI*. Ejemplifica los casos de mujeres indígenas y las ciudadinas; hace mención de mujeres relevantes en la historia universal, destacando el papel del movimiento feminista y su transición a líneas de pensamiento

y aplicaciones metodológicas para el estudio de las desigualdades; cuestiona por qué se sigue preservando la inequidad de género y describe cuáles son los desafíos.

Marcela Biagini Alarcón ofrece dos capítulos; uno se titula *Modelo de intervención psicoterapéutica grupal para mujeres receptoras de violencia*, y en él propone un modelo de psicoterapia grupal de orientación interpersonal, basado en la psicoterapia de grupo existencial de Yalom y describe los factores curativos involucrados; el otro se llama *Psicoterapia focalizada en la transferencia* y ahí plantea que el tratamiento para pacientes con personalidad limítrofe generalmente era de apoyo y no se esperaba autonomía, pero que la psicoterapia focalizada en la transferencia plantea otras posibilidades, con una estructura de fijación de límites y atención al beneficio secundario de la enfermedad.

Alfredo Whaley Sánchez aborda el tema de la *Terapia sistémica, una intervención terapéutica diferente*, donde aborda los antecedentes del enfoque sistémico y la necesidad de ver al paciente como parte de un organismo más grande. La teoría ve a las familias como entidades dinámicas, permite integrar el contexto, las interferencias culturales y económicas.

Beatriz Cerda De la O aborda el tema de la *Diversidad sexual y discriminación*. Inicia con conceptos básicos sobre sexo, género, identidad de género, orientación y ejemplos de diversidad genérica. Explica históricamente cómo se fueron construyendo los conceptos de lo que era *normal* y *anormal*, aborda el tema de la discriminación y cómo se ven afectadas las poblaciones de la diversidad.

Cierra este interesante análisis de la segunda parte del libro un estudio sobre intervenciones en personas con límite de la personalidad, a través del capítulo de Iván Arango Montis *Trastorno límite de la personalidad, consideraciones generales*. Aborda aspectos generales de la personalidad, la definición, y sus antecedentes. Explica que es el TLP y los criterios diagnósticos y sus manifestaciones clínicas, así como los hallazgos más recientes en el área de las neurociencias, para finalizar con un apartado sobre tratamiento enfocado

a desmitificar la resistencia al tratamiento, la agresión en contra del terapeuta y la falta de mejoría.

La tercera parte del libro —*Pensar desde la filosofía y la educación*—, contiene cinco muy interesantes capítulos y un anexo. Mauricio Beuchot ofrece el texto *Reflexiones sobre la antropología filosófica y la psicoterapia*. En él explica que el psicoterapeuta tiene y debe explicar cuál es su modelo o paradigma del ser humano con el cual trabaja y por ello es importante aplicar la hermenéutica, haciendo una interpretación de ser humano para saber hacia dónde ir, quién se es y cómo se relaciona con el otro. Dice que el gran enemigo de la psique es el narcisismo y desarrolla el concepto y las características del narcisismo y de que es la locura de nuestro tiempo. En un segundo apartado titulado “Combate interno” explica la lucha contra el narcisismo, basado en la propuesta de Melanie Klein, destacando la actitud generosa para combatirlo. Rescata las ideas de Lowen sobre aprender a escuchar al cuerpo, atenderlo y dejarlo que se exprese, lo natural, en la naturaleza.

Ricardo Blanco, Yolanda Alquicira, Olga Granados, Patricia Robles en su capítulo *Posmodernidad, psicoanálisis, hermenéutica. Aproximación al estudio y tratamiento de las nuevas subjetividades*, explican que el contexto social cambiante hace que los problemas clínicos también se modifican y se agudizan por los efectos negativos del neoliberalismo, la globalización y el capitalismo. Como propuesta plantean la necesidad de una sensibilidad histórico-crítica y como herramienta a la hermenéutica analógica para un trabajo elaborativo, deconstructivo y constructivo de los humanos en la que se puede ayudar a los paciente para resignificar su historia.

Ulises Cedillo Bedolla escribe el capítulo *La pedagogía de lo cotidiano y su concepto de educación como apoyo a la psicología humana*. Inicia con titulares de periódicos para ejemplificar lo que llama la psicología humana enferma en una época de decadencia. Resalta la importancia de las ciencias *psi* en la atención de estos problemas sobre todo en la prevención.

Fernando Torres García en su capítulo *Vidas sin Rumbo o el extravío (casi) generalizado* se centra en la situación que viven muchos adolescentes y jóvenes que experimentan malestar y problemas psíquicos. El autor plantea que aquellos encargados de la educación pueden y deben jugar un papel. La nueva epistemología, es la herramienta que ayuda a estudiar y comprender los fenómenos sociales con sus múltiples factores.

Luis Eduardo Primero Rivas es el autor del capítulo *Conocer el campo de la salud mental desde la nueva epistemología*, y en él hace una invitación a realizar una macro investigación sobre este asunto y ofrece un avance para alcanzar la meta. Sugiere lineamientos para aplicar la nueva epistemología, volver a pensar sobre la subjetividad, recuperar la antropología de la ciencia y considerar la epistemología feminista.

El libro concluye con un Anexo sobre *Consideraciones para promover la conformación de familias activas*, que expresa una idea y texto de Luis Eduardo Primero Rivas. Esta parte ofrece un perfil básico de la familia definiendo su realidad y concepto, su situación actual. Considera diversos tipos de familia y ofrece un borrador base para conformar una nueva Organización de la Sociedad Civil que aporte soluciones a los problemas que actualmente enfrentan muchas de las familias de nuestra sociedad.

Con este texto concluye el libro que tiene la virtud de reunir diferentes saberes que ilustran al lector sobre el quehacer clínico con intervenciones y propuestas novedosas que responden a las necesidades de las personas que buscan ayuda en diferentes escenarios, siempre atentos de reconocer y atender las necesidades sentidas por las poblaciones en cuestión. Se trata de un texto novedoso que será tanto de interés para personas en formación, como para profesionales establecidos y para aquellos interesados en los temas de la atención de persona con una salud mental comprometida. Sea pues muy bienvenido.

PRIMERA PARTE
LA EPISTEMOLOGÍA
EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

CAPÍTULO I

INICIACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA PRÁCTICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Andrés Roche¹

“Libre, y para mí muy sagrado, el derecho de pensar”.

Benito Juárez

DELIMITACIÓN Y HORIZONTE EPISTEMOLÓGICO

Cuando Karl Jaspers define el terreno de actuación de la psicopatología –“Solo lo que realmente existe en la conciencia debe ser representado, lo no dado en la conciencia no existe” (Jaspers, 1966, p. 76) como en *el acontecer psíquico realmente consciente*, nos quiere decir que la *consciencia* es lo que se altera en el fenómeno neurológico, y sería el partaguas con otras especialidades médicas en las cuales se estudian las alteraciones de la conciencia, estas casi siempre causadas por enfermedades médicas lo denominado a partir del DSM-III como

¹ Médico Psiquiatra, Jefe de La Unidad de Psicogeriatría, Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, Titular del Curso de Especialidad en Psiquiatría de la sede.

Delirium, cuando existe es de la medicina en general cuando no, es de la Psiquiatría (Jaspers, 1966; May, Angel, y Ellenberger, 1977; Miyar y Association, 1992; Patiño, 1980; Villatoro-Velázquez *et al.*, 2011).

Continúa Jaspers: “La conciencia metodológica nos mantiene listos frente a la realidad que hay que interpretar de nuevo siempre. La dogmática del ser nos encierra en un saber que se coloca como un velo ante toda nuestra experiencia. Así se establece la actitud metodológica básica contra la generalizadora absoluta, la indagadora contra la estabilizadora” (Jaspers, 1966, p. 61).

En Psiquiatría Fenomenológica todo lo que se aprende viene de nuestros pacientes que de manera generosa y buscando comprensión y alivio nos guían por los secretos íntimos de su vivencia anormal, muchas veces sorpresiva o temida por ellos mismo pero a la vez deseada como parte de sí mismos.

En el tránsito histórico para conocer a la mente humana se han tenido tres metamorfosis teóricas:

- La primera, fue ficticia o teológica, basada en el miedo y la superstición del pensamiento mágico.
- La segunda, se debió a los esfuerzos de la razón para comprender el “yo” en el caos de la inteligencia y la intuición, así como las verdades materiales y contingentes; del dualismo.
- La tercera, hija de la duda, para hallar la verdad científica basada en la evidencia fenomenológica.

En gran medida estos momentos históricos han quedado en la mente individual como posiciones o actitudes ante el objeto de estudio que es la enfermedad mental y tenemos que transitar desde el pensamiento mágico al más puro conocimiento objetivo en los años de residencia médica de nuestra formación profesional. De esta manera es sabio resumir los conocimientos de las generaciones pasadas y presentes, que constituyen la resultante de las fuerzas colectivas de la mente.

Esto nos permitirá, además de poder penetrar en la subjetividad humana ya que es una de las principales competencias del profesional

de la salud mental, tener el conocimiento científico del cerebro en todos sus elementos genéticos bioquímicos y estructurales.

Esta evidencia clínica y la posterior construcción del dato por el método de la fenomenología, que tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados psíquicos que experimentan los enfermos y de considerarlos según sus condiciones de afinidad, delimitarlos y distinguirlos, lo más estrictamente posible, aplicándoles términos semiológicos precisos.

Ya que en la subjetividad de lo psíquico, no puede, como el caso contrario de la objetividad del cuerpo, ser percibida directamente, solo por medio de una introyección o compresión por el médico, hemos de tratar siempre, según el caso, de describir una serie de manifestaciones externas del estado anímico, estudiar las condiciones, comparaciones y simbolizaciones sensorialmente intuitas, mediante una representación descriptiva.

Para ello nos sirven ante todo las auto-descripciones o auto-confidencias de los enfermos, que provocamos y examinamos en la conversación personal, y podemos describir de modo más completo y claro que en la forma escrita o redactada por los enfermos mismos que a menudo es más rica en contenido, pero que en cambio debe tomarse con precaución, ya que el paciente lo experimentó por sí mismo y encuentra con facilidad la descripción adecuada. El psiquiatra solamente observa y se esforzará en vano por formular lo que puede decir del enfermo (Patiño, 1980, p. 24).

En cuanto a la objetividad, señala Jaspers: “Estamos pues a merced del juicio psicológico de los enfermos. Solo por los enfermos nos son comunicados los fenómenos patológicos más esenciales y más visibles. Ellos son los observadores, nosotros no tenemos sino que examinar su credibilidad y capacidad de juicio” (Jaspers, 1966, p. 75).

De los síntomas obtenidos con la propedéutica psiquiátrica por medio de la identificación de las manifestaciones psíquicas y mentales, sean por ejemplo: la ansiedad, la ambivalencia, la obsesión, la compulsión, el bloqueo del pensamiento, la disgregación. Por ejemplo: “De los síntomas obtenidos con la propedéutica psiquiátrica

por medio de las manifestaciones psíquica o mentales y se obtienen los datos para ser interpretados en la propia subjetividad del médico” (Patiño, 1980, p. 10).

Es el fenómeno que alude a todo hecho, a todo evento, que aparece en la realidad y así tal como se describe se constituye en dato; de esto nos surge la hipótesis. Cada uno de estos síntomas pueden tener connotación diversa, con lo cual se pasa de la observación al nivel de la teoría de los síntomas, esto es de la semiología en donde se hará una amplia descripción del síntoma y finalmente por este camino se integrarán en diagnósticos sindromáticos contrastándolos con los diagnósticos diferenciales y de ahí partimos al Nosológico e Integral este se puede complementar con la clave del ICD 10, OMS o DSM-V, APA, pero esto último es solo un adorno ya que antes está siempre la clínica con su Semiología y Nosología, de tal manera que el etiquetar con una clave solo es la apariencia ante la exigencia administrativa no la esencia que siempre será para el clínico la vivencia fenomenológica. (ICD- 10, OMS, DSM-V, APA) (Miyar & Association, 1992).

Todo conocimiento científico señala Patiño contiene dos características primordiales: datos de observación y la teoría que da razón de lo observado, la valoración clínica de los síntomas psicológicos y mentales, que son sobre los que gira nuestra labor, el paso siguiente es la abstracción de aquellos fenómenos que se muestran significativos por su valor clínico, la comprensión cabal de estos hechos se traduce en un problema a resolver para la psiquiatría, la enseñanza y la investigación (Patiño, 1980).

Patiño es enfático en este punto pues afirma que la medicina encuentra sus fundamentos teóricos en las ciencias naturales. La psiquiatría es una rama de ellas y, como tal, parte y participa de los mismos fundamentos científicos; mucho se ha discutido sobre si la medicina es ciencia, es arte, es tecnología, o si finalmente es un valor humanístico por excelencia. La psiquiatría como dice Patiño citando a Mayer-Gross, es aquella rama de la medicina en la cual los fenómenos psicológicos son importantes como causas, signos y síntomas, o como agentes curativos (Patiño, 1980, p. 22).

LA PERSONA DEL MÉDICO FRENTE AL FENÓMENO HUMANO

Encontramos la siguiente reflexión: “La Medicina Interna tiene una significación central. Cabaleiro Goás citado por Patiño ha escrito al respecto «No podemos olvidar ni un momento que antes de Psiquiatras somos médicos y que nuestra misión como médicos es siempre curar a enfermos, pues aunque lleven el calificativo de psíquicos estos son enfermos, lo son porque algo marcha mal en su soma»” (Patiño, 1980, p. 25).

Ese es el desarrollo y la transformación que requerimos de un médico al estar buscando evidencias somáticas que se pueden corroborar por la palpación, auscultación o simple observación, que le permite hasta llegar a tener la capacidad de descifrar el lenguaje simbólico del paciente psicótico y hacerlo dato objetivo en la descripción; esto solo se logra si no se cae en las tentaciones de la proyección de los propios contenidos inconscientes del médico.

De la conciencia del médico emergen fenómenos: percibir, recordar, atender, suponer, fantasear, etc. Todo aquello que surge de su consciencia, es una sucesión de fenómenos psicológicos; la consciencia a su vez no es sino una función cerebral.

El adiestramiento clínico propedéutico, tiene la misión de enseñar a identificarlos y delimitarlos con toda precisión y objetividad por medio del autoconocimiento.

La actitud humana comprensiva empática es básica ante el paciente, ya que ni la herramienta tecnológica puede revelar los misterios de la mente humana, que si bien conocemos en sus fundamentos bioquímicos y estructurales, la subjetividad todavía nos muestra el camino hacia la existencia humana. La *vivencia* no puede ser aprehendida por una teoría, ni por una corriente filosófica, ni por la tecnología, solo puede ser develada por la capacidad de observación del clínico.

Esta capacidad se puede desarrollar a partir de lo referido por Karl Jaspers como “Presentación Intuitiva de los estados psíquicos de los enfermos”, con su comunicación de los fenómenos

patológicos más esenciales y más visibles como son: sus auto descripciones o confidencias.

El paciente es el observador de los fenómenos, nosotros solo tenemos que examinar su credibilidad y su capacidad de juicio. Todo fenómeno tiene un carácter de vivencia inmediata. La principal herramienta con la cual podrás perfeccionarte en la Clínica Fenomenológica es el conocimiento de ti mismo, ya que lo que no puedas ver en ti, no podrás verlo en los demás.

Con este conocimiento podrás marchar sin temor en el camino de la enfermedad y sostenerte en medio de la tempestad de la emociones, como una roca batida por el mar embravecido. En el silencioso santuario de tu fuero interno cintila la luz y solo tú, únicamente vos, podéis con esfuerzo y voluntad inquebrantable penetrar hasta ese lugar.

Aquí en la clínica fenomenológica una *persona* observa a otra *persona*, y tú eres el mismo vehículo del conocimiento. El camino para hacer es ser. No solo auto conocerse es entendido como saber de lo *inconsciente* como si este fuera un depósito de impulsos, pensamientos, y deseos culturalmente inaceptables. Si no más bien el *inconsciente* como *reserva* de aquellas potencialidades dormidas que al conocer y vivenciarlas el individuo podrá realizarse plenamente.

INICIACIÓN FENOMENOLÓGICA

El médico recorre su camino en el conocimiento de los fenómenos mentales al enfrentarse con la “sin razón”, y entender que esto tiene un sentido para el paciente, y lo importante, más que ver si es real o no, será captar el fenómeno a partir de su propia vivencia.²

² Este es mi testimonio personal, al haber estado en contacto directo con el Dr. Patillo, recordado Maestro en mi formación profesional de psiquiatra, durante mi residencia médica en psiquiatría, primer año 1985-86 en el cuarto piso del HPFBA. Las referencias al mismo tema las indicaré como “Recuerdo personal”.

Patiño siempre solicitaba que al presentarle un caso uno fuera despojado de todo prejuicio, fuera teórico o administrativo y de toda seguridad profana; él decía enfáticamente: “deja el expediente a un lado lo importante es el paciente”. De ahí pasaba uno a la sala a buscar al paciente y lo conducía frente al Maestro y obvio, teníamos que entrar sin expediente ya que él que nos iba a ilustrar sobre su caso; más que un frío expediente era la clara precisión de la vivencia (Recuerdo personal).

En la entrevista fenomenológica que era guiada por el Maestro, él se cuestionaba posteriormente sobre si uno podía ver lo que aparecía a sus ojos como obvio y disertaba sobre esa observación ampliamente en un ambiente de total libertad poco usual en esa época, ya que a los maestros se les veneraba como *vacas sagradas* y difícilmente se podría contrariar sus afirmaciones. Con Patiño se podía aportar sobre la observación que se había hecho y en común con estos datos construir la semiología y los diagnósticos (Recuerdo personal).

Después de terminada la dinámica en la que todos habíamos quedado de acuerdo, el Maestro solicitaba el expediente y contrastaba los datos a la luz de lo observado en la entrevista y se comparaba con lo que decía el expediente. Sorprendentemente el expediente no coincidía con lo que habíamos observado todos; este afirmaba cosas diferentes a las que habíamos sido testigos; esa era otra enseñanza: la fenomenología es algo diferente a lo que se refiere administrativamente ya que no puede captar la vivencia (Recuerdo personal).

De esta situación se removía la certeza teórica y aparece en el horizonte epistemológico la *vivencia*; esta no puede ser captada por un médico tradicional. No es tan sencillo: muchos médicos son meros imitadores de clínicos, en los expedientes solo copian la nota de urgencias sin mayor crítica y el expediente se convierte en una historia novelada y meramente es la proyección de los médicos que burocráticamente realizan notas como máquinas.

Por eso y para notar este cambio de lo tradicional, en el cual el Maestro era la autoridad, contrasta siempre con su afirmación:

“Yo Soy Aprendiz de Psiquiatría”, ¿cómo fue posible que este cate-drático tan connotado fuera solo “Aprendiz”? El Maestro con esa afirmación nos daba una enseñanza más, ya que *nunca dejamos de aprender*, debemos poseer una actitud básica ante la clínica, diferente a otras áreas en que se predicán dogmas; aquí siempre tenemos que estar abiertos a nuevas observaciones, para estar en la actitud de ser *aprendices*. Cada ser humano es una obra de arte irrepetible y de esta manera cada paciente es un nuevo reto. Él siempre afirmó y esto debería ser un precepto de la clínica “*no existen pacientes malos para la enseñanza, realmente hay pacientes mal estudiados, cualquier paciente bien estudiado es un tesoro de aprendizaje*” (Recuerdo personal).

En el contexto resaltado uno moría simbólicamente para el dogma de “la objetividad somática”, ejercida a la manera de un médico tradicional, y como en toda iniciación chamánica uno nace para la luz del nuevo conocimiento.

Tú eres la fuente del conocimiento, y tú herramienta la fenomenología, en la cual se integraba este marco de referencia, donde lo importante es la vivencia captada por tu propia conciencia, más que la burda realidad material y objetiva.

Una *persona frente a otra persona*, una *vivencia frente a otra*, tu mente el espejo de la mente del otro y las descripción fenomenológica como la garantía de objetividad, para describir exhaustivamente y captar hasta el último fenómeno existente.

CONSECUENCIAS

Los pacientes llegan a consulta con una relativa carencia de libertad, no saben qué hacer muchas veces, qué elegir, quieren ayuda para su mal. La libertad aquí, ha de ser fomentada, entendida como la capacidad del individuo de saber que está determinando, y de poder responder con acciones en el mundo, es decir, tener la responsabilidad.

Ante la enfermedad y la carencia de libertad que esta implica en los pacientes, todo médico a diario debe tomar decisiones definitivas, como saber si conviene rastrear un signo clínico o si sería mejor no concederle gran atención, así como saber si un tratamiento planeado que es de mayor riesgo que la propia enfermedad, es factible; esta combinación de conocimientos médicos con la intuición, experiencia y juicio cognitivo define al arte de la medicina, tan necesario para practicarla con la solidez de los conocimientos científicos.

A pesar de la importancia de la medicina basada en evidencias, gran parte de las decisiones clínicas se basan en el buen criterio del médico, proceso que es difícil de cuantificar o incluso cualificar.

El facultativo debe aplicar sus conocimientos y experiencia como una base para “comparar” factores conocidos, junto con las incertidumbres inevitables y la necesidad de usar juicio intelectual firme; es particularmente importante cuando no se cuenta con una base de pruebas de gran peso; en los trastornos mentales muchas veces se ve afectada la capacidad de decidir por el paciente, lo cual implica incluso un dilema bioético.

Poner demasiado énfasis en el polo subjetivo del dilema del hombre como sujeto determinante, con el consiguiente olvido del ser humano como totalidad, constituye también un error ya que es bio-psico-social y se requieren ambos enfoques el subjetivo y el objetivo, e incluso puede ser que se deba ir aún más allá, en ocasiones al espiritual.

Cuando reconoces en tu camino la soledad que implica tu integridad y te refugias en su misterio, tus relaciones con los demás adquieren una nueva calidez, aventura y asombro, ya que ese respeto que te das a ti mismo te lleva a tolerar y valorar a los demás.

Hay que señalar que así como nos enfrentamos no solo a los retos de la subjetividad humana, también tenemos grandes áreas de oportunidad en la Salud Pública, como señala María Elena Medina-Mora con respecto a las adicciones: El alcohol es la sustancia de mayor uso (86%). Le sigue el tabaco (60%), que alcanza los mayores

niveles de consumo en la vida en el grupo de 45-54 años (63%). El uso extra médico de drogas, incluidas las drogas ilegales y las drogas médicas sin prescripción, asciende a un 10%. El uso de cualquier droga ilegal, incluido el consumo de drogas médicas fuera de prescripción y, en particular, el de marihuana y cocaína, afecta más a los más jóvenes y la prevalencia disminuye constantemente con la edad (Villatoro-Velázquez *et al.*, 2011).

En el fondo de esta problemática y de otras como son la violencia generalizada que amenaza destruir los cimientos de nuestra especie, o la pandemia silenciosa de la depresión y otras más, se debe tomar el cuidado de la salud mental como arma fundamental para prevenir y enfrentar estos flagelos. Podemos afirmar que sin salud mental por más que se tengan cosas materiales difícilmente se podrá ser feliz.

Únicamente podemos indicaros el sendero y los medios para transitar el camino de tu propia evolución; pero únicamente tú mismo tendrás que recorrer este camino, por medio del autoco-nocimiento y es tu sendero interior, penetrando en tu mismidad, donde serás consciente de la importancia del empeño que has contraído. Tendrás que caminar en el silencio más profundo para poder tener una vivencia plenamente humana que te acerque a los seres humanos que sufren.

REFERENCIAS

- Jaspers, K. (1966). *Psicopatología general* (Varias ediciones).
- May, R., Angel, E., y Ellenberger, H. F. (1977). *Existencia*. Ed. Gredos, Madrid. [Links].
- Miyar, M. V., y Association, A. P. (1992). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Patiño, J. L. (1980). *Psiquiatría Clínica*, Salvat Mexicana de Ediciones.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., y Gutiérrez-Reyes, J. P. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas.

CAPÍTULO 2

EPISTEMOLOGÍA Y PSICOTERAPIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

*José Ibarreche Beltrán*¹

“Cada persona es lo que hace con lo que hicieron de él”

Jean-Paul Sartre

EL QUEHACER PSICOTERAPÉUTICO EN EL FRAY BERNARDINO

Históricamente el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, ha sido el único hospital donde el ejercicio psiquiátrico se brinda desde un panorama global de la psiquiatría, rompiendo con los paradigmas de hablar exclusivamente de una “Psiquiatría Biológica” o de una “Psiquiatría Psicodinámica”, posiciones oferentes de una visión absoluta de la psiquiatría y de sus múltiples abordajes.

A partir de la Revolución Industrial y del auge del positivismo en la medicina occidental se impone una concepción del cuerpo humano como una *máquina* y su enfermar es abordado desde las concepciones mecanicistas y de las ciencias donde estas lógicas lo

¹ Jefe de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*.

explican. Se da una exclusión de aquellos campos donde ellas no imperan, y las *ciencias duras* acaparan el interés en las búsquedas de explicaciones y terapéuticas y todo aspecto que no pueda ser abordado desde sus lógicas no existe.

Desde éste dominio epistemológico en las instituciones del campo de la salud en general, incluyendo el de la Salud Mental, el enfermar es producto de la *descompostura* de un órgano y su atención es enfocada a su *arreglo* con dos herramientas privilegiadas: la cirugía y la química. Al final de todo acto médico estará un bisturí y/o una receta. La concepción del *cuerpo como máquina* en la lógica capitalista tenía que ser calificada como *máquina de trabajo* y como tal era atendida. Las instituciones públicas estaban enfocadas a *reparar* la maquina con criterios de eficiencia y productividad, de costo beneficio en cuanto a su pérdida de habilidades para seguir en el trabajo.

Una prueba de lo anterior es que en el campo de la atención, para el servicio de las aseguradoras la enfermedad mental no existe, ellas no protegen a una persona enferma por considerar que en ellas, en que lo psicológico es relevante, su estado es prescindible pues lo importante es el cuerpo, y que dado que las enfermedades mentales son incurables e incapacitantes desde lo laboral, las excluyen; estos padecimientos se salen de sus lógicas capitalistas. El sector público también es dominado por este criterio y aunque se ve obligado a atender a “la enfermedad mental” lo hace sacándolos de los hospitales y excluyéndolos en centros de atención de corta o larga instancia con manejo exclusivamente farmacológico y recomendando el trato humano, como si tuviera que recordárselo.

Por otra parte en el campo de la atención privada, para quien tenía el privilegio económico e intelectual para acceder a la atención psicológica, predominaba el psicoanálisis con “referente científico” y prestigio universitario, pero solo accesible a unos cuantos privilegiados.

En las condiciones anteriores, hace más de veinte años intentar crear formas de atención psicoterapéutica y grupal en una

institución psiquiátrica no era fácil. Sin embargo, en el Hospital *Fray Bernardino* se iniciaron proyectos como “la terapia institucional”, “los grupos de reflexión” y “los grupos operativos”. Desde entonces y hasta la fecha, se llevan a cabo en el Hospital múltiples abordajes psicoterapéuticos diseñados exclusivamente para las condiciones que una Institución de ésta dimensión amerita.

MODELO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL

El servicio psicoterapéutico responde a una demanda de la población que es atendida en el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* para dar atención integral. Sin embargo, el ejercicio de la psicoterapia en un Hospital que atiende a tanta población representa todo un reto, tanto en la generación de programas adecuados como en su instrumentación, así como en la regulación administrativa.

El Servicio de Consulta Externa de este Hospital, a través del tiempo, ha manejado diferentes esquemas de tratamiento psicoterapéutico; en general basados en proyectos individuales: de terapeutas, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales interesados en ejercer la psicoterapia desde las diferentes escuelas en que se han formado. A pesar de la utilidad parcial que se obtenía, planteaba una diversidad en los procesos de recepción y canalización adecuada de los pacientes, así como una amplia gama de opciones terapéuticas, que en ocasiones generaban que los pacientes tendieran a “cronificarse” en el Servicio, pasando de un grupo terapéutico a una intervención individual y luego a otra grupal y así sucesivamente. Otro riesgo observado de manera frecuente es que los pacientes desertaban de algún proceso.

Ante este escenario se crearon grupos de corto plazo con objetivos limitados y centrados predominantemente en síntomas de trastornos psiquiátricos definidos. Se limitaron criterios diagnósticos y de selección de pacientes para estos grupos, además de otros dispositivos de inducción y educación (grupos de valoración) del

paciente, antes de llegar a los grupos que llamamos *de trabajo* y que han permitido al equipo terapéutico tener objetivos y focalizar las demandas de los pacientes.

Con estructura multidisciplinaria, la decisión fue centrarse en la atención de patologías psiquiátricas, para las cuales no hubiera programas específicos en otras áreas de nuestra institución y que estuvieran comprendidas entre las de mayor demanda, y así avanzamos en la construcción de un modelo de atención para los pacientes con diagnósticos de: ansiedad, depresión, trastorno límite de la personalidad, adicciones, disfunción familiar y de pareja y familiares (cuidadores primarios) de éstos últimos.

Éste modelo se basa en los referentes teóricos de la escuela psicoanalítica, así como en las aproximaciones psicodramáticas, cognoscitivas y psicoeducativas, que permiten abordar de manera más específica cada uno de los problemas que se dan en la clínica.

Es a partir de éste Modelo Terapéutico Institucional del cual se desprenden las modalidades específicas: Grupo de Ansiedad, de Depresión, de Trastorno Límite de Personalidad, de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, de Patología Dual, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Grupo de Mujeres Violentadas, Grupos de Orientación a Pacientes, Terapia Individual, Musicoterapia e Intervención en Crisis. Aunque el principio y objetivo de todos estos modelos psicoterapéuticos es “Entender para Atender”, el sustento epistemológico de las mismas es muy amplio.

EPISTEMOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

El necesario y creciente interés por la epistemología y sus alcances le asignan a la psicoterapia, la necesidad de revisar sus fundamentos metodológicos. Revisión que ha preocupado y persistido en la historia de la disciplina psicoterapéutica.

La epistemología es una reflexión sobre cómo se construye el conocimiento científico. La teoría guía metodológicamente los

pasos del saber, se construyen hipótesis, y se elaboran *constructos* conceptuales que organizan y acomodan los hechos. Las teorías a su vez son las que respaldan y conforman modelos del saber y del conocimiento. Construimos estrategias, técnicas, intervenciones y dinámicas que se generan a partir de los casos clínicos que cerciorarán el grado de efectividad, confirmando las hipótesis previamente planteadas.

En la psicoterapia todo se estructura desde la teoría y se moldea o flexibiliza a través de las necesidades del caso concreto. Digamos; la teoría es *la arcilla* y el psicoterapeuta y el paciente le dan forma para crear una *vasija única y exclusiva*.

Al ser una disciplina derivada del campo de las ciencias aplicadas, la psicoterapia requiere de proposiciones que estén claramente derivadas de las teorías psicopatológicas y de los cambios culturales y sociales que provengan de una teoría de la personalidad. Es por esto que el quehacer psicoterapéutico en el Hospital se encuentra especificado en términos de un diagnóstico psicodinámico e historia del paciente, su estructura de personalidad, los síntomas y dificultades que experimenta, y el contexto social en donde se desenvuelve, así como las condiciones físico-biológicas y genéticas que le caracterizan. De igual manera y debido a la naturaleza eminentemente subjetiva e interpersonal de la psicoterapia, la elección del enfoque psicoterapéutico o modelo que se utilizará depende de un complejo proceso de abstracciones que son particulares e inherentes a la funcionalidad del terapeuta.

Todo ejercicio psicoterapéutico tiene tres dimensiones: la erudita, la curativa y la dimensión ética. Estas tres extensiones son inseparables e interactuantes en la psicoterapia que se ejerce en el *Fray Bernardino*. Es conveniente explicarlas brevemente.

La dimensión erudita supone a la psicoterapia como un medio para entender al yo y a la naturaleza humana. La curativa tiene como objeto de estudio la eliminación de los síntomas. Ya sea por su eliminación o por la sustitución de conductas más adecuadas y adaptadas a la realidad social donde interactúa el paciente. La

dimensión ética considera que la psicoterapia un medio de ayudar al individuo a cambiar, perfeccionarse, madurar y mejorar su calidad de vida.

DESARROLLOS EN LA PSICOTERAPIA

Es en esta última donde la postura fenomenológico-hermenéutica ha ofrecido importantes aportes a los aspectos axiológicos de la psicoterapia. Es por tal motivo que los procesos subjetivos, la empatía, la intuición, lo cualitativo, y lo emocional prevalecen sobre otros procesos epistémicos.

El quehacer psicoterapéutico en el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* se encuentra inmerso en el paradigma psicoterapéutico contemporáneo. Éste se centra mucho más en considerar la experiencia de cada persona, enfocándose en el cómo esa persona ha construido significados para darle sentido a su experiencia y no tanto en la aplicación de estrategias de tratamiento específicas para síntomas específicos. Por lo anterior podríamos decir que en nuestro Hospital ha habido una revolución epistémica donde los conceptos basados en la metafísica han sido sustituidos por conceptos y métodos hipotético-deductivos y empíricos donde imperan la razón, la experiencia y la lógica y donde la verdad del terapeuta será mediada por la verdad del paciente.

CONSIDERACIONES REFLEXIVAS

La psicoterapia que se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* es una disciplina que ha hecho avances importantes en su epistemología. Relaciona su objeto de estudio con otros saberes, lo que le otorga validez al fenómeno que estudia. Por otro lado, en este quehacer, nos damos cuenta de que la psicoterapia tiene un objeto de estudio heterogéneo, mediado por

factores históricos y sociales. Lo que nos pone en una posición de constante alerta, pues la línea que distingue *ciencia* y *arte* no siempre está completamente delimitada en el campo de la psicoterapia. Todo aquel que realiza psicoterapia en el *Fray Bernardino* tiene presente esta dicotomía y le asigna el valor que cada dimensión necesita, realizando arte y ciencia, ciencia y arte.

En nuestro quehacer psicoterapéutico asumimos el compromiso con nuestro objeto de estudio, es decir, el paciente, y tenemos en mente la responsabilidad al haber escogido este oficio.

CAPÍTULO 3

PEDAGOGÍA PSIQUIÁTRICA

EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

*Juan Ignacio Rosales Barrera*¹

La atención de la enfermedad mental en nuestro país se remonta al Hospital de *San Hipólito* fundado por Fray Bernardino Álvarez en el año de 1567, y en el siglo XIX con la inauguración del manicomio general de “La Castañeda” bajo iniciativa del Presidente Porfirio Díaz, ambos dan cuenta del interés en la atención de los problemas de salud mental que se presentaban en el país. En 1967 ante las exigencias de los avances de la medicina y los descubrimiento de nuevos tratamientos, el manicomio de *La Castañeda* cierra sus puertas y se crea un modelo no asilar con la finalidad de mantener los avances en el tratamiento de estas enfermedades en el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* de la Secretaría de Salud. Aunque en un inicio los conocimientos y la terapéutica fueron limitados, gradualmente surgieron avances en la clínica psiquiátrica. Una serie de prominentes médicos mexicanos se abrió paso en el campo de la salud mental a principios de la década de los 40 del siglo XX.

¹ Jefe de la División de Servicios Ambulatorios Especializados, Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*.

Los recursos destinados a la atención de la salud mental en nuestro país son bajos y se concentran especialmente en el tercer nivel de atención. Asociado a ello contamos con cerca de tres mil 800 psiquiatras y paido-psiquiatras, los cuales son insuficientes ya que se concentran en las grandes ciudades y la demanda es cada vez mayor, por lo que hay gran interés en integrar a la salud mental a las redes de atención primaria de la salud. El Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* es referente en la formación de personal de salud, con médicos en formación como psiquiatras, enfermeras especializadas en psiquiatría, trabajadoras sociales, etc., que componen un número importante de colaboradores y de equipos de trabajo que permiten cumplir los objetivos señalados como principio fundamentales para el trato de los usuarios; la atención que presta la institución, parte del principio de *trato digno* y el respeto a los derechos humanos de los usuarios que acuden para su atención; el respeto entre compañeros de trabajo se fundamente en el código de ética de la institución así como su misión y visión.

Los pocos conocimientos y recursos terapéuticos insuficientes hasta bien entrado el siglo XX, propiciaron el desarrollo de prejuicios de la sociedad en general hacia las enfermedades mentales. Lo lamentable es que en algunos sectores tales prejuicios aún subsistan.

Ciertamente hubo avances en la nosología psiquiátrica, sobre todo en la diferenciación de la entidades nosológicas, incrementados conocimientos con el auge de las neurociencias, hasta llegar a considerar a los padecimientos psiquiátricos como resultado de modificaciones en las funciones estructurales y bioquímicas del sistema nervioso central, con la influencia de factores genéticos y ambientales, lo que hizo necesario llevar a cabo un abordaje integral.

Entre 1933 y 1952, el escenario académico de la psiquiatría en México estuvo representado por un selecto grupo de médicos que sobresalieron por sus aportaciones y dedicación a los enfermos con trastornos mentales y neurológicos. Entre ellos destacaron Manuel Guevara Oropeza, Samuel Ramírez Moreno, Leopoldo Salazar Viniestra, Guillermo Dávila, Martín Ramos Contreras, Raúl González

Enriquez, Edmundo Buentello, Alfonso Millán, Mario Fuentes Delgado, Agustín Caso y José Luis Patiño. Fueron ellos quienes realmente desarrollaron la asistencia médica de los enfermos mentales tanto a nivel privado como en instituciones públicas. En 1967 tras la llamada *operación Castañeda*, abre sus puertas el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, bajo el liderazgo de eminentes psiquiatras; fue el Dr. Mario Fuentes el primer director, quien trabajó junto con los doctores Agustín Caso y José Luis Patiño, fieles a la tradición humanista que les caracterizaban y acompañados de los médicos adscritos de la institución, continuaron la formación de psiquiatras, prolongando la tradición del manicomio de *La Castañeda*, ahora con un enfoque basado en la persona. Y con una enseñanza tutelar, los jóvenes médicos aprendían de primera mano la importancia de comprender el fenómeno que representa la enfermedad mental, utilizando en ocasiones la didáctica tradicional a través de conferencias magistrales en la que los grandes maestros transmitían su experiencia.

Así se fue abriendo el conocimiento al espacio crítico en donde la diversidad de opiniones y hallazgos recientes favorecían una participación más activa manteniendo una actitud abierta y de respeto a las diferentes propuestas terapéuticas, que en todo momento exigían de fundamentos sólidos, teóricos y de utilidad comprobada, conocimientos que tenían pertinencia para mejor comprender la psicopatología, privilegiando el ejercicio clínico basado en el respeto y la escucha atenta. La enseñanza de la psiquiatría de forma dinámica se actualiza en todo.

Ésta como parte de la enseñanza de la medicina, se inició en las primeras residencias hospitalarias en psiquiatría realizadas en el manicomio de *La Castañeda* en 1948. Hubo también cursos formales en los sanatorios privados de los doctores Rafael Lavista y Samuel Ramírez Moreno. Más adelante, en la década de los años 1950 se desarrollaron cursos en el Hospital Central Militar y se fortalecieron los de la Facultad de Medicina de la UNAM iniciándose en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Los retos en la enseñanza de la psiquiatría, al igual que ocurre en otras especialidades de la medicina, consisten en poder incorporar oportunamente los avances científicos que nutren y modifican el campo propio de cada disciplina. En el caso de la psiquiatría, los avances han sido importantes tanto en los aspectos biológicos como en los psicológicos y sociales.

En los años más recientes, las neurociencias han tenido un desarrollo formidable y han modificado sustancialmente la forma como entendemos y tratamos muchos de los trastornos mentales. A los fármacos psicotrópicos iniciales, que ya mostraban una inobjetable eficacia terapéutica, se han agregado otras moléculas capaces de controlar las alteraciones del estado de ánimo y de la percepción de la realidad de una manera mucho más selectiva. Esto ha permitido, entre otros beneficios, la reinserción social de muchos enfermos que antes debían estar confinados a centros hospitalarios.

Pero junto con los avances de la biología, las ciencias sociales también han aportado conocimientos fundamentales que inciden de manera directa o indirecta en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de muchos enfermos mentales. El concepto mismo de *etiopatogenia* en psiquiatría, al igual que ocurre en otras especialidades médicas, ha cambiado, y ha adquirido una connotación multifactorial que propicia el desarrollo de modelos integrales más acordes con la realidad. De manera análoga, las comunidades terapéuticas y otros modelos de rehabilitación psicosocial, juegan un papel importante en el complejo proceso por el que muchos enfermos deben transitar para alcanzar su plena y productiva reinserción en el ámbito familiar y social.

Hace 61 años la Escuela de Graduados de la UNAM ofreció por primera vez un curso oficial de especialización en psiquiatría.

En la actualidad, el curso de especialización en Psiquiatría tiene una duración de cuatro años, se imparte en 22 instituciones y cuenta con el respaldo de 16 universidades. Todos siguen los lineamientos del Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la UNAM.

En la actualidad el Hospital *Fray Bernardino Álvarez*, cuenta con cursos de Alta Especialidad en Psiquiatría legal, Psicogeriatría, Esquizofrenia y Psicoterapia psicodinámica de apoyo, con reconocimiento de la UNAM.

Los aspirantes a cursar la especialidad de psiquiatría deben presentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas y obtener un determinado puntaje para poder ocupar una de las plazas disponibles en el año por cursar.

PERSPECTIVAS DE LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA

Los avances recientes en la psiquiatría son consecuencia del desarrollo de las neurociencias y de la relación con el resto de la medicina. El desarrollo de técnicas, la metodología y la instrumentación permiten conocer mejor la dimensión epidemiológica de la enfermedad mental.

La posibilidad de tener con más precisión la relación de los trastornos mentales con una base biológica ha aumentado en forma notable. La posibilidad de poder estudiar las estructuras del cerebro de forma más clara y específica y poder encontrar la relación de estas estructuras con las funciones que desempeñan tendrán influencia en el desarrollo de la formación como psiquiatra.

Los cambios que ha experimentado la psiquiatría en las últimas décadas son profundos y se expresan en los niveles conceptual, clínico y asistencial; abarcan desde la genética hasta la psicodinámica, pasan por la infancia, el ámbito familiar y social, e inciden en la terapéutica.

La tendencia a realizar la atención de los trastornos psiquiátricos a través de unidades ambulatorias se presenta como el futuro inmediato dejando solo la atención de los casos agudos que impliquen algún nivel de riesgo, y generen la necesidad de internamiento; en estos casos los periodos de aislamiento serán

breves y se buscará la reincorporación social en cuanto el estado del usuario lo permita.

La psiquiatría se ha convertido en una disciplina cada vez más observante y experimental, que aborda al usuario de forma integral, sin dejar de lado su individualidad y manteniendo en todo momento el respeto a su dignidad como persona humana.

REFERENCIAS

- Bruch, L. (1974). *Learning Psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Castañeda González, Carlos (2013) "Como cumplir las metas de la Nación". *Psiquis* (México), Nov-Dic. Vol. 2, Núm. 6.
- Calderón-Narváez G. (2002). *Las enfermedades mentales en México*. México: Editorial Trillas.
- De la Fuente R. (1989). *Las especialidades médicas en México: Psiquiatría*. En: Soberón G, Kumat J, Laguna J. (comps.). México: Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica.
- De la Fuente R, De la Fuente J. R. (1993). Psiquiatría en medicina. En: *Tratado de medicina interna*. Vol. 2. México: Academia Nacional de Medicina. El Manual Moderno.
- Harrison (2009). *Principios de Medicina Interna*. 18ª Edición. Mc Graw Hill.
- Jaspers Karl (1922). *Psicopatología General*. Cuarta Edición, Noviembre 1922. Buenos Aires: Editorial Beta.
- Manrique, P. (1982). *Sistemas Terapéuticos Contemporáneos Aplicados*. México: Trillas.
- Pérez-Rincón H. (1995). *Breve historia de la psiquiatría en México*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Rollo May, Ernest Ángel, Ellenberger Henri F. (1977). *Existencia*. Madrid: Ed. Gredos.
- Encuesta Nacional De Adicciones 2011: Reporte de drogas; primera edición 2012, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz (Inprfm).

CAPÍTULO 4

RESTITUIR LO PSÍQUICO; EL ORDEN DE LO HUMANO Y DE LA CIENCIA

*Alberto Sanen Luna*¹

*“No encontraremos personas
si las estudiamos como si se tratara
únicamente de objetos”*

R. D. Laing

Aproximarnos a una manera distinta de entender e interpretar los hechos epistemológicos y así procurar conformar una nueva epistemología en el campo *psi*, requiere de traer a cuento, antiguas nociones de la modernidad que ese extraño *lo posmoderno*, paulatinamente ha buscado en ocasiones eliminar y en otras tantas relegarlas a los pisos menores del conocimiento, calificándoles de *irracionales* o *primitivas*. Se trata en todo caso, de una serie de conceptos, términos y fundamentos eliminados por su dificultad de aprehensión y no por su inutilidad, por la falta de rigor, la banalidad con que son utilizados y la superficialidad con que son encarados.

¹ Coordinador de Enseñanza en Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro*.

Este proceder, propio de un mundo dedicado al consumismo ha impreso su sello en los diversos actos que realizamos, al igual que en el ideal del mundo actual y se cuela en la transmisión de los saberes y conocimientos.

Es por ello que se considera que, como medio de resistencia a los modelos dominantes del conocimiento, se debe establecer un retorno a los mitos que fundamentan la emergencia de las diversas disciplinas; consideramos que esto puede revelar una mirada distinta, un algo que introduzca un sentido renovado a ciertos quehaceres. Siguiendo esta propuesta es necesario dar inicio visitando someramente el mito griego de *Psique* y *Eros*. Este mito, independientemente de la belleza que transmite sea por sus palabras o por las imágenes que pueden recrearse en nuestra mente, da cuenta de un conjunto de emociones, sentimientos y acciones humanas de las cuales, nosotros *occidentalizados* hemos sido receptores, aunque no siempre hayamos reflexionado sobre ello.

Cabe mencionar que al situar un mito como arranque de este texto, este debe ser rescatado del equívoco. No se trata entonces de una lectura primitiva o una cosmovisión arcaica, tampoco es un falseamiento de la realidad, un esquema erróneo de pensamiento o una explicación rudimentaria. El mito es considerado como un argumento referente al origen, a la génesis de los sucesos y de los seres humanos. Su lugar como principio de petición de la aparición de la humanidad es innegable, de allí que lo que revelan nos acompañe hasta la actualidad tal como nos lo hace saber Roland Barthes en su texto *Mitologías* (2010); se trata pues de cuestiones que la transmisión oral ha fijado en nuestra interioridad y las cuales nos siguen acompañando, solo que en ocasiones sus elementos han sido entregados a la mercadotecnia y por tanto se ha velado su verdadera razón de ser.

Ahora bien, el mito que nos corresponde como *ciencias psi*, es puesto en la narrativa de los tiempos por Apuleyo (2008) quien escribe sobre ese encuentro, sin miradas, obscurecido por los parpados entre el aliento y el amor. A grandes rasgos podemos iniciar

(a sabiendas de omitir detalles). Recuperamos el mito en el punto en que una diosa –Afrodita–, siente envidia y celos de la mirada y el deseo que capta una joven entre muchas otras y decide que su hijo Eros atraviese su corazón; sin embargo, este se niega a flechar a Psique. El amor, digámoslo así, se enamora, ante el temor, el miedo a acabar con la vida de ella, lanza la flecha al mar y la lleva hasta su palacio.

Será durante la noche, entre las sombras que Eros se encuentre con Psique, exigiendo a esta última que no levante la mirada, que no abra los párpados mientras se encuentra con él, que confíe en su entrega. Ella acepta (cegada por el amor). Tras un tiempo, se levantan en el interior de ella deseos de ver a sus hermanas a quien ama tiernamente; estas le reciben con franca alegría pero no pueden dejar de hacerle notar a su hermana la situación extraña en que se encuentra. Logran sembrar en Psique la duda, le intrigan, por lo que a su regreso durante la noche, tras el encuentro con su amado ella le mira, una pequeña gota de aceite derramado sobre el cuerpo de Eros le despierta haciendo que él huya en medio del enojo y la decepción pues ella ha sido infiel a su palabra.

Sin saber el origen de la historia Psique recurre a Afrodita (madre de Eros, en quien el rencor siempre ha estado vivo) para solicitarle le ayude a reencontrarse con su amado. De esta manera Afrodita le exige a Psique diversas tareas cuasi imposibles, entre ellas ir y venir del lugar de los muertos, encontrarse con los que ya no están, pagar por un poco de vida y belleza a la muerte.

Psique al regreso del Hades, temerosa de que sea aun con sus sacrificios rechazada, desea asegurarse que esto no suceda tomando para ella misma algo de la belleza de la muerte. Sin embargo, al abrir el objeto que porta se adormece con lo que emerge y la amnesia le hace presa; ahora se encuentra en un descanso, que no es otra cosa más que el remanso de uno mismo. Será rescatada por Eros quien la llevará a la presencia de Zeus, el padre poderoso, el que protege. Éste determina volver inmortal a Psique; quien ya no tendrá miedo, terror u horror a la muerte.

Siguiendo la trama de la historia contada por Apuleyo, es posible extraer ciertas referencias de aquello que se agita en nuestro interior o para ser precisos, de aquello que ubicado en nuestro interior nos agita. Se trata de lo que en el campo de la clínica ha sido denominado desde Esquirol como las pasiones y cuyo “tratamiento estriba en el razonamiento y en el diálogo” (Esquirol, 2000, p. 31). En esta historia se despliegan de manera precisa las complejas relaciones entre el *erastes* y el *eramenon*, el amante y el amado. Se trata justamente de lo humano en tanto que es entre dos donde se ubica siempre nuestro acontecer, de igual manera hace pensar que la supuesta individualidad que nos rige y que facilita la aproximación teórica y práctica a nosotros mismos, siempre resulta alejada de la realidad tal como es vivida en nuestra cotidianidad

Pero trataremos de ser un tanto más precisos a sabiendas de que existirán muchas más cuestiones involucradas; esta narración ejemplifica el hecho referente a que nuestra manera de relacionarnos con la realidad, es a partir de la captación de los objetos y sujetos circundantes. Esta misma compleja organización cognitiva es factible traspassarla a nuestras vivencias interiores; a saber: se trata de un gran entramado de sucesos psíquicos y no de movimientos individuales de facultades independientes. Cuando hacemos *cortes* en nuestra manera de conformar un solo juicio de nuestro ser, debemos estar advertidos que se trata únicamente de un artificio didáctico y por tanto nuestros análisis y conclusiones no dejan de ser enunciaciones laboratoriales.

Otro aspecto que nos es permitido apreciar, es el relativo a cómo el mundo se introduce en mí para posteriormente aprehenderlo. En este contexto se hace sobre todo hincapié en dos maneras constantes de significar: la escucha y la mirada. Por una parte *mirar*, es formalizar por vía de la imagen que construimos lo que se cree conocer. Por otra *la escucha*, aunque siempre transitoria pues está ligada a lo que se capta auditivamente, nos hace confiar en “lo oído” que deja huellas, produciéndose un registro sonoro inefable. Entre ambas (no únicamente) se recorta el mundo, se amolda y se aprecia

y se logra por este medio que se revele el sentido. Sin embargo, nuestra comprensión no está completa hasta que las palabras y no otra cosa logran hacer el puente entre estos dos mundos: lo psíquico y lo material. Estas pequeñas unidades con su ensalmo mágico, ellas y no otra cosa nos aproxima a nuestra interioridad y la colocan en la exterioridad colectiva.

Revela también la fragilidad de los mortales y lo impertérrito del pensamiento, la constancia de la existencia de las ideas y, por supuesto, la capacidad del humano para dar cuerpo a ellas. Las minúsculas unidades de este pensamiento, están ligadas al aliento. Este último constituye esa breve imagen que emana del cadáver y se aleja a otro punto de la existencia (por lo menos para algunas religiones); de allí la mariposa que escapa por la boca de los muertos y que ubicamos en las urnas también griegas. Es el soplo de vida denominado por Bergson (2007) “impulso vital”, por Freud (2001) “la pulsión”, por Lacan (2013) “el Deseo”, etc.

Es Psique quien nos sostiene (es el *sopORTE espiritual*, si así se le desea nombrar) pero es *lo psíquico* lo que da cuenta de nuestro ser; es ese *soplo* lo nos lleva a jugarnos en la existencia, desplegando las grandes pasiones que *Eros* y *Psique* representan. Hablar de *Psique* nos insertaría en una pregunta hasta el momento incontestable, una pregunta sobre el más allá, sobre los paraísos perdidos o las tierras prometidas. Por el contrario hablar de *lo psíquico* sabemos que nos aleja del ¿qué es?, pero como una breve ganancia hace que “la respuesta pedagógica al pasar de lo ingenuo a lo científico, siga el camino seguro de un cómo” (Hocquenghem, 1986, p. 21) que nos lleva pues al conocimiento.

Este “como” y “de qué manera” no pierden importancia; muy por el contrario, tiene un mayor peso pues se trata de lo cognoscible del mundo (y nosotros somos parte de él); los problemas surgen cuando por el deslizamiento y la falta de rigor confundimos una dimensión espiritual de lo que en ciencia llamamos una cuestión anímica. Al hablar de *lo psíquico* no se tratará de la dimensión de la fe o de la creencia, sino de cómo se adquieren estas, de cómo se dan

los procesos que posibilitan el surgimiento de lo afectivo, lo volitivo y lo cognitivo en el sujeto. Hablar de lo psíquico es hablar de lo que por derecho es el verdadero objeto de estudio, análisis y cura de las disciplinas “psi” (entendiendo en este texto por ellas psicología, psiquiatría y psicoanálisis...).

Entonces es factible decir que *lo psíquico* es aquello que constituye lo que denominamos nuestro mundo interno y donde este último puede ser considerado “nuestro modo personal de experimentar, nuestro propio cuerpo, los demás del mundo animado e inanimado: la imaginación, lo sueños, la fantasía y, detrás de todo eso, cualquier alcance de nuestra experiencia” (Laing, 1983, p. 31).

Ahora bien, aun cuando *lo psíquico* constituye el pilar fundamental de las disciplinas *psi*, e incluso son el disparador de su existencia, el avance en los modelos utilizados para acercarnos a la realidad han llevado a que una aproximación como la anterior no coincida con las lecturas imperantes en el campo de la construcción de la ciencia. Cabe entonces mencionar que el marco epistémico actual que tiene por título de procedencia el naturalismo y cuyo refinamiento ha sido brindado por un positivismo unívoco, tiene su interés principal en la cuantificación de hechos obtenidos por parte del observador de ellos y no por la experiencia de las cosas como tal —sean sujetos e incluso el observador mismo—. Pero como señala Aristipo de Cirene “la matemática, no puede ser la ciencia rectora, ya que no nos habla del bien y el mal” (citado por Aubenque, 2009, p. 21), un actuar sin referencia a la complejidad del entramado de nuestra mente y sociedad, elimina al sujeto y (probablemente sin desearlo) tampoco considera las consecuencias de dicho acto. Sirvan como ejemplos de lo inasible por este modelo de masificación numérica; la particularidad de la vivencia histórica, la aprehensión de los hechos de conciencia, la percepción del tiempo vivido, la ruptura social, el desvanecimiento del respeto, etc. Todas estas son cuestiones incuantificables, lo cual no las torna indescriptibles y apreciables.

Para revertir este efecto de desaparición del objeto y del sujeto portador de él, es indispensable considerar que el modelo “siempre

se queda corto y no llega a la identidad con el referente” (Díaz, 2005, p. 11). No observarlo y continuar en la línea de construir una ciencia y solo una, univoca y equívoca empuja a que lo psíquico, verdadero motor de estas disciplinas, sea expulsado. Los discursos que abogan por el empirismo como único medio de validación, olvidan que el propio empirismo no está desligado de la subjetividad, pues para ser exactos “sin subjetividad no hay experiencia” (Searle, 2009, p. 61) y esta última, decía a grandes rasgos Montaigne (2004), es siempre intransmisible pues en todo caso es la marca de agua que imprimimos en nuestros actos.

Sin embargo, para el factor digamos *humano*, se ha establecido el margen de error, desde donde deberemos considerar a la experiencia humana, lo inefable y singular como un posible margen de desviación, la cual por la angustia que crea es señalada como estándar. Al desubjetivizarle, al transformarlo en un probando o en un sujeto de la ciencia, nuestro pivote ético se desliza desde el encuentro con el semejante hasta el otro absoluto y “este último puede no tener nombre y apellido” (Derrida, 2008, p. 31), de tal manera que la fisura social puede terminar en un rompimiento total.

Lo psíquico no resulta independiente ni de lo material ni de sí mismo, ese margen de error a donde se ha deseado orillarle revela más que nunca la “ruptura epistemológica” de Gaston Bachelard; no solo entre los campos de conocimiento, sino entre este último y lo que denominamos el saber, ejemplo de ello es que olvidamos que “la subjetividad ontológica de sentir dolor, no excluye una ciencia epistémicamente objetiva del dolor” (Searle, 2009, p. 71). Mirando detenidamente nos percatamos que no hay contradicción en entre estas dos cuestiones; existe si, discordancia entre posicionamientos pero justamente por ello, se deben de tender puentes e intercambios; tal como señala el premio nobel de física Erwin Schrödinger “el alcance y valor de la ciencia son los mismos que cualquier otra rama del saber humano. Pero ninguna de ellas por si sola tiene ningún alcance o valor” (Schrödinger, 2009, p. 14).

El confundir la verdad con la certidumbre numérica ha hecho que se relegue a segundo plano otro elemento de *lo psíquico*. Hablamos de la duda, esto a sabiendas de que la “duda metódica es la fuente del examen crítico de todo conocimiento... *donde* lo decisivo es como y donde se conquista a través de la duda misma el terreno de la certeza” (Jaspers, 1985, p. 16) Sucede que es la oportuna pregunta que emerge en el sujeto lo que posibilita que sea el raciocinio atribuido al “sentido común” lo que le guíe; en ese instante devolvemos a la razón su espíritu, su verdadera esencia, el “ser turbulenta” (Bachelard, 2001, p. 9) y por tanto le regresamos a *lo psíquico* su primado.

Estos componentes mentales son representaciones internas del mundo irrepetibles e intransferibles, y sin embargo, es posible encontrar una cierta coincidencia de sujeto a sujeto; además ellas no están libradas al azar, es decir, cumplen con ciertas cuestiones que la ciencia moderna aprecia, y podemos encontrar un ejemplo de ello en que si bien no hay una causalidad específica para éstos enlaces, esto no implica la inexistencia de un determinismo, pues “la realidad psíquica es todo menos aleatoria; en realidad está profundamente determinada por motivos que van desde los más viles hasta los más sublimes, desde la codicia y el despecho hasta el auténtico amor al prójimo” (Schrödinger, 2009, p. 76) Esto es algo vienen repitiendo constantemente diversos personajes (Freud 2001), Cassirer (1983), Lacan (2002) provenientes de disciplinas que van desde el psicoanálisis, la antropología, la historia o la física cuántica.

Lo que denominamos *lo psíquico*, aun cuando íntimo e interior, es a la par un acto social, y por tanto cualquier aproximación a ello, sea desde el trabajo de intervención, el análisis conceptual, la revisión etimológica, los estudios lingüísticos o el duro de la ciencia, también debería de serlo. Cualquiera de estas perspectivas implica el exterior del sujeto, lo que lleva a postular que considerar el acto científico de producción de conocimiento como algo solitario e individual, no es más que el deseo de quienes lo realizan de apartarse de la crítica, a saber, de alejarse de los juicios psíquicos de otros

sobre su quehacer en lugar de considerar que “la ciencia constituye una práctica social” (Ynoub, 2015, p. 14).

En cualquiera abordaje sea científico o no, se juega lo íntimo y lo *extimo* (noción psicoanalítica que implica, lo que nos es exterior y nos es familiar; la ciudad, la casa, los amigos etc.), y el reconocimiento de estas condiciones aporta elementos para el acercamiento indispensable para la creación de “esa distancia que no es completamente una, es una distancia íntima que se llama proximidad” (Lacan, 2000, p. 95). Por lo anterior se nos vuelve necesario considerar que la descripción, estudio y toma en cuenta de dichas condiciones, es un imperativo que lleva a plantear una fenomenología social, que podría situarse como “la ciencia de mi propia experiencia y de los otros” (Laing, 1983, p.17).

Pensar una ciencia de estas características, implicaría recorrer los vestigios de cada uno de nosotros en los otros, para lograr comprender que el trabajo de investigación y la acción de la ciencia son un “un complejo de acciones humanas, realizadas por agentes intencionales” (Olivé, 2011, p. 98), teniendo presente que al final de cuentas “el quehacer científico compromete siempre una posición ética e ideológica” (Ynoub, 2015, p. 14). De igual manera, una (o varias) ciencia de lo humano, debiese estar prevenida de que puede buscar la verdad (esta resulta inalcanzable como bien indica San Agustín [2012]) pero en su lugar es factible encontrar solamente cierta certidumbre, pero no por ello se debe renunciar a su empeño de penetrar en *lo psíquico*, sino que se debe reconocer que puede anudarse a otras “formas de conocimiento, que por lo demás, son muchas” (Villoro, 2009, p. 21) estableciendo una horizontalidad disciplinaria.

La propuesta de una restitución de *lo psíquico* apunta a considerar el propio punto de partida como algo aun por explorar, cuestión abordable desde la perspectiva de una nueva epistemología siendo que esta, debe implicar nuevamente hablar, revisar, discutir y tratar “detalladamente el alma en sí misma y... sus diversas facultades” (Aristóteles, 1973, p. 33), ahora considerando la arquitectura

singular de lo psíquico y sus procesos, los cuales aún nos resultan inciertos, y donde aún desconocemos cómo aparecen misteriosa y profundamente los pensamientos, a pesar de que comprendemos qué áreas se involucran en su procesamiento.

No se trata de descartar los conocimientos que tenemos y poseemos, sino de formular de nueva cuenta, con una aproximación distinta, complejas cuestiones que han caído un tanto en el olvido, pero que son la base de nuestros desarrollos actuales; voluntad, coraje, deseo, inteligencia, juicio, abstracción, fantasía, imaginación, etc. Son fenómenos psíquicos que merecen un replanteamiento, un viraje y un ajuste, puesto que de ellos pende nuestra posición actual.

Al igual que en otros campos del conocimiento y el saber, *lo psíquico* reclama constantemente su sitio; no es posible avanzar sin comprender que “al igual que otras creaciones humanas la ciencia es asunto de la imaginación” (Ynoub, 2015, p. 22). Elegir *resituar lo psíquico* es un primer paso para replantearnos nuestro lugar en dichos conocimiento, insistiendo en recordar que “adoptar un modelo es asumir un compromiso ontológico, es decir, asumir una presunción acerca de lo que hay en el mundo de lo que entonces se puede esperar de él” (Ynoub, 2015, p. 41).

Lograr reposicionar *lo psíquico* solo es posible al pensar una nueva manera de aproximarnos al campo de la ciencia; punta de lanza resulta una lectura del mundo bajo los señalamientos de la “hermenéutica analógica icónica” (Primero, 2015, p. 22), que puede brindar con el suficiente rigor y a la vez apertura, las posibilidades de re-habitar el espacio de la ciencia. Se trata de comprender que “hay una vulgaridad y una bajeza en toda acción que solo se concibe para lo inmediato, es decir a fin de cuentas para nuestra vida. Y hay una nobleza muy grande en la energía liberada de la opresión del presente” (Levinas, 1974, p. 54) es por tanto un avanzar hacia el futuro re-corriendo nuestro pasado.

Cada disciplina “psi” debiese entonces de cuestionar sus fundamentos a la luz de planteamientos epistemológicos complementarios, que permitan apuntalar transdisciplinariamente los conceptos

de los que se valen para apreciar los hechos de la vida; se trata de un reajuste en relación a las categorías es uso y establecer un análisis conceptual profundo y diverso. Conceptos como *normalidad*, *enfermedad mental*, *psicopatología*, *trastornos* etc., tendrán que ser tocados por esta nueva mirada y por supuesto, habrá que ubicar los deslizamientos que han dado origen a posiciones contrarias a su sustancia. Pongamos un ejemplo. Al hablar de *psicología humana* abrimos la puerta a considerar fuera de su ámbito *lo psíquico* con todo lo que hemos visto se juega en su interior. Con ello también queda claro que no toda enunciación moderna cumple cabalmente con su objetivo.

Restituir lo psíquico es re-colocarle en donde corresponde, en el sujeto humano y en ningún otro sitio, no es un antropocentrismo recalcitrante, es un acto de justicia, es aceptar que “el conocimiento es un proceso psíquico que acontece en la mente de un hombre” (Villoro, 2009, p. 11), en un instante histórico determinado. Avanzar requiere hacer conciencia de que “la palabra enunciativa es una cuestión rechazada a la zona de ficción o del silencio por la ley de una escritura científica” (De Certau, 2006, p. 13) en su afán radical por una pureza de planteamientos y con ello se olvida que en realidad es *lo psíquico* lo que nos hace seres biográficos y no únicamente biológicos.

REFERENCIAS

- Apuleyo (2008). *El asno de oro*. España: RBA.
- Aristóteles (1973) *Del sentido y lo sensible y de la memoria y el recuerdo*. Argentina: Aguilar.
- Aubenque Pierre (2009). ¿Lo vivo como modelo? Los límites de la interpretación biológica en el pensamiento clásico griego, en *Filosofía y ciencias de la vida*. México: FCE.
- Bachelard Gaston (2001). *El compromiso racionalista*. México: Siglo XXI.
- Barthes Roland (2010). *Mitologías*. México: Siglo XXI.
- Bergson Henri (2007). *La evolución creadora*. Argentina: Cactus.

- Cassirer Ernst (1983). *Antropología filosófica*. México: FCE.
- De Certau Michel (2006). *La escritura de la historia*. México: ITESO.
- De Hipona Agustín (2012). *Confesiones*. España: Gredos.
- Derrida Jacques (2008). *La hospitalidad*. España: Ediciones de la Flor.
- Díaz José Luis (2005). Modelos científicos: conceptos y usos, en *El modelo en la ciencia y la cultura* México: FCE.
- Hocquenghem Guy y Scherer (1986). *El alma atómica*. España: Gedisa.
- Jaspers Karl (1985). *La filosofía*. México: FCE.
- Lacan Jacques (2000). *La ética del psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Lacan Jacques (2002). *Acerca de la causalidad psíquica*. México: Siglo XXI.
- Lacan Jacques (2013). *El Deseo y su interpretación*. Argentina: Paidós.
- Laing Ronald (1983). *La política de la experiencia*. España: Grijalbo.
- Levinas Emmanuel (1974). *Humanismo del otro hombre*. México: Siglo XXI.
- Esquirol Jean (2000). *Sobre las pasiones*. España: AEN.
- Freud Sigmund (2001). Pulsión y destinos de pulsión 1914, en *Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Freud Sigmund (2001). Formulación sobre los dos principios del acaecer psíquico 1911, en *Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Montaigne Michel de (2004). *De la experiencia*. México: UNAM.
- Olivé L. y Pérez Tamayo L. (2011). *Temas de ética y epistemología de la ciencia*. México: FCE.
- Primero Rivas L. E. y Beuchot Mauricio (2015). *Desarrollos de la nueva epistemología*. Popayán, Colombia: Sello Editorial de la Universidad de Cauca.
- Schrödinger Erwin (2009). *Ciencia y humanismo*. Tusquets: España.
- Searle John (2009). La conciencia, en *Filosofía y ciencias de la vida*. México: FCE.
- Villoro Luis (2009). *Creer, saber, conocer*. México: Siglo XXI.
- Ynoub Roxana (2015). *Cuestión de método; aportes para una metodología crítica*. México: CENGAGE.

CAPÍTULO 5

PSICOANÁLISIS-PSICOANALISTA-INSTITUCIÓN: DEMANDA, HACER Y ESTAR

Marco Antonio Loyda Alemán¹

Psicoanálisis-psicoanalista-institución constituyen un dispositivo de interés en investigación psicoanalítica y se presenta con gran frecuencia para desplegar análisis teórico-prácticos de algunos tópicos, como por ejemplo los que presentaré en esta ocasión y están relacionados con la demanda y la figura del analista, para problematizar un lugar y un hacer en un territorio en particular.

En el marco del trabajo expuesto en este libro la socorrida triada, nos servirá como referente y guía para plantear, desde lo llamado *conocimiento y experiencia*, algunas ideas que de manera particular, son de mi interés y deseo compartir con los lectores para que juntos, nos convoquemos a repensar y problematizar las veces que sean necesarias, una forma de (re)presentarse no solo el área que compete al psicoanálisis, sino de manera general en el hacer del mundo *psi*.

La invitación es pues, una provocación para *el hacer y saber hacer* en nuestro ejercicio clínico.

¹ Es psicólogo clínico y maestro en subjetividad y violencia. Es Coordinador de psicología turno especial en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

El territorio desde donde se esparcirán los siguientes cuestionamientos, será el Hospital Psiquiátrico Infantil *Dr. Juan N. Navarro*. ¿Por qué desde ahí? Porque hay una forma particular, única de hacer psicoanálisis por sus actores. Esto no es un enunciado imperativo, ni mucho menos una frase presuntuosa. Sabemos que cada institución, cualquiera que se pueda pensar y cualquiera que sea su origen para la que fue creada, está constituida por un objetivo a representar para el exterior e interior de la misma, así como su hacer, que involucra *un presunto hacer y un real hacer* que establece desde su intimidad, una manera particular de funcionar y hacer con los discursos, con sus discursos en ese hacerse representar Institucional.

La naturaleza del conocimiento de la institución en cuestión, el Psiquiátrico Infantil, proviene como herencia en vida de otros conocimientos históricos de las Instituciones en México, de la Salud Mental en el país, de políticas sociales, etc., y de las experiencias, aprendizajes y conocimientos en materia de psicopatología, psiquiatría, psicología, trabajo social, etc. Así, el conocimiento del Psiquiátrico Infantil, heredero, reformador y sostén de ese conocimiento, establece la validación de su práctica en el campo de la atención a la Salud Mental infantil por antonomasia.

Por su lado, el psicoanálisis se establece como una línea de pensamiento del sujeto con poco más de cien años de haberse generado. Sus orígenes en la psicopatología hasta el día de hoy, continua haciéndose la pregunta por el sujeto, y ha pasado de una terapéutica de la histeria, de una resistencia a ser una ciencia y una psicoterapia, a una insistencia justificada de hacerse presente en la psicopatología y salud mental como en la locura, aproximación que es su preferida. Su conocimiento o mejor dicho, campo de conocimiento se resiste desde algunos sectores de sus diferentes escuelas y miembros a ser ciencia, a ser una terapia, pero se mantiene con la mano en alto para estar presente en todas las esferas que corresponden a la condición humana y a la subjetividad, siempre hay algo que tiene que decir.

Tal vez un poco paradójica, es su condición epistemológica que le permite poner en crisis todo conocimiento, incluyéndose desde

luego, para generarse nuevos saberes de sí y sus actores. Por tanto y en contra de sus detractores, la vigencia del psicoanálisis no tiene un boleto pagado de llegada, su punto de arribo es solo otro punto de partida.

De la triada mencionada y su interjuego, nos permitiremos la oportunidad de reflexionar, ya no desde la idea, a veces gastada del psicoanálisis en el medio hospitalario que sabemos es posible, sino de pensar en esta figura del analista que en vísperas de la convocatoria a participar en este libro, tiene que ver con la epistemología, sin embargo es necesaria una advertencia: no habrá lugar hoy para una epistemología del analista, no en el contexto de un conocimiento del analista o de analista, no opera en esos registros, no en el contexto del supuesto saber que el estudio de la transferencia y posición del analista nos corrobora en la práctica y que se mueve en el ámbito de lo subjetivo.

Nuevas epistemologías, nuevos conocimientos, intercambios, otros paradigmas en las ciencias, disciplinas y saberes *psi*, demandan no solo un esfuerzo teórico de un discurrir de lo ya hecho con miras a algo novedoso y aplicable a todos o a algunos, y a solucionar problemas del y en el sujeto, sino ahora pareciera que se busca incidir en su medio, en su estar y ser en un contexto social de un mejor vivir y no solo se circunscribe a la psicopatología, que por suerte ya no se encuentra (actualmente) suministrada a un sector que hace algunos siglos se denominaba *locura*, a esa locura que la nave de Foucault llevaba a mal puerto (Foucault, 1967). Ni a lo que actualmente se le considera y mira benévolamente desde hace algunas décadas como *Salud Mental* y su atención. Esa *Salud Mental* definida por la OMS que involucra la consabida definición de *Salud* desde la medicina y la capacidad de ser productivo (Salud, 2016).

El esfuerzo demandado, sabemos, no solo es a lo teórico y/o programático, el nuevo conocimiento tiene que ser arrancado de la experiencia, aplicado y demostrada su efectividad, tiene que ser palpado, experimentado, tiene que vivirse hasta en el registro del cuerpo mismo como campo experiencial- nosológico. El esfuerzo

deviene entonces de “un” alguien, de un actor que lo aplique y no solo lo teorice, exige un hacer mucho antes del *saber hacer* para tal vez, solo tal vez, colmar un fantasma de ser en ese conocimiento y de una certeza de ese saber y saber hacer.

La dificultad que ahí reside, no es crear algo nuevo con aplicabilidad, sino cómo y quién lo aplica, ¿para qué?, ¿aplicada a quién? Y en esa dificultad, se filtra un espacio que puede dar paso a otras áreas de charlatanería y otras prácticas que pueden ser consideradas o nombradas como terapéuticas o psicoterapéuticas. Pero aún más complejo, es desde dónde se avalan, o desde dónde se les considera charlatanería, ¿Qué discurso tiene ese saber y ese poder para hacerlo? ¿Quién emite ese discurso? Asunto para otro momento.

Retomando: ¿Quién es ése alguien, ése actor?, pregunta fundamental en el límite del hacer y saber hacer. Pregunta que considero, solo puede llegar a ser respondida por el actor mismo.

Para el psicoanálisis, aparece un campo de investigación fértil de la complejidad con el hacer por parte de la figura del analista. Partiremos pues, dejando atrás la política y la ética que se interpone cuestionante entre el deseo de ser analista y el deseo del analista, demos un salto didáctico y de riesgo llevando jirones y aterricemos *en el analista de la institución* y su escucha, mejor aún, lleguemos a un lugar desde donde, la autoría de estas líneas me permiten y autorizan a transmitir algunas ideas. Me refiero al analista del Hospital Psiquiátrico Infantil.

SITUARNOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO

¿Qué escucha el analista del Hospital en su práctica clínica? Demandas. Muchas demandas, variadas, casi todas o todas en el escenario del *para qué está creado el Hospital*. Estas demandas traen consigo otras entretejidas de seguridad social, de políticas sociales, de economía, de salud, de desempleo, de educación, de violencia, de escucha de malestares, de todo eso que al sujeto impacta en

la cotidianidad de la vida y que le permite y autoriza a demandar a una Institución de bajo costo, de casi gratuidad que hace de la exigencia un violento reclamo a la que por la naturaleza de Estado, tiene derecho y por tanto interpela a él; pide atención, escucha, reparación o resarcimiento de eso que lo daña, que lo mantiene en déficit ahí donde no debió haberle dañando, afectado o faltarle nada. Y después por añadidura y en ocasiones, la demanda de atención en el ámbito de la psiquiatría o psicología, demanda de ayuda. Por último y entre líneas, como es de esperarse, una demanda de análisis puede aparecer.

A esta altura, es necesario hacer una pausa para una aclaración; la escucha es elemento indispensable en hacer del analista, sin embargo, para hacer una distinción de ese *hacer y saber hacer* desde el psicoanálisis a diferencia de otras disciplinas y desde luego de la labor médica, la diferencia reside en la manera de dar respuesta a esa demanda. No una respuesta apresurada por aliviar un malestar en lo real. Como ejemplo de lo anterior, tomemos la historia freudiana (1888 a 1895) de las parálisis motrices a las parálisis histéricas y su tratamiento desde la hipnosis, el uso de la sugestión, hasta la cura por la palabra del psicoanálisis en vistas de consolidarse.

La demanda escuchada está compuesta por varias a la vez, entre las que figuran esas de atención inmediata que vienen de conductas y sensaciones de malestar, esas que hay que atender en aras de una disminución sintomática y corrección conductual que la premura les ha hecho llegar a pedir ayuda.

Esa premura de atención a la que Freud hace cierta referencia al inicio del texto de "*Análisis terminable interminable*" (Freud, 1896) y que tiene que ver con una atención de la que podríamos llamar *urgencia* desde donde el paciente lanza su demanda y no una demanda de análisis propiamente. Solicita una atención pronta y con resultados de la misma característica. De tal manera que podemos olvidar el mito de que todas las demandas y solicitudes al analista, son de análisis, el sujeto no llega pidiendo un análisis en posición, ya de analizando.

No olvidemos que por ser un Hospital de atención a la infancia, son los padres, los tutores legales u otras instituciones quienes demandan, tanto para ellos mismos como para ese menor a quien llevan y presentan en consulta, por tanto es de esperar solicitudes de urgencia. Así nos enfrentamos a una variada presentación de demandas adultas, más una demanda de vital importancia que es la que el niño lanza. Todas esas demandas son escuchadas y algunas atendidas en el terreno de lo que dimos en llamar *urgencia* para después esperar el surgimiento de una demanda de análisis. Y aunque en términos estrictos, el psicoanalista no atiende urgencias o malestares en lo real, los escucha y se sostiene en espera de una demanda de análisis con su respuesta de ofrecimiento, el analista del Hospital lo hace en conocimiento y decisión de esa respuesta.

Algunos tratamientos concluyen por decisión del paciente, pero generalmente por decisión de los padres o tutores al cubrirse la *urgencia*, sin la posibilidad de esperar a que surja una demanda de análisis. Algunas demandas se mantienen posteriores a la *urgencia*, pero no alcanzan siempre una demanda de análisis.

Es con esta presentación de la demanda (muy simple para este ejercicio) que nos servirá para esquematizar un poco, como es la escucha del analista.

Marcelo Barros menciona “... un analista se caracteriza por saber hacer ante la emergencia de lo real... [a la vez que] atiende la emergencia sin dejar caer la causa” (2009, p. 44).

Hago un pequeño parentesis, para resaltar la intrusión de la palabra *urgencia* que se extrajo del texto de Freud; sin embargo creo que una mejor palabra pudiera ser la *emergencia* como lo enuncia Barros, pues la palabra nos remite, por un lado a una necesidad de inmediatez de y en la demanda, así como de su atención. Y por otro lado, a la idea de *emerger*, de salir de lo profundo, que tiene que ver tanto con una necesidad a manera de una demanda de analisis, como con el deseo, es decir, con esa “...singularidad que se presenta solo entre líneas como metonimia de la demanda, a la enunciación

que aparece en discordancia con el enunciado...” (Barros, *op. cit.* p. 43).

Sabemos, no toda demanda que llega con el analista es una demanda de análisis, como se mencionó y parece ser la última que aparece. Se mantiene una escucha analítica de las demandas y en ellas se espera la posibilidad de que se genere una de análisis que vaya más allá de su propio enunciado, capaz de ser interpretable, que eso que llamamos *deseo* surja.

Cuando la demanda de análisis se avista, será momento para la oferta u ofrecimiento del análisis; no antes, de lo contrario es muy probable que la fantasía y las expectativas del analista lo haga caer en la trampa de escuchar una falsa demanda de análisis, atendiendo así una posible emergencia o demanda de atención lo suficientemente elaborada para pasar por *demanda de análisis* a sus oídos, ceder a ella y concluir en una psicoterapia. No es malo del todo en términos de una psicoterapia, pero en los procesos de lo que propone el psicoanálisis, podríamos llamarlo un *falso análisis* y finalizar con una remisión del síntoma simple y llanamente. Es necesario aclarar que estas complicaciones no solo se presentan en un territorio hospitalario, sino también en la consulta privada. No es privativo de la asistencia social.

Para completar el cuadro, el trabajo a desplegar, cualquiera que sea, psicoterapia o psicoanálisis, implica indiscriminadamente un trabajo cercano y necesario con los padres o tutores (situación que aplica para todo aquel que trabaja con niños y adolescentes) quienes también sostienen su demanda y la del paciente. Junto a ella, la transferencia durante el tratamiento, poniendo sobre la mesa la continuidad de la escucha, de demandas de atención o de análisis de unos y otros.

Cuando una demanda de análisis se despliega en transferencia, no es garantía aún, de que se logre un psicoanálisis; la demanda puede virar y la escucha del analista puede errar y faltar a su función como psicoanalista (la teoría psicoanalítica es clara en ello), no así como psicoterapeuta o profesional de la salud mental.

Reitero: no toda demanda es de análisis y no todo análisis se desarrolla. Los casos son escasos en el Hospital pero son de gran aprendizaje para el analizando y el analista.

Si el analista en el Hospital no siempre hace análisis, cabría entonces preguntarse ¿qué hace ahí el analista? Pregunta por demás compleja y que podremos abarcar desde dos perspectivas. Una tiene que ver con el hacer y saber psicoanálisis o psicoterapia; no basta con una escucha analítica para que surja un psicoanálisis ahí, y la psicoterapia pareciera el premio de consolación ante el fracaso de la escucha de una demanda a destiempo de análisis. El análisis depende entonces de la escucha del analista principalmente para no dejarla caer y no de la demanda de análisis. Por tanto para que halla psicoanálisis, debe haber psicoanalista.

AHÍ ESTÁ

En ambos casos de psicoanálisis o psicoterapia, ese hacer implica una *saber hacer* en la decisión, es decir, hacer con las demandas de atención o emergencia es una decisión, la escucha analítica está ahí, la transferencia está ahí, el deseo está ahí, una psicoterapia está ahí, un posible análisis está ahí.

Una psicoterapia con el analista, aún así, no se limita al solo retiro o superación sintomatológica de lo que aqueja al paciente, se trabaja en y con la transferencia y aunque se recurra a cierta influencia del terapeuta o sugestión, si así desean llamarla, el trabajo se desarrolla a profundidad, por llamarle de alguna manera, se trabaja con lo inconsciente, con la transferencia, con la palabra, con la interpretación; el trabajo psicoterapéutico lo desarrolla el paciente y su familia o responsables en corresponsabilidad con el analista.

Hacer psicoanálisis y psicoterapia, es una de las características del analista del Hospital Psiquiátrico.

La otra perspectiva, a la pregunta por el analista, apunta a qué hace “allí” un analista, cuestionamiento que plantea Lacan en 1975,

en una conferencia en Ginebra sobre el síntoma (“Intervenciones y Textos”, 1988).

El analista del Hospital está allí, no por que se ha formado en gran medida en ese territorio y desarrolla su hacer y saber hacer, ni por que se moldea con esa experiencia. Su estar allí, reside en estar al momento de la demanda y tiene que ver con hacer en ese dispositivo dual que la generó y no con un ser analista, eso de nada sirve. La pregunta de Lacan impacta en situaciones complejas en la persona del analista que por el momento no son de nuestro interés, pero que resuenan en su función y lo interpelan como sujeto o como profesional en un terreno en particular.

¿Por qué no retomar la pregunta de qué hace allí un analista y responderla desde cada actor *psi* de las diferentes disciplinas y corrientes en cualquiera de sus territorios donde se desenvuelva?

Es de esperar que la pregunta origine crisis, cualquier pregunta lo hace por sí misma al cuestionar algo y plantear opciones de respuestas, pero ¿no es en la crisis donde nos representamos como actores en nuestro quehacer?

Es el hacer lo que determina al analista y su labor, es una acción frente al otro lo que revela que el actor es de suma importancia en la aplicación del psicoanálisis, al igual que vital, son los actores de cualquier disciplina *psi* que ponen en operación el contexto teórico y que pueden dar un *plus* en la escucha, que puedan escuchar más allá de las emergencias.

LA PREGUNTA O PROVOCACIÓN ES ¿POR QUÉ NO?

Así, contamos con dos factores que considero relevantes y necesarios a reflexionar y pensar en posibles nuevas formas de psicoterapia y de intervención, es decir, los nuevos paradigmas y estudio de la epistemología en psicología clínica, al menos en el campo de la salud mental, tendría que operar con una investigación y análisis previo, una ineludible búsqueda de las necesidades (demandas),

análisis (escuchas) y formación de actores (psicoterapeutas), esto si partimos de la premisa de que una necesidad y su respuesta, correspondiera a pensar en nuevos modelos de intervención para un sector o una urgencia generalizada como lo hemos atestiguado en los últimos años con políticas sociales.

Ejemplo de ello podrían ser las urgencias sociales y políticas de la violencia familiar, el abuso y maltrato infantil entre otras. El Estado lanza una alerta, muchas veces por recomendaciones internacionales y números institucionales; hace más evidente algo que ya se padece, pero ahora con un gesto de importancia y urgencia para las instituciones que pueden intervenir y alarman a la sociedad por que ya es tema político-social-económico e institucional.

Ahora es el Estado quien demanda a sus Instituciones, demanda de aquel a quien le corresponde procurar bienestar social y no directamente de los afectados en su particularidad (tardanza en la escucha). Es entonces que se plantean acciones para enfrentar el mal con programas institucionales de primer, segundo y tercer nivel de atención, programas de atención a víctimas desde lo jurídico hasta lo psicoterapéutico.

La trayectoria de la demanda parece partir del Estado a las instituciones y de éstas a sus actuantes, en tanto, las demandas particulares del sujeto afectado se encuentra en otro lugar, muy ajeno al del Estado, muy lejos de eso que está detrás y que demanda muchas de las veces, algo diferente a lo que el Estado suponen como una necesidad y tomarlo como una simple emergencia.

Las demandas de emergencia, de atención de los afectados, las escuchamos en el consultorio, los actores y, no son del todo las que el Estado planea abatir.

LA SENSATEZ Y LA POLÍTICA PARECEN NO LLEVARSE BIEN

Tal vez se podría invertir la trayectoria de la demanda, donde la demanda del sujeto afectado, recibida por el actor institucional (del

ámbito *psi*) fuera el enlace con lo institucional y de ahí hacia políticas de Estado.

De esta manera, el actor *psi* hace centro y desde ahí se podría desdoblar terreno fértil para nuevos paradigmas y epistemologías de las diferentes disciplinas.

Nuevamente apunto a la importancia de actor *psi* como centro, como punto de partida, no solo para nuevos conocimientos, sino para nuevas formas de pensar y escuchar al sujeto en sus diferentes demandas. Para lograr intercambios con otras disciplinas y la ciencias, generar un movimiento concéntrico del actor hacia nuevas propuestas.

Hay manera de nuevos conocimientos, hay formas de nuevos modelos. Seguro habrá otros medios, como el académico, por los que la epistemología de las ciencias, disciplinas y saberes *psi* se reinventen, se coludan con otros modelos, en otras formas, en otros lugares de escucha de las demandas, demandas directas y no atravesadas o mediáticas de Estado. Seguro las hay. Seguro, porque también implica la pregunta por *el hacer ahí*, por el saber hacer, por los actores *psi*, no como el llamado agente cambio o agente de atención, sino como agente de escucha del otro, como emergente que se pregunte por el otro, por sí mismo y para sí mismo, su hacer y saber hacer.

La propuesta es, cuestionar nuestro lugar, nuestro hacer y saber hacer, amén de una apropiación del territorio donde nos desenvolvemos en relación al otro.

REFERENCIAS

- Barros Marcelo (2009). El Psicoanálisis y la demanda de tratamiento en el hospital, en Barros Marcelo, *Psicoanálisis en el Hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Foucault Michel (1967). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Freud Sigmund (1996). Analisis terminable e interminable, en Freud Sigmund, *Obras Completas* (Vol. III, p. 3665). España, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lacan Jacques (1988). Conferencias en Ginebra sobre el Síntoma, en *Intervenciones y Textos* 2. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Salud, O. O. (2016). OMS. Recuperado el 23 de mayo de 2016, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

SEGUNDA PARTE
INVESTIGACIÓN Y EPISTEMOLOGÍA
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

CAPÍTULO 6

INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES DE ALCOHOL: RESULTADOS DE UNA APLICACIÓN EN UNA REGIÓN INDÍGENA EN MÉXICO

Guillermina Natera, Fransilvania Callejas¹

EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS EFECTOS EN LA FAMILIA

El consumo excesivo de alcohol tiene repercusiones negativas no solo en el consumidor, sino también en la salud física y mental de otros miembros de la familia. Se ha relacionado con problemas como violencia doméstica, rupturas maritales, dificultades económicas y maltrato infantil (Orford, Veleman, Natera, Templeton y Copello, 2013). Sin embargo, la mayor parte de los programas que existen para la atención de las adicciones se enfocan en el consumidor, ignorando los efectos de esta conducta en otros miembros

¹ Guillermina Natera Rey directora de investigaciones epidemiológicas y sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM); profesora en los estudios de maestría y doctorado en la Facultades de Medicina y Psicología de la UNAM. Investigadora del Sistema Nacional de Investigadores con el nivel III. Fransilvania Callejas Pérez es licenciada en psicología educativa por la UPN, investigadora en la Dirección de investigaciones epidemiológicas y sociales del INPRFM y tutora en línea de cursos sobre familia y adicciones.

de la familia (Copello, Templeton, Orford, Velleman, Patel, Moore *et al.*, 2009). Por lo general a la familia se le incluye en los programas de tratamiento como la responsable e incluso culpable del consumo de alcohol y drogas, Orford (2010) señala que han jugado un rol marginal en las teorías sobre la adicción o en el tratamiento de las adicciones.

En divergencia con estas representaciones el marco teórico de este trabajo, admite que la experiencia de una esposa, una madre u otro familiar afectado, está bajo una circunstancia caracterizada por una serie de estresores. Es decir, para ella tener en la familia un problema de alcohol o drogas, es análogo a un desastre o a una catástrofe. Los familiares no tienen la culpa de tales desastres o catástrofes, sino que son también las víctimas de ellos. Además de los estresores, este modelo (Orford, 2010; Natera, 2011) incorpora otros tres componentes: las tensiones ocasionadas por el estrés; las formas de enfrentamiento por parte de los familiares y el apoyo social que puedan o no recibir.

En México, la prevalencia de dependencia al alcohol es mayor en la población rural e indígena (10,5%) que en la urbana (9,3%) (Secretaría de Salud, 2002). Si bien son las mujeres las que menos consumen, son ellas en especial las esposas, las que experimentan las consecuencias de vivir con un consumidor excesivo de alcohol; esta circunstancia conlleva el estrés así como los síntomas depresivos, que son unos de los más importantes en México.

En espacios rurales, generalmente de gran pobreza, la atención a la salud es limitada sobre todo a la salud mental; por lo general, el tratamiento más común a estos padecimientos es el uso de medicamentos, sin embargo el acceso a ellos no es fácil, en parte porque se encuentran en farmacias de zonas urbanas, lo que implica un costo extra para adquirirlas por tener que transportarse; además de que el medicamento no es barato para sociedades como estas de alta precariedad. En ese sentido se deben buscar alternativas de tratamiento menos costosas y efectivas. Unas de ellas pueden ser las intervenciones psicológicas.

La atención de síntomas como los de depresión, situaciones de angustia, estrés, malestares emocionales y de adicciones, a través de intervenciones breves es una excelente opción, porque han demostrado ser efectivas y de bajo costo (Babor, 2010) como en el caso de los familiares de personas que consumen alcohol en exceso (Orford *et al.*, 2013).

Por todo lo anterior, la relevancia del estudio aquí expuesto radica en que es el primero que se realiza en comunidades rurales indígenas en México y aporta una primera aproximación de lo que implica aplicar un modelo de atención para apoyar a los familiares que padecen estrés y otros síntomas psicológicos, por convivir con un familiar consumidor excesivo de alcohol, contribuyendo así a ofrecer un aporte cognitivo al saber sobre este asunto.

PROPUESTA DE UN MODELO DE 5 PASOS

En México este modelo fue desarrollado tanto para población urbana por Natera y colaboradores (2009) y posteriormente adaptado a población rural (Natera, Tiburcio, Mora, Medina y Orford, 2009), y está destinado para capacitar al personal de salud y guiarlo en la aplicación del modelo.

Esta intervención se basa en el modelo *Estrés, Tensión, Enfrentamiento y Apoyo* (SSCS) (Orford, *et. al.* 2013), propuesta para su aplicación en el contexto de la atención primaria. Entre otras metas el programa pretende reducir el estrés, los síntomas de depresión, malestares físicos y psicológicos, y ayudar a los familiares de consumidores de alcohol u otras drogas, a plantearse nuevas formas de afrontar la situación con beneficios para su salud mental. Los cinco pasos del modelo son:

1) Explorar las preocupaciones y necesidades del familiar

Por lo general, en esta primera fase el familiar está muy preocupado y centrado en saber qué tiene qué hacer para que

el usuario deje de consumir; toda la atención está concentrada en el consumidor, olvidándose de sí mismo. Por eso en esta fase, la principal meta es ayudarle para que exprese cómo le ha afectado el consumo de su familiar, en aspectos de su salud física y emocional y que enfoque su atención en sí mismo(a) y ya no tanto en el usuario pues éste dejará de beber cuando esté convencido de hacerlo y comprender que ello no es su responsabilidad. Es posible que varios problemas estén relacionados o no con el consumo de alcohol, sin embargo, es importante que el familiar hable sobre las preocupaciones que enfrenta e identifique cuáles se asocian al consumo y cómo le afectan. Se ha observado que este paso es de suma importancia porque en muchas ocasiones es su primer acercamiento a una fuente de ayuda y su oportunidad para hablar de aquello que le afecta y de ser escuchadas y otras veces dadas sus circunstancias no les es posible regresar.

2) Proporcionar información sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias

Aquí el familiar recibe información con la finalidad de reducir su preocupación y aclarar sus dudas acerca de las características y efectos de las sustancias.

Los familiares de consumidores de alcohol se preocupan tanto por la cantidad de alcohol ingerida como por el tipo de sustancias y las condiciones en que el consumidor bebe. Hay personas que consumen grandes cantidades de alcohol por ocasión. En la región indígena del Mezquital es posible que consuman poco más de dos litros de pulque al día durante el trabajo o en ocasiones dejan de trabajar al excederse en la ingesta de alcohol. Actualmente, las esposas suelen preocuparse también porque los hombres no sólo consumen pulque también consumen cerveza, mezcal, aguardiente y otras bebidas de baja calidad que pueden ser más dañinas para el organismo y en ese caso su preocupación se incrementa porque asocian su situación con la

experiencia de otras familias. Los familiares piensan en los efectos del alcohol en la salud física del consumidor y en las dificultades económicas para llevarlo al médico. Estas ideas fatalistas no son del todo erróneas, en la región se han registrado casos graves de cirrosis hepática que genera en las familias un importante desgaste físico, emocional y económico.

En ese sentido es necesario hablar con ellos sobre sus dudas y preocupaciones y ofrecerles información clara y objetiva sobre los posibles efectos inmediatos, a corto, mediano y largo plazo sin pretender alarmarlos.

3) Analizar los mecanismos de enfrentamiento del problema. Este es el “corazón” del modelo

Mecanismos en enfrentamiento

Son estrategias que el familiar lleva a cabo con la finalidad de evitar que el consumidor continúe bebiendo. Las formas de enfrentamiento que se han identificado en los familiares de consumidores de alcohol son ocho (emocional; tolerante; inactivo; apoyador; controlador; evitativo; asertivo e independiente). Aunque cada forma de enfrentamiento tiene ventajas y desventajas, es claro que para cada persona funcionan de diferente manera. No es posible decir que para todos hay una única forma de actuar viable, por ello cada familiar debe analizar las ventajas y desventajas que obtiene con cada una y elegir aquellas que le ofrezcan mayores beneficios.

En este paso el familiar expresa todo lo que ha hecho por ayudar a la persona que consume alcohol, los efectos que ha obtenido y se ve cuáles han sido las más exitosas o en todo caso se sugieren otras formas de enfrentar que tal vez no ha utilizado. Se indaga acerca de ¿qué pasaría si las usara? Se le apoya a que elija y ensaye aquellas que podrían traer mayores beneficios para su salud, a otros aspectos de su vida cotidiana y al resto de la familia. Se hacen ejercicios donde practique estas nuevas respuestas y el orientador apoya sus decisiones.

4) Explorar las fuentes de apoyo social con que cuentan y promover la búsqueda de otras

Este paso es también muy importante pues los familiares tienen oportunidad de identificar con qué apoyos cuentan, qué tipo de apoyos han obtenido, cuál es el beneficio y qué otras opciones de apoyo podrían tener. Es un punto particularmente sensible pues el consumo excesivo de alcohol o drogas, está muy estigmatizado y las familias lejos de recibir apoyo se sienten juzgadas y aisladas, a tal punto de considerar no tener apoyo de nadie y eso dificulta aún más su situación porque no identifican apoyos familiares, comunitarios o institucionales para ninguna de sus problemáticas, así que es importante ayudarles a identificarlos y motivarles a acercarse a ellos.

5) Derivar a las personas afectadas a servicios especializados cuando lo necesitan

En este caso, el familiar puede manifestar problemas severos de depresión, violencia intrafamiliar, etc., o incluso solicitar apoyo profesional para el consumidor (a). El orientador debe proporcionar esta información que le permitan contar con una ayuda a más largo plazo, para esas problemáticas vinculadas o no al consumo.

También es frecuente que otros integrantes de la familia, incluidos niños y adolescentes requieran algún tipo de ayuda para enfrentar el problema y atender problemas escolares o de conducta asociados a la problemática familiar.

Versatilidad del modelo

Las ventajas de este modelo es que puede desarrollarlo cualquier profesional de la salud entrenado en él y es fácilmente adaptable a cada caso en particular, pues son los familiares quienes identifican los apoyos más próximos a los que pueden recurrir en su contexto social inmediato, y son ellos quienes eligen cómo enfrentar el problema una vez que analizan las ventajas y desventajas de cada forma de actuar de acuerdo a su experiencia con el consumidor.

Hay que enfatizar que en la intervención pueden estar presentes otros familiares e incluso el usuario, si así lo desea la persona que acude por primera vez a solicitar ayuda.

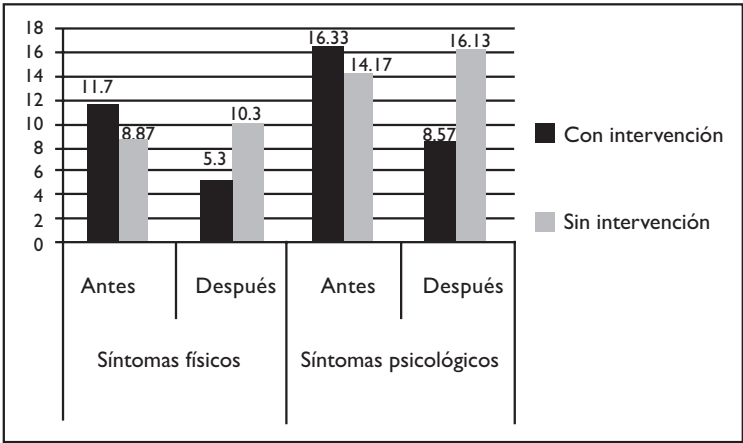
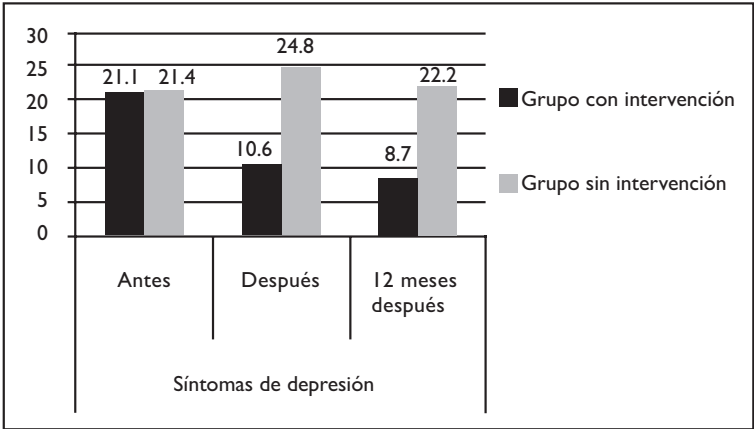
Análisis de una caso en una comunidad indígena

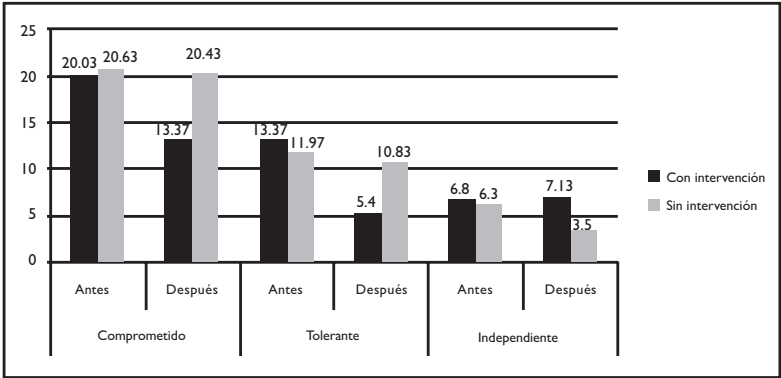
A continuación se presenta una experiencia de la aplicación del modelo en una población indígena de México, donde los índices de consumo de alcohol son más altos que el promedio nacional (Medina-Mora, Villatoro, Rodríguez-Ajenjo y Gutiérrez, 2008). Ahí el consumo consuetudinario es de 6.6% y el índice de abuso y dependencia de 6.8%. Todos ellos por encima de la media nacional, que es de 5.3 y 5.5% respectivamente. Asimismo, presenta una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 000 habitantes y se ubica en el primer lugar del país, que en promedio tiene una tasa de 26.3 habitantes por cada 100 000 (Secretaría de Salud, 2008). Los problemas del hígado asociados con el uso de alcohol se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte en la región de estudio (INEGI, 2013).

El estudio expuesto se llevó a cabo entre 2010 y 2012 con un grupo de mujeres indígenas de 18 a 65 años de edad, en comunidades indígenas hñahñu (otomíes). Fue un estudio cuasi-experimental, con evaluación antes y después y 12 meses después de la intervención. A partir de los centros de salud de la comunidad se integraron dos grupos, uno experimental ($n = 43$), y otro de control, porque no obstante que presentaban la problemática en casa y se les invitó a participar, no aceptaron ($n = 30$), sin embargo sí accedieron responder a los instrumentos de evaluación al inicio, tres meses después y al año; para estos fines se les localizó en su domicilio o en donde ellas indicaran. Se aplicaron tres instrumentos: Escala de Síntomas (SRT), Cuestionario de Enfrentamientos (CQ) y Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés) (Tiburcio y Natera, 2007).

A continuación se presentan algunos de los resultados de la evaluación; el grupo con intervención logró reducir los síntomas

físicos, psicológicos y de depresión; cambiaron sus formas de enfrentamiento a otras que ellas reconocieron como más saludables y benéficas (Natera, Medina, Callejas, Juárez y Tiburcio, 2011).





TENDENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS GRUPOS

Las formas de enfrentar las actividades al inicio tendieron a ser comprometidas y tolerantes en ambos grupos, pero el grupo con intervención disminuyó su uso entre la primera y segunda medición y, mantuvo el enfrentamiento independiente, no así para el grupo sin intervención, quienes mantuvieron el uso de enfrentamiento comprometido y tolerante, y no incrementaron comportamientos independientes (Natera *et al.*, 2011).

Por otra parte un análisis de costo-efectividad (Natera, Medina, Callejas, Orford, Salinas y Tiburcio, 2016) indica que la intervención breve de cinco pasos es costo-efectiva si se compara con un tratamiento farmacológico convencional para la atención de la depresión. Cuando se comparó con una intervención farmacológica, ésta tuvo un costo dos veces mayor que la intervención breve (\$US 313, y \$US 107,6 respectivamente).

DISCUSIÓN

El modelo fue exitoso pues el grupo que recibió la intervención redujo sus síntomas físicos, psicológicos y depresivos. Disminuyeron

sus estilos de enfrentamiento tolerante y comprometido y mantuvieron un comportamiento independiente, lo que les permite centrarse más en sus necesidades personales y buscar alternativas más benéficas para ellas y el resto de la familia. Mientras que una forma de enfrentamiento tolerante que incluye respuestas emocionales se han relacionado con la presencia de mayor estrés, fueron utilizadas más por el grupo sin intervención.

Fueron muchas las expresiones de sentirse satisfechas con la intervención, por un lado sienten que nadie las había escuchado en este tema, pues la costumbre y la expectativa es que el hombre debe de beber y la mujer “aguantar”. Esta es una mirada cultural muy enraizada en la comunidad. Por lo que este grupo de mujeres se atrevió a hablar de un tema que por lo general los hombres les tienen prohibido, pues para ellos las consecuencias del alcoholismo como la violencia en el hogar, son conductas normales y no deben comunicarse a nadie. Tal vez las mujeres que no aceptaron la intervención, fue porque no se atrevieron a enfrentar esta “prohibición” del hombre, pues como se observa en las gráficas sí necesitaban ayuda.

Este tipo de intervenciones reducen la probabilidad de derivar a los pacientes a especialistas, que pueden ser costosos y no siempre necesarios, dado que un porcentaje elevado de quienes demandan un servicio especializado en salud mental no cumplen los criterios del diagnóstico clínico de depresión. Como señala Angst (2009) una proporción importante de pacientes psiquiátricos padecen síndromes sub umbrales que podrían tratarse en el primer nivel de atención; esta experiencia demuestra que así es. Muchos de estos casos disminuyeron considerablemente la sintomatología depresiva con esta intervención breve, además de facilitar que la mujer, en este caso, logre tomar su vida en sus manos y conseguir decisiones más saludables para ellas.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados podemos concluir que los protagonistas centrales de este programa, en este caso fueron las mujeres, sin embargo pudimos abarcar a todos los familiares afectados, las esposas, esposos, padres, hijos, hermanos, abuelos, incluso amigos, quienes se preocupan y se ven afectados por parientes cercanos que consumen drogas o abusan del consumo de alcohol. Estos métodos son emancipadores para los familiares. Representan un ejemplo de fortalecimiento, con capacidad para los familiares afectados, sus parientes y los usuarios de alcohol o drogas.

Finalmente, uno de los retos para la disseminación de esta intervención en comunidades indígenas, es que el personal de salud esté disponible para aprehender y aprender el modelo, para que ellos mismos lo apliquen y puedan apoyar a los familiares, a las mujeres en este caso, para que fortalezcan sus formas de enfrentar la situación, convencerlas de que este sufrimiento puede encontrar vías de superación, que los patrones culturales alrededor de la bebida también pueden cambiar, hay estrategias que les pueden ayudar. Por otro lado, también se busca influir en la política de salud para que apoyen con recursos para este tipo de intervenciones en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS

- Angst, J. (2009). Psychiatry NOS (not otherwise specified). *Salud Ment*, 32 (1), 1-2.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K. *et al.* (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas* (2ª ed). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L. *et al.* (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104 (1), 49-58.

- INEGI (2013). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>. Consultada el 26 de enero de 2016.
- Jim Orford, Guillermina Natera, Jazmin Mora, Marcela Tiburcio; Alex Copello, Richard Velleman, Lorna Templeton, Carol Atkinson, Ian Crundall y Gween Walley (2005). *Coping With Alcohol and Drug Problems: The Experience Of Family Members in Three Contrasting Cultures*. UK Routledge, Taylor y Francis Group, 2005, 292 pp.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rodríguez-Ajenjo, C., Gutiérrez, ML. *et al.* (2009). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en línea en: http://www.inprf.org.mx/epidemiologicas/ena_2008/nacional2008.pdf.
- Natera, G. Tiburcio, M. Mora, J. Orford, J. (2009). *Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. Intervención comunitaria en adicciones y salud mental*. México: Ed. PAX, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Natera, G., Medina, P., Callejas, F., Juárez, F. y Tiburcio, M. (2011). "Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México". *Salud mental*, 34, 195-201.
- Natera-Rey G, Medina-Aguilar PS, Callejas-Pérez F, Orford J, Salinas-Escudero G, Tiburcio-Sainz M. (2016). Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo, México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39 (2), 69-75.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science y Medicine*, 78, 70-7.
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Mental*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones (2003). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol, y otras drogas: resumen ejecutivo. México: Secretaría de Salud, Conadic.
- Tiburcio M, Natera G., Mora J., Medina P. (2009). *Cómo ayudar a las familias a enfrentar problemas de consumo de alcohol en zonas rurales*. México: Ed. Pax.
- Tiburcio, M. y Natera, G. (2007). Adaptación al contexto Nñañhú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30 (3), 48-58.

CAPÍTULO 7

UNA MIRADA AL SIGNIFICADO DE SER MUJER EN LA URBE METROPOLITANA DEL SIGLO XXI

Margarita de la Cruz López¹

LAS MUJERES EN LA HISTORIA VIGENTE

Para darle voz y lugar a los derechos y las oportunidades que las mujeres urbanas tienen en la actualidad, ellas han tenido que luchar a lo largo de la historia de la humanidad contra una sociedad de desigualdad y opresión, dominada por el sistema patriarcal predominantemente.

El patriarcado según Colín (2013, p. 29) citando a Alda Facio es “Un sistema jerárquico de relaciones sociales, políticas y económicas que a partir de la diferencia biológica sexual y su significado genérico, establece, reproduce y mantiene al hombre como parámetro

¹ Psicóloga Clínica egresada de Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialización en Violencia Sexual, Centro de Atención Terapéutica para la Violencia Sexual, actualmente cursa estudios de Maestría en Terapia Familiar en el Instituto de Posgrado en Terapia Familiar Crisol. Se desempeña como psicóloga clínica en la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

de la humanidad otorgándole una serie de privilegios e institucionalizando el dominio masculino sobre las mujeres”.

El eje fundamental de la cultura patriarcal es el poder que se le da al género masculino, y que en este existe la relación de verticalidad *de la persona que manda y la que obedece* (Colín, 2013), mismos sistemas que reproducen, refuerzan y sustentan la violencia contra la mujer.

SER MUJER EN EL SIGLO XXI

¿Qué significado tiene ser mujer en este siglo ante la persistencia del sistema opresivo patriarcal? Esta pregunta tiene más de un significado, ya que en esencia podría resultar sencilla la respuesta, pero detrás trae consigo historia, cambios en la misma, creencias, roles, estereotipos, decisiones, simbolismos, atravesados por la identidad cultural, económica y social, según el contexto de desarrollo de cada mujer y su etapa en el ciclo de vida. Por ejemplo, no es lo mismo la concepción de ser mujer en una comunidad indígena marginada por la pobreza, por la falta de accesos a oportunidades de educación y en consecuencia de desarrollo profesional (con la dificultad de acceso a la salud sexual y reproductiva, además de la doble victimización por el hecho de ser una mujer indígena) (Jiménez, 2007), que ser mujer en una urbe metropolitana, donde se han tenido avances en materia de equidad de género, los cuales podemos evidenciar con el cambio de roles y creencias tradicionales de la concepción de la mujer, con ahora su inserción en los ámbitos públicos a nivel social, económico, político, laboral, cultural, educativo y en materia de salud sexual y reproductiva; sin embargo aún nos falta mucho por fortalecer para lograr una verdadera sociedad donde predomine la equidad de género ya que la violencia en todas sus formas, los feminicidios, la discriminación, la falta de oportunidades –por mencionar algunos–, continúan afectando mayormente a las mujeres (Moctezuma, Narro, y Orozco, 2014).

Nos encontramos en un momento histórico de cambio, de contradicciones y de adaptación que no ha sido sencillo para el posicionamiento y concepción de las mujeres actuales. Romper con el esquema tradicional del desarrollo de la mujer en el ámbito privado y sus funciones: en las tareas domésticas, en la satisfacción de las necesidades de los otros, de la maternidad, de la crianza, padeciendo enfermedades constantemente, atrapadas en la sobrevivencia de hacer rendir la economía, sin esferas académicas, privadas de espacios de socialización más allá del hogar, definiendo sus vidas en términos de sus relaciones familiares, construyendo su identidad a partir de los demás, situación que las ata más a su vida dependiente y las vulnera a padecer enfermedades físicas y mentales (García, 2005).

Es así que a lo largo de la historia las mujeres han sido objeto de invisibilización, transformándose en seres casi inexistentes (Pinto, 2003), salvo unas cuantas que por sus méritos y desafíos, se colocaron en un espacio que solo estaba destinado para los hombres; desafiando lo establecido por la sociedad de su época, traspasando esos límites, y apropiándose con su motivación y tenacidad de un espacio distinto para poder ser visibles y ocuparlo; pero la historia no da cuenta de cuál fue el precio que tuvieron que pasar por desafiar una norma y comprometer su identidad convencional como mujer.

RECUPERAR ALGUNAS MUJERES DE LA HISTORIA

Nombraré a algunas mujeres que pueden resonar más en la historia, ello sin quitarle valor al resto de aquellas que no mencione. Desde siglos atrás, tenemos a Cleopatra VII (69-30 a. C.) última reina del antiguo Egipto, Juana de Arco (1412-1431) quien fue acusada de herejía por liderar una revuelta francesa (Pinto, 2003). En México, nuestra muy resonada Juana Inés de Asbaje y Ramírez de Santillana (1651-1695), mejor conocida como Sor Juana Inés de la

Cruz quien desafió los lineamientos de estudio y de la literatura, se convirtió en escritora novohispana exponente del Siglo de Oro. Nombremos también a Susan B. Anthony (1820-1906) quien fue una lideresa del movimiento estadounidense de los derechos civiles de los trabajadores y de los derechos de la mujer con respecto a la necesidad de voto.

Marie Curie (1867-1934), fue una química y física polaca pionera en el campo de la radiactividad quien recibió dos premios Nobel. Del siglo pasado podemos tener presente a Frida Kahlo (1907-1954) pintora mexicana reconocida a nivel mundial; de manera más reciente nombraremos a Rigoberta Menchú (1959), quien actualmente tiene 57 años y es una lideresa indígena guatemalteca, defensora de los derechos humanos y ganadora del Premio Nobel de la Paz. Sin duda estas mujeres han marcado una pauta importante en la identidad, en la valía y en la apertura para poder transitar un terreno que abre posibilidades a nuevas formas de vivir la concepción de ser mujer.

LA RELEVANCIA DEL MOVIMIENTO FEMINISTA

El movimiento feminista sin duda fue uno de los precursores en la visibilización de una sociedad que privilegiaba al sistema patriarcal, fundamentado en la crítica de la sociedad desigual entre hombres y mujeres, donde la subordinación, la dependencia y la opresión traía consigo consecuencias a nivel social, económico y político; con la idea de que las mujeres luchaban *por sus derechos* (Pinto, 2003). Los comienzos del movimiento feminista se dieron en Europa y Estados Unidos (Gamba, 2008).

La corriente feminista surgió como movimiento y se transformó en una línea de pensamiento; como teoría propone una metodología para el estudio empírico de las desigualdades de la condición de las mujeres y como utopía expresa nuevas formas para la sociedad donde el elemento “sexo biológico” no sea el eje rector para

la construcción de relaciones inequitativas entre hombres y mujeres (Pinto, 2003), contribuyendo a un cambio de creencias a partir de incorporar la perspectiva de género (Gamba, 2008).

“La teoría feminista se refiere al estudio sistemático de la condición de las mujeres, su papel en la sociedad y las vías para lograr su emancipación. Se diferencia de los Estudios de la Mujer por su perspectiva estratégica. Además de analizar y/o diagnosticar sobre la población femenina, busca explícitamente los caminos para transformar esa situación” (Gamba, 2008, p. 2).

Todo lo que existe tiene una historia, el movimiento feminista no es la excepción; la primera expresión de él como movimiento social y político surge en la Revolución Francesa (1789). Una de las consignas de los revolucionarios era la proclamación de igualdad. Un grupo encabezado principalmente por mujeres de clase media y alta de la burguesía, cansadas de la supremacía otorgada a los hombres contra las mujeres, buscaban sensibilizar a las personas ilustradas sobre la falta de coherencia política, la subordinación y exclusión social de la que eran objeto las mujeres, aspirando a la libertad e igualdad. Esta movilización no alcanzó los frutos deseados y varias mujeres fueron encarceladas y algunas guillotinas, siendo el caso de Olympe de Gournes quien publicó “La Declaración de Derechos de la Mujer y la Ciudadana” (Serret, 2000). A este movimiento se le conoció como *ilustrado*.

Los movimientos feministas han tenido diversas tendencias y orientaciones basadas en el contexto y dinámica histórica, y han enfatizando demandas específicas en pro de los derechos de las mujeres (Serret, 2000). Se han diferenciado en las denominas *olas*: la primera, la segunda, hasta la actual, pese a que cada una ha adoptado distintas visiones, todas han estado atravesadas por la búsqueda de la igualdad y equidad, la visibilidad e inclusión de las mujeres en los distintos ámbitos (Gamba, 2008).

Surgen tres movimientos de los más representativos:

1. El feminismo liberal que se conoció también como *burgués* o *reformista*. Su planteamiento principal era hacer visible la opresión y desigualdad a partir de la diferenciación biológica, derivado de la división sexual, planteando la idea de *lo público* y *lo privado*, cuestionando la procreación. Uno de los avances fundamentales fue en Estados Unidos, logrando la despenalización del aborto en algunos estados (Pinto, 2003).
2. El feminismo radical o socialista. En esta tendencia se cuestiona la posición social de las mujeres, el lugar que ocupan dentro de la sociedad y el ámbito laboral. Se incorpora el término de la “doble jornada” y el tema del salario económico. Surge la reflexión y la investigación, cuestionando el papel de la ciencia como únicamente dotada para los hombres; se habla de los temas acallados por la sociedad tales como la violencia, la prostitución, la homosexualidad, lesbianismo y pornografía. Este movimiento se da entre mujeres y se considera que la lucha es directa a los hombres por el papel de supremacía (Pinto, 2003) (Gamba, 2008).
3. Finalmente tenemos al feminismo de vanguardia o contemporáneo que centra su atención en la condición que ha jugado la mujer a lo largo de la historia, incluyendo estudios sobre los elementos culturales, etnia, relaciones familiares, entre otros; resaltando la relación entre el patriarcado y el sistema sexo-género (Pinto, 2003), identificando la manera en que se reproducen los procesos de desigualdad y el significado que le damos a los mismos. Toma en cuenta la inserción de las mujeres en el sistema capitalista y en temas de economía (Gamba, 2008).

Si bien estos movimientos han dado apertura importante a los avances que hoy día se han tenido en materia de equidad y de derechos,

la lucha feminista es un recorrido que aún vislumbra un camino largo para alcanzar la meta de plenitud y un trato digno, donde las mujeres no tengan que lidiar con la zozobra del cumplimiento de sus derechos, con el miedo a que estos sea violados.

EL SIGNIFICADO DE LAS MUJERES

Tal como plantea Moctezuma, Narro, y Orozco en su artículo “La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia” (2014, p. 119):

“No es posible aceptar, por ejemplo, que las mujeres tengan una menor remuneración salarial que la que reciben los varones en los mismos empleos. No puede aceptarse el descuido en las políticas de salud que permiten la existencia de cifras elevadas en la mortalidad materna o en los embarazos de las adolescentes. Nadie puede permanecer indiferente ante el alarmante crecimiento de la trata y de la esclavitud sexual de las mujeres. No debemos cerrar los ojos cuando se sabe que la pobreza afecta más a las mujeres, especialmente a las indígenas y a las que viven en el campo. No es posible aceptar la simulación que en los partidos políticos se hace para eludir las cuotas de género que buscan mejorar la representación femenina en los ámbitos del poder. No se debe ignorar que la mujer padece en la actualidad situaciones de violencia y maltrato inaceptables en todos los ámbitos sociales, especialmente en su propio hogar”.

Podemos preguntarnos entonces ¿por qué se sigue preservando la inequidad de género?, ¿es solo un asunto de mujeres luchar por relaciones equitativas de género? ¿Cuáles son los desafíos con los que ahora nos encontramos?

Comenzaré planteando algunas definiciones que nos ayuden a comprender como es que siguen repitiéndose los *constructos* de género aprendidos, que nos atraviesan incluso desde antes de nacer, por la repetición de los discursos sociales, mismos que tenemos enraizados en nuestro ser.

¿El género es algo natural con el que nacemos o lo aprendemos?

Antes de definir qué es el *género* me gustaría aclarar que esta palabra al igual que *feminismo* no es sinónimo de ser mujer “o de cosas de mujeres”: esta precisión nos apoya precisamente a entender este concepto como una visión integral que busca que tanto hombres como mujeres podamos formar parte de este cambio en la construcción de una sociedad orientada a la búsqueda de la *equidad de género*.

“El género afecta tanto a hombres como a mujeres, la definición de feminidad se hace en contraste con la de masculinidad, por lo que género se refiere a aquellas áreas –tanto estructurales como ideológicas– que comprenden relaciones entre los sexos. Pero lo importante del concepto de género es que al emplearlo se designan las relaciones sociales entre los sexos... El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico” (Lamas, 1995, p. 16).

Como categoría, *el género* hace referencia a las características psicológicas, sociales y culturales, asignadas con base al sexo biológico, que hacen que sus miembros perciban como *masculinas* o *femeninas* ciertas actividades, tareas y responsabilidades, que se jerarquizan y valoran de manera diferenciada (Nación, 2013) (Colín, 2013).

Durante el proceso de socialización primaria se asignan comportamientos diferentes para hombres y mujeres y así se aprenden los roles (o papeles) de género. De igual manera pasa con los *estereotipos de género* que son ideas aceptadas por la mayoría de las personas, que llegan a convertirse en patrones o modelos de características sociales y culturales asignadas a hombres y mujeres, siendo más negativos para las mujeres por el papel histórico de inferioridad y exclusión (Nación, 2013). Ellos llegan a constituir sistemas de vigilancia que separan y excluyen a mujeres y hombres. “Los *estereotipos de género* logran convertirse en un hecho social tan fuerte que llega a creerse que es algo natural” (Colín, 2013, p. 10).

Así las mujeres aprendieron que deben ser *sumisas, indefensas, necesitadas de protección, dispuestas siempre a ayudar y a proteger*, a ser *santas y/o puras*, hasta que una instancia legal o religiosa les de autorización de ejercer una sexualidad erótica placentera; de esta manera el estereotipo está condenado a reprimir los cuerpos y deseos, a dejarlos destinados al hombre que tendrá derecho a explotarlos. Propositivamente refiero a *un hombre* porque la diversidad sexual no está en el marco propio de los roles destinados a una mujer, ni tampoco a los de un hombre.

Convencionalmente se mira a las mujeres con cuerpos sexuados que son cosificados y productos la mayoría de las veces de violencia, desde las más sutiles hasta las más crueles, desde la infancia hasta la etapa adulta. Además las mujeres están destinadas al *maternaje* aunque ello implique renunciar a sus metas personales o laborales. Las mujeres deben atender aspectos sociales, a mostrar sensibilidad pero no enojo, a aceptar que constantemente por su condición vulnerable padecerán enfermedades, a que obtendrán menos salarios, así como mayores actos de discriminación en los ámbitos laborales, políticos y socio-culturales.

Pese a que las mujeres contemporáneas del siglo XXI, han cuestionado la manera de vivir estos roles así como la reproducción de estereotipos, son cada vez más las que han incursionado en los ámbitos públicos saliendo a trabajar, volviéndose emprendedoras, decidas, con tendencia a expresar su sentir y su desacuerdo, a luchar por sus ideales, a cuestionar y elegir con mayor conciencia si desean ser madres o no, a decidir sobre su cuerpo y sexualidad con mayor libertad, a conocer y defenderse como sujetas de derecho; no obstante estos grandes logros, aún es difícil vivirlos y disfrutarlos, pagando un precio por ello; debido a que la sombra de la culpa, del cuestionamiento de esta nueva forma de posicionarse como mujeres, llega a estar presente con los discursos sociales, culturales, familiares, reforzados por los medios de comunicación, de quienes no aceptan el cambio del papel tradicional de la mujer, cargándose de malestar, padeciendo enfermedades que se hablan a través del

cuerpo, sintiéndose *malas madres* por desatender a las hijas e hijos, o egoístas si hablan de ellas mismas, si logran tener un mejor sueldo que la pareja, si dicen *no*, si quieren separarse porque una relación les parece inequitativa o es violenta, y terminan cargando el peso de los juicios por haber tomado esta decisión.

De igual manera ocurre si optan por la práctica de un aborto electivo, considerando el derecho y la libertad de decidir sobre su cuerpo. Nos encontramos entonces en la transición de estos nuevos esquemas de ser mujer con mayor libertad pero también con la restricción de la culpa, el estigma y la vergüenza por salirse de la norma que se trae anclada como el tuétano de los huesos, que atraviesa a todo ser humano inmerso en su cultura y su contexto.

DESTACAR LA VIOLENCIA

Otro factor que continua preservando la inequidad de género es la violencia. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (Unidas, 2006, p. 12):

La violencia de género ha sido definida como “[...] todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.”

La violencia ha ido en aumento, cifras de la prevalencia a nivel mundial nos indican que una de cada tres mujeres (35%) alguna vez ha vivido violencia física y/o sexual de parte de su pareja y en caso de violencia sexual es más frecuente que la agresión sea por desconocidos.

La violencia que se vive con frecuencia es cometida por la pareja o personas cercanas, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja (OMS, 2013).

“Debemos crear la conciencia ciudadana de que la violencia de género afecta a toda la sociedad, y por tanto se hace imprescindible suscitar el debate social sobre la violencia machista y realizar campañas informativas que visibilicen las múltiples maneras de violencia sobre la mujer, incluida la violencia sexual, dirigidas a la prevención y a la erradicación de mitos existentes que tienden a perpetuar situaciones de violencia machista de generación en generación” (Instituto Andaluz de la Mujer; Asociación Amuvi; Junta de Andalucía, 2013, p. 1).

Es importante considerar que la conciencia de la violencia de género, no es solo asunto de las mujeres, aunque así se mantuvo durante las primera y segunda *ola* del feminismo, promoviendo lo que se llamó “el separatismo” considerando que el problema de la inequidad se resolvería si los hombres desaparecieran, lo que parecería afirmar que el problema de las mujeres, eran los hombres, ignorado que la condición cultural también los atrapa a ellos (Whelehan, 1995).

Si bien hoy día no existen movimientos de los hombres tan representativos como los de las mujeres, estos han comenzado a hacerse visibles; ya desde los años setenta del siglo XX se comenzaron a agrupar hombres que se pronunciaban a favor de los derechos que proclamaban las mujeres (Whelehan, 1995), así ha surgido el camino del planteamiento a la construcción de una nueva mirada de la masculinidad.

CO-CONSTRUCCIÓN Y RE-ESCRITURA

Un objetivo necesario y común es que hombres y mujeres de-construyan y re-escriban concepciones diferentes de vivir la identidad de ser mujer y de ser hombre, en los distintos ámbitos en que se encuentren –social, jurídico, de salud, académico, familiar, laboral, político, entre otros–; si logran transitar juntos en un camino de respeto y equidad los resultados serán benéficos. Para ello los hombres tienen que aceptar que tampoco la tienen fácil en la reconstrucción de las nuevas masculinidades.

Con los cambios y pronunciamiento de las mujeres los hombres se han comenzado a mover; me atrevo a decir que sin tanta conciencia por la pronta apertura del trabajo con la masculinidad, donde soltar el poder implica que den cuenta de las pérdidas que conlleva y las mejoras que tendrían. La equidad tiene también beneficios directos para los propios hombres.

“Ser un hombre más igualitario supone asumir mayores responsabilidades hacia el cuidado de las demás personas, pero también de uno mismo; aumenta la autoestima; favorece el crecimiento personal, y aumenta la calidad en las relaciones tanto con las mujeres como con otros hombres, entre otras ventajas” (Instituto Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer, 2008, p. 17).

Para cerrar con broche de oro me gustaría compartir algunas reflexiones de mujeres y hombres a quienes hice esta pregunta, previo a preparar estas líneas: ¿Qué significa ser para ti mujer en el siglo XXI?

Las respuestas que encontré fueron muy inspiradoras, me alentaron a darme cuenta que pese a que aún hay muchas situaciones que atender en torno a la inequidad de género, se vislumbra la esperanza, los logros y los retos.

“Ser mujer para mí en este siglo actual, es reinventarme día a día, tratando de romper estereotipos inculcados desde siglos atrás, algunos días lo logro y otros no, pero sigo concientizándome de ello” (Mujer de 35 años).

“Ser mujer significa tener el derecho de decidir de manera libre y sin culpas sobre el rumbo de mi vida y poder disfrutar de lo que soy, sea sola o acompañada” (Mujer de 40 años).

“Ser mujer significa un reto y tener un lugar, cuestionando el machismo y teniendo la oportunidad de trabajar en la congruencia con mis creencias de género, es encontrar otras formas de vivir y relacionarme, ser mujer es no tener que reducirme al aseo de la casa, valorar el trabajo de quienes si lo hacen... es tener decisión” (Mujer de 45 años).

“Ser mujer significa haber atravesado por muchos cambios a lo de la larga vida, en mi infancia las mujeres eran marginadas, no tomadas en cuenta, ahora ya podemos decidir, antes decidían mis padres, luego mi esposo, hasta que aprendí que yo podía decir sobre mi propia persona, eso me ha dado libertad y autoestima” (Mujer de 69 años).

“Yo veo que ser mujer en este siglo implica continuar desafiando los estereotipos femeninos, en una sociedad que aspira a la equidad entre hombres y mujeres, con una carga en los hombros por lograr esa equidad, estableciendo nuevos esquemas para ambos géneros, que en momentos son difíciles de cumplir por el cargas ancestrales de género que traemos” (Hombre de 32 años).

CONCLUSIÓN Y PREGUNTAS FINALES

Por tanto, para mí ser mujer en este siglo es estar atravesadas por *constructos* sociales y culturales, con la posibilidad de cuestionarlos, desecharlos y re-construir una nueva identidad y mirada hacia lo que somos y queremos seguir siendo... personas con derechos, oportunidades, decisiones, logros y libertades, en lo político, lo económico y lo social. También creo que tenemos un gran reto transitar por este camino en conjunto con los hombres, con la construcción de las nuevas masculinidades, con la esperanza de haber conocido mujeres y hombres sensibilizados y deseosos de darle un sentido distinto a la manera de vivir su identidad, de incorporar la emotividad, la expresividad, la paternidad, de vivir una sociedad con mayor equidad, donde seamos vistos como seres humanos que merecemos el mismo trato y las mismas oportunidades, vivir la vida sin prejuicios, ni defensas, ya no desde una posición de poder y subordinación sino desde un lugar donde exista un equilibrio de poder que sea compartido, que socialmente tengamos los mismo derechos tanto mujeres como hombres.

Y para ti, ¿cuál es tu concepción de ser mujer? y ¿Cuál es la de concepción de ser hombre?

REFERENCIAS

- Instituto Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. España: Instituto Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer.
- Colín, A. (2013). *La desigualdad de género comienza en la infancia*. Distrito Federal: Red por los derechos de la infancia en México.
- Frías, S. (2014). Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas; evidencias a partir de las encuestas. *Acta Sociológica No. 65*, 11-36.
- Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*. Buenos Aires: Biblos.
- García, S. (2005). *Psicología y feminismo: historia olvidada de mujeres pioneras en la psicología*. España: Narcea.
- Instituto Andaluz de la Mujer; Asociación Amuvi; Junta de Andalucía (2013). *Guía de prevención y sensibilización contra la violencia sexual*. Andalucía.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2009). *Protocolo de Intervención para casos de hostigamiento y acoso sexual*. México .
- Jiménez, M. (2007). *Violencia familiar y violencia de Género*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México y Dirección General de Igualdad y Diversidad Social.
- Lamas, M. (2010). *El género: la construcción cultural de la diferenciación sexual*. México: Porrúa.
- Lamas, M. (1995). La Perspectiva de Género. *Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE* , 14-20.
- Moctezuma, D., Narro, J., y Orozco, L. (2014). La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia en México. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, UNAM*, 117-146.
- Nación, S. C. (2013). *Protocolo para juzgar con perspectiva de género: haciendo libertad el derecho es mejor*. México: Soluciones creativas integrales.
- Ochoa, M., y Calonge, F. (2014). La violencia contra las mujeres en la región occidente: México: entre la inoperancia institucional y el conservadurismo social. *Acta Sociológica No. 64*, 121-150.
- Pinto, W. (2003). Historia del feminismo. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 30-45.
- Safa, P., y Ramírez, J. (2011). Deterioro urbano y calidad de vida en las grandes urbes: participación de las mujeres en las organizaciones vecinales. *La ventana*, 110-145.
- Santillán, I., y Rodríguez, R. (2014). *Amicues Curiae*: Análisis jurídico con perspectiva de género en el caso de Clara Tapia Herrera. La importancia de la eliminación de estereotipos sexistas. *Alegatos*, 47-70.

- Serret, E. (2000). El feminismo mexicano de cara al siglo XXI. *El cotidiano*, 42-51.
- Unidas, N. (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos*. New York: Publicación de las Naciones Unidas.
- Whelehan, I. (1995). *Modern Feminist Thought: From the Second Wave to Post-Feminism*. Great Britain: Edimburgh University Press.

CAPÍTULO 8

MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL PARA MUJERES RECEPTORAS DE VIOLENCIA

Marcela Biagini Alarcón¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha señalado que la violencia en general y la violencia dirigida a la mujer, son fenómenos universales de gran interés para la comunidad internacional por ser un problema de salud pública y de derechos humanos, que afecta todos los ámbitos sociales. La forma más común de violencia dirigida a la mujer es la que sucede en el espacio de la pareja (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2013).

Comparando las definiciones de varias instituciones nacionales como internacionales, podemos definir la violencia en términos de *daños intencionales perpetrados o amenazas de daños a una persona o un grupo de personas*. Esto incluye también actos de coerción (ONU,

¹ Psicóloga Clínica egresada de la Facultad de Psicología, Universidad de Chile. Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo, Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Terapeuta certificada por la International Society of Transference-Focused Psychotherapy, Weill Cornell Medical College, Personality Disorders Institute, New York. Se desempeña como Coordinadora del Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

2006; Dirección General de Normas [NOM], 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). La OMS incluye en su definición *la violencia auto-dirigida* y actos que tienen una probabilidad alta de causar daño (OMS, 2002). La Norma Oficial Mexicana incorpora actos de omisión y abandono como hechos de violencia (NOM , 2009). La ONU y la OMS, por otro lado, también contienen como acto violento el *aislamiento* y hacen énfasis en la violencia como una violación de los derechos humanos (OMS, 2002; ONU, 2006).

Específicamente con respecto a la violencia familiar la legislación mexicana coincide con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, al no limitar su definición al ámbito en el cual suceda el acto violento, considerándose *violencia familiar* tanto a los eventos que ocurren en el hogar como a los hechos que ocurren en otros espacios donde se encuentran involucradas personas en relación de parentesco directo (ONU, 2006; NOM, 2009; OMS, 2002).

En relación a la violencia contra las mujeres, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, Última Reforma *Diario Oficial de la Federación* [DOF] 17-12-2015) reconoce diversos tipos de violencia: psicológica, física, patrimonial, económica, sexual y cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

El INEGI obtuvo en 2011 en la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (Endireh) resultados preocupantes: el 44.9% de las mujeres casadas o unidas han sido receptoras de violencia en el marco de la relación íntima durante toda su relación. De estas mujeres, 89.2% reportaron haber recibido abuso psicológico/emocional; 56.4% informaron haber sufrido violencia económica; 25.8% dijeron haber sido agredidas físicamente y 11.7% reportaron agresiones sexuales durante la relación de pareja; 8.1% de las mujeres que han recibido violencia de algún tipo han pensado en quitarse la vida y 38.8% de éstas lo han intentado por lo menos una vez.

Sólo el 9.3% de las mujeres que respondieron afirmativamente a ser receptoras de violencia por parte de su pareja, señalaron haber denunciado los hechos ante alguna autoridad (INEGI, 2013).

La violencia dirigida a la mujer tiene varias repercusiones físicas (muerte, dolor crónico, enfermedades habituales, complicaciones cardiovasculares, síntomas neurológicos recurrentes, etc.), psicológicas (depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.) y sexuales/reproductivas (Valdez y Juárez, 1998; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y del Río-Lozano, 2007).

ESTUDIOS EN EL TEMA

Hemos encontrado muy pocos estudios sistemáticos que examinen el impacto de un proceso psicoterapéutico en mujeres receptoras de violencia. Almenta, García y González (1994) elaboraron un cuestionario para los participantes de una experiencia de terapia grupal adjudicando éstos últimos su mejoría a los factores de autoconocimiento y catarsis. Matud Aznar, Gutiérrez y Padilla (2004) señalan que la terapia de grupo es la modalidad ideal para combatir el aislamiento; Hansen, Eriksen y Elklit (2014) indican que la terapia de grupo reduce la percepción de una falta de red de apoyo que frecuentemente asecha a las mujeres en situación de violencia.

Otro programa que ofrece intervención psicoeducativa para mujeres deprimidas prefiere esta modalidad terapéutica por los equivalentes de los factores de universalidad, infundir esperanza, aprendizaje interpersonal y catarsis (Lara, Navarro, Acevedo, Berenzon, Mondragón y Rubí, 2004).

El modelo de *psicoterapia grupal de orientación interpersonal* que proponemos, está basado en las propuestas teóricas de la *psicoterapia de grupo existencial* de Yalom (1986) y con especial consideración a los factores curativos que este autor propone; sin embargo, tiene objetivos generales y específicos desarrollados *ad hoc* para este modelo psicoterapéutico particular.

Señala este autor que “el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo y que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas guiadas que llamaré «factores curativos»” (Yalom, 1986, p. 21).

Yalom divide los “factores curativos” en 11 categorías básicas. Estos factores pueden representar partes distintas del proceso de cambio; algunos se refieren a los mecanismos reales del cambio, mientras que otros pueden describirse más exactamente como *condiciones para el cambio*:

1.- Infundir esperanza; 2.- Universalidad; 3.- Ofrecer información; 4.- Altruismo; 5.- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario; 6.- Desarrollo de las técnicas de socialización; 7.- Conductas de imitación; 8.- Aprendizaje interpersonal; 9.- Cohesión del grupo; 10.- Catarsis; 11.- Factores existenciales.

Infundir esperanza

Mientras otros factores curativos surten efecto, la fe en un tipo de tratamiento puede ser en sí terapéuticamente eficaz. Una elevada esperanza de recibir ayuda está significativamente relacionada con el resultado positivo de la psicoterapia. Algunos autores afirman que en el grupo debe haber pacientes en varias etapas de mejoría; en este sentido, muchos pacientes, al final de su terapia, manifiestan que fue muy importante para ellos haber observado mejoría en los otros. Los terapeutas no deben olvidar el uso de este factor, llamando periódicamente la atención sobre la mejoría que han logrado los miembros.

Universalidad

Muchos pacientes inician la psicoterapia con el inquietante pensamiento de que *sólo ellos* tienen ciertos problemas, ideas, impulsos o

fantasías inaceptables; este *sentimiento de singularidad* a menudo se ve reforzado por el aislamiento social. Después de escuchar a otros miembros del grupo revelar preocupaciones similares a las suyas, los pacientes informan sentirse más en contacto con el mundo y lo expresan con frases como “creí que yo era la única”. En la medida en que los pacientes descubren su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician más con la catarsis y con la aceptación esencial de los otros miembros.

Impartir información

Los terapeutas suelen dar información específica sobre salud mental y las enfermedades mentales; también se transmite información para estructurar el grupo. Darse consejos entre los pacientes es común en las fases tempranas de un grupo interaccional; el proceso *de aconsejar* más bien que *el contenido del consejo* puede ser beneficioso, ya que implica y transmite un interés y una preocupación mutuos. En otras palabras, lo importante no es el consejo que se da sino el hecho de que éste se dé.

Altruismo

En terapia de grupo los pacientes *reciben dando*; a menudo inician la terapia con un profundo sentimiento de no tener nada de valor que ofrecer a los demás; es una experiencia correctiva descubrir que pueden ser importantes para otros.

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario

Muchos pacientes entran a la terapia de grupo con la historia de una experiencia muy insatisfactoria en su primer y más importante

grupo: la familia primaria. El grupo se parece a la familia en muchos aspectos y muchos grupos son dirigidos por un equipo de co-terapia masculino-femenino en un deliberado esfuerzo por simular muy estrechamente la configuración de los padres; los miembros del grupo interactúan con los jefes y los otros miembros como antes interactuaron con sus padres y sus hermanos. Los primeros conflictos familiares pueden ser recapitulados y revividos correctivamente; se exploran y se desafían una infinita variedad de patrones (depender desesperadamente de los jefes del grupo, desafiar a los jefes a cada paso, intentar dividir a los co-terapeutas y propiciar desacuerdos y rivalidades entre ellos, etc.). De este modo, resolver un problema con los terapeutas y con otros miembros del grupo puede significar resolver asuntos que han estado pendientes desde hace mucho.

Desarrollo de las técnicas de socialización

El aprendizaje social, el desarrollo de las capacidades sociales básicas, es un factor curativo que opera en todos los grupos de terapia, aunque el tipo de capacidades que se enseñan y lo explícito del proceso varían mucho, según el tipo de terapia de grupo que se aplique. En *la terapia dinámica de grupo*, con reglas básicas que alientan la retroalimentación franca, los pacientes pueden obtener mucha información sobre su conducta social inadecuada; por ejemplo, pueden enterarse de su tendencia a evitar mirar a la persona con la que conversan, o de otros hábitos sociales que, desconocidos para ellos, han interferido en sus relaciones sociales. Para los que carecen de relaciones íntimas, el grupo a menudo representa la primera oportunidad que tienen de recibir retroalimentación interpersonal exacta.

Conductas de imitación

En la terapia de grupo no es raro que un paciente se beneficie observando la terapia de otro participante que tiene una constelación de problemas similares al suyo; fenómeno que se denomina “terapia vicaria” o “terapia del espectador”; eventualmente, los pacientes pueden representar, durante un cierto período, partes de la conducta de otra gente, y después la abandonan por ser algo que no les gusta. Este proceso puede tener un efecto terapéutico sólido; descubrir *qué no somos* sirve para descubrir *qué somos*.

Aprendizaje interpersonal

Es un factor curativo amplio y complejo que representa en la terapia de grupo algo semejante a los *factores curativos de la terapia individual*. Mencionaré algunos principios que al estar organizados en una secuencia lógica permiten que el mecanismo del aprendizaje interpersonal como factor curativo se desarrolle de forma evidente.

1. El grupo de psicoterapia se convierte en un microcosmos social, en una representación en miniatura del universo social de cada paciente.
2. Los miembros del grupo, a través de la validación consensual y de la observación de sí mismos, llegan a advertir los aspectos significativos de su conducta interpersonal: su fuerza, sus limitaciones, sus distorsiones, su conducta mal adaptativa que produce reacciones no deseadas en los otros.
3. Ocurre una secuencia interpersonal regular: el miembro del grupo exhibe su conducta; por medio de la retroalimentación y de la observación de sí mismo, el paciente:
 - ✓ Aprecia la naturaleza de su conducta,
 - ✓ Estima la repercusión de su conducta en los sentimientos de los otros,

- ✓ En las opiniones que los otros tienen de él, y
 - ✓ En la opinión que tiene de sí mismo.
4. Después de que el paciente logra una conciencia plena de esta secuencia, también advierte que es responsable de ella y que es el creador de su mundo interpersonal.
 5. Cuando el paciente está plenamente consciente de la responsabilidad de su mundo interpersonal, entonces puede empezar a introducirse en las consecuencias de este descubrimiento: ya que *él ha creado su mundo es el único que puede cambiarlo*.
 6. La profundidad y lo significativo de esta conciencia, es directamente proporcional a la cantidad de afecto asociada con esta secuencia. Cuanto más real sea y más emocionalmente esté cargada la experiencia, más potente es el impacto; cuanto más objetiva e intelectualizada sea la experiencia, menos eficaz será el aprendizaje.
 7. Como resultado de esta conciencia, el paciente puede cambiar poco a poco o puede arriesgarse más rápidamente a practicar nuevos tipos de conducta y de expresión. La probabilidad de que el cambio ocurra está en función de:
 - ✓ La motivación del paciente al cambio,
 - ✓ La cantidad de molestia e insatisfacción personales que encuentra en los modos actuales de su conducta,
 - ✓ La participación del paciente en el grupo, su necesidad de ser aceptado por éste, su respeto y su aprecio por los otros miembros,
 - ✓ La rigidez de la estructura de carácter del paciente y su estilo interpersonal.
 8. El cambio de conducta puede generar un nuevo ciclo de aprendizaje interpersonal a través de la observación de sí mismo, y de la retroalimentación que le ofrecen los otros miembros. El paciente advierte que era irracional la temida desgracia imaginaria que había impedido el cambio de conducta.

9. El concepto de *microcosmos social* es bidireccional; no sólo la conducta exterior se manifiesta en el grupo sino que la conducta aprendida en el grupo posteriormente se lleva al medio ambiente social del paciente, y aparecen alteraciones en su conducta interpersonal fuera del grupo.

Cada uno de estos pasos en el aprendizaje interperso-
nal requiere la ayuda específica del terapeuta. Son necesarios
diferentes conjuntos de conductas terapéuticas:

- ✓ ofrecer una retroalimentación específica de los fenóme-
nos observados,
- ✓ alentar la observación de sí mismo,
- ✓ explicar el concepto de responsabilidad,
- ✓ animar a correr riesgos,
- ✓ negar las consecuencias infelices imaginarias,
- ✓ reforzar la transferencia del aprendizaje, etc.

Cohesión grupal

La cohesión en la terapia de grupo es análoga a la relación te-
rapéutica de la terapia individual. Definiremos la *cohesión* como
el resultado del conjunto de las fuerzas que actúan en todos los
miembros del grupo para permanecer en él; o más sencillamente:
como la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros. Se ha
visto en los miembros cohesivos, en contraste con los miembros
de un grupo sin cohesión, que tratan de influir vigorosamente
en los otros miembros del grupo; son más influidos por los otros
miembros; muestran más deseos de escuchar a los otros, y de
aceptarlos más; sienten mayor seguridad frente a las tensiones en
el grupo; participan más constantemente en las reuniones; prote-
gen las normas del grupo; son menos susceptibles de ser pertur-
bados como grupo cuando un miembro abandona el mismo.

Catarsis

Los psicoterapeutas dinámicos hemos aprendido que la catarsis no basta. Después de todo, tenemos experiencias emocionales, a veces muy intensas, toda nuestra vida, sin que se produzcan cambios. En el estudio de *los factores curativos de la terapia de grupo* se ha destacado la *catarsis* en el sentido de *adquirir habilidades para el futuro*. La *catarsis* forma parte de un proceso interpersonal: la fuerte expresión de la emoción fomenta el desarrollo de la cohesión; los miembros que expresan fuertes sentimientos mutuos y analizan sinceramente estos sentimientos desarrollarán vínculos mutuos y estrechos.

Factores existenciales

Éstos se refieren a cinco elementos:

- a) Reconocer que la vida a veces es injusta,
- b) Registrar que en última instancia nadie puede librarse de las penas de la vida ni de la muerte,
- c) Saber que no importa qué tan íntimamente se esté relacionado con otra gente, aún hay que vivir solo la vida,
- d) Identificar y enfrentar los problemas básicos de la propia vida y muerte,
- e) Y saber que hay hacerse responsable de la manera en que se vive la vida, sin importar cuánta orientación y apoyo se obtenga de los otros.

Propuesta psicoterapéutica

Planteamos que el modelo de intervención psicoterapéutica grupal que hemos desarrollado ofrece la mejor alternativa de intervención debido a la red de solidaridad que se establece y al

estímulo del apoyo en los logros y soluciones que las compañeras ofrecen.

La participación en un grupo terapéutico es una experiencia profunda que modifica tanto al participante como al terapeuta que conduce al grupo.

Los objetivos terapéuticos generales que se han planteado se refieren a:

1. Reconocer las distintas formas y grados de violencia.
2. Implementar estrategias de *empoderamiento*. Este término fue acuñado en la Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing (Pekín) en 1995 para referirse al aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder. Actualmente esta expresión conlleva también otra dimensión: la *toma de conciencia del poder* que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad de las mujeres como personas.
3. Reconocer los estilos de afrontamiento actuales. Se define *afrontamiento* como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).
4. Promover cambios en los estilos de afrontamiento.
5. Manejar la culpa.
6. Trabajar la ira hacia el agresor.
7. Recobrar el control sobre los límites yoicos, en relación a recuperar pensamientos, actitudes, valores y emociones propias.
8. Recuperar el control sobre los límites corporales, en relación a reestablecer la capacidad para decidir sobre el propio cuerpo.

9. Reorganizar la autoimagen, en relación a restablecer una imagen personal que parta de conceptos propios.
10. Clarificar las relaciones de género.
11. Clarificar las relaciones de pareja.
12. Clarificar las relaciones con los hijos.
13. Clarificar las relaciones con otros miembros de la familia.
14. Clarificar las relaciones con otros integrantes de la comunidad.

Los objetivos terapéuticos específicos que se han planteado se refieren a:

1. Manejo de síntomas emocionales específicos.
2. Afrontamiento de situaciones conductuales específicas.
3. Intervención en situaciones relativas a relaciones interpersonales específicas.

Manera de operar

En cuanto al procedimiento, trabajamos con grupos abiertos diseñados para 8 a 12 mujeres que hayan ingresado al Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* y que, por tanto, tengan un diagnóstico psiquiátrico actual.

La frecuencia de las sesiones es semanal y cada una de éstas tiene una duración de una hora y media.

Cada mujer puede permanecer en el grupo el tiempo que estime necesario; su partida se discute en el grupo y, si es el caso, con su médico tratante o psicoterapeuta individual.

En los grupos se incluyen mujeres de distintas edades, aunque procuramos combinar características que faciliten la identificación entre ellas.

Las reglas terapéuticas que operan son mínimas: se les informa que deben acudir a todas las sesiones o justificar sus inasistencias,

de otro modo serán dadas de baja; se les solicita puntualidad; se les exige confidencialidad.

En cumplimiento a la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (LGAMVLV), la atención que se brinda a las mujeres receptoras de violencia en el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, es gratuita en todos los servicios de Consulta Externa y Hospitalización.

REFERENCIAS

- Almenta, E., García, M., y González, E. (1994). Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14, 83- 97.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General.
- Dirección General de Normas (16 de Abril de 2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2 -2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Diario Oficial de la Federación.
- Hansen, N.B., Eriksen, S.B. y Elklit, A. (2014). Effects of an Intervention Program for Female Victims of Intimate Partner Violence on Psychological Symptoms and Percieved Social Support, *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 10. 3402/ejpt.v5.24797.<http://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24797>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en México. Endireh 2011. México.
- Lazaruz, RS, Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lara, M.A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L. y Rubí, N. A. (2004). A Psychoeducational Intervention for Depressed Women: A Qualitative Analysis of the Process. *Psychology and Psychotherapy: Theory and Practice*, 77, 429 - 447.
- Matud Aznar, MP, Gutiérrez, AB y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 1-9.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos Estudio del Secretario General (Edición en español). Naciones Unidas.

- Organización Mundial de la Salud (2002). World report on violence and health: summary. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO - Clinical and Policy Guidelines. World Health Organization.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y del Río-Lozano, M. (2007). Physical Health Consequences of Intimate Partner Violence in Spanish Women. *European Journal of Public Health*, 17 (5), 437 - 443.
- Valdez, R. y Juárez, C. (1998). Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud Mental de las Mujeres: Análisis y Perspectivas en México. *Salud Mental*, 21 (6), 1-10.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo* (primera edición). México: Fondo de Cultura Económica.

CAPÍTULO 9

TERAPIA SISTÉMICA, UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DIFERENTE

Alfredo Whaley Sánchez¹

La Terapia Familiar es una modalidad de intervención terapéutica que incluye como su elemento de estudio a todos los miembros de la familia, visto como un sistema en su conjunto y no de forma individual, como tradicionalmente se hacía antes de su desarrollo, cuando se evaluaba e intervenía con un sólo individuo como unidad de estudio.

Sus orígenes se remontan a los años 50's del siglo XX; en esa misma época surge un movimiento de vital importancia en la salud mental y principalmente en la psiquiatría: el desarrollo de los primeros psicofármacos, con los cuales se pensaba que las enfermedades mentales se curarían; sin embargo, para sorpresa de muchos, la mayoría de pacientes medicados y dados de alta de la gran mayoría de los hospitales psiquiátricos, regresaban a éstos en menos

¹ Médico Cirujano, Especialidad en Psiquiatría, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialidad en Terapia Familiar, Instituto de Terapia Familiar Cencalli. Se desempeña como Coordinador de la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

de un año, en casi su totalidad, lo que obligó a estudiar qué pasaba dentro de las familias de donde provenían estas personas, iniciándose un nuevo campo de estudio e investigación.

Esta intervención tiene sus orígenes cuando el biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy (1976) inicia un nuevo enfoque de los problemas biológicos, introduciendo en la discusión científica una concepción fundamentalmente diferente de la naturaleza de los hechos biológicos, misma que subraya un enfoque “organísmico” en vez de uno “reduccionista”.

En opinión de este autor, la ciencia tradicional basada con firmeza en modelos explicativos lineales de causa y efecto, tenía importantes limitaciones y sólo podía superarse por medio de un enfoque en todo distinto de la explicación científica tradicional. La teoría general de los sistemas de von Bertalanffy, proponía y bautizaba un conjunto de objetos integrados para encarar los problemas holísticos de la ciencia.

Lo esencial del enfoque sistémico es la atención a la organización, es decir, a la relación entre las partes destacando la interacción en las relaciones circulares y no en la forma tradicional de una línea, y así mismo subraya una consideración de los hechos en el contexto en el cual ocurren, y no aislados de su ambiente y centrados en el individuo, como era la visión tradicional.

Por lo tanto, el atractivo del enfoque, sistémico con su visión circular, fue y es para los teóricos y los clínicos de la familia, la base de la intervención, actualmente extendida a parejas e inclusive al individuo.

Quizás lo más importante de un sistema es la coherencia de sus características de organización: los elementos deben estar vinculados entre sí en forma descriptiva o predecible y de forma coherente. Siendo los siguientes conceptos los más importantes: organización, homeostasis y morfogénesis.

El concepto de *organización* se encuentra en el centro de los principios organizmicos abrazados por la teoría de los sistemas, cuyo concepto rector es que las características de la organización

del sistema producen *un todo mayor que la suma de sus partes*. Es decir que las coincidencias de los elementos del sistema, la pauta con la que se unen y organizan sus partes, produce algo que no es predecible a partir de un conocimiento de las características de cada una de las partes componentes del sistema.

LA FAMILIA Y EL PENSAMIENTO SISTÉMICO

En el caso de una familia, no es posible predecir las propiedades conductuales de una familia con el simple conocimiento de las personalidades del marido, esposa y los hijos. Aún no es posible pensar un elemento o subgrupo de elementos como si actuaran de manera independiente. Por el contrario, se propone una entidad organizada en la cual el estado de cada unidad es limitado por el orden de otras unidades o condicionado por él, o depende de ese estado. Por lo tanto, la conducta de los miembros de la familia, cuando se encuentran en el contexto de ésta, es limitada y modelada por las conductas simultáneas de todos los otros miembros, por si solos o en combinación. En consecuencia, el concepto de organización es descriptivo.

La teoría sistémica ve los sistemas como entidades dinámicas que responden al juego recíproco de dos grandes fuerzas:

Una *morfogenética* o vinculada con el cambio, el crecimiento y el desarrollo del sistema; una *morfoestática* (homeostática) conceptualizada como un conjunto de mecanismos reguladores útiles para mantener la estabilidad, el orden y el control de los sistemas en funcionamiento.

En cuanto a la familia, esto significa que siempre existe un vaivén entre mantener la estabilidad y el cambiar y crecer. En algunas familias, la necesidad de estabilidad parece ser la que predomina y el cambio sólo se produce en respuesta a las crisis que enfrentan. En otras familias parecen ocurrir constantes alteraciones y cambios; estas familias son a menudo descritas como caóticas o desorganizadas y parecen no reguladas o descontroladas.

La familia sana o funcional es la que ha desarrollado un adecuado equilibrio entre la morfogénesis y la morfoestasis, siendo la clave una adaptación coherente de los mecanismos reguladores y los temas de desarrollo.

Así, el concepto de *sistema familiar* se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que interactúan como un todo funcional. Siendo el todo más importante que la suma de sus partes integrantes.

El funcionamiento físico, emocional y social de los miembros de una familia es profundamente interdependiente, como los cambios en una parte del sistema que repercuten en otras partes del mismo, siendo las interacciones y las relaciones familiares altamente recíprocas, pautadas y repetitivas.

Las conductas de los miembros de una familia son complementarias o recíprocas. Esto conduce a esperar una cierta concordancia o equilibrio interdependiente en las familias que implica un dar y recibir, actuar y reaccionar. Es por ello que una falla en una parte de la familia puede complementarse en exceso en otra parte de la familia.

Una suposición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto social en un momento determinado.

Las conductas familiares, incluyendo problemas y síntomas, derivan otro significado emocional y normativo en la relación con el contexto socio-cultural. Por tanto, una perspectiva sistémica requiere la comprensión del problema en la mayor cantidad de niveles posibles. Los hechos dentro de la familia no se consideran al azar, más bien se les ve interconectado en forma sistémica. Lo cual implica tener claridad en cuanto a dos formas de pensamiento:

Pensamiento lineal

El pensamiento lineal atribuye a una única causa, en general intrapsíquica, los comportamientos desviados o patológicos. En esta lógica lineal, se justifican fácilmente todas las decisiones de control social, especialmente las decisiones de exclusión tales como la intervención con niños en hogares o la hospitalización de adultos.

Pensamiento circular

Pensar de manera circular equivale a renunciar a esquemas de análisis reduccionistas y tratar de integrar el contexto y las muchas interferencias culturales y económicas que se plantean.

Papp P. (1988) plantea los conceptos claves del pensamiento sistémico aplicados a la familia: Totalidad, organización, regulación. Los hechos se estudian dentro del contexto que están ocurriendo y se presta fundamental atención a las conexiones y relaciones más que a las características individuales. Así, el sistema global mantiene su forma a medida que cambia el patrón de vínculo entre las partes. El concepto de regulación y organización circular (opuestos a la descripción individual y a la explicación lineal) se ha convertido en el fundamento explicativo donde se apoya la intervención familiar.

Dicho concepto supone que ningún hecho o comportamiento aislado ocasiona otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos aislados. Estos hechos y comportamientos forman con el tiempo patrones persistentes y recurrentes que operan para equilibrar a la familia y permitirle pasar de una etapa evolutiva a la siguiente. Toda conducta, incluso la sintomática, establece y mantiene estos patrones. Esta función reguladora se considera más importante que la conducta o el síntoma como entidad por sí mismo. El interés primordial se relaciona con el funcionamiento de una conducta y con el modo en que la función de un comportamiento aislado se conecta con la

función de otro comportamiento a efectos de preservar el equilibrio de la familia.

No se considera que los miembros de la familia posean ciertas características innatas sino que éstas se manifiestan como resultado de una conducta en relación con la conducta de otros miembros del sistema. En lugar de entender la causa de la conducta se procura comprender la fluctuación del patrón de donde deriva su significado. Se organiza y sigue operando.

Por lo tanto, en el pensamiento sistémico no hay términos absolutos ni certidumbres, la realidad y la verdad son culturales. La verdad “pragmática” como la denomina el equipo de Milán es la que resulta útil, es decir, la verdad que conecta ciertos hechos y conductas (Ludwig, 1996).

Se considera que ninguna persona tiene un control unilateral sobre ninguna otra. El control está en el modo en que el circuito se organiza y funciona. El equipo de Milán ha desarrollado una manera singular de evitar el pensamiento lineal cuando se formula una hipótesis, utilizar el verbo *mostrar* en vez de *ser* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1982).

Al respecto Murray Bowen, en Bertrando (2004) afirmaba que la terapia sistémica procura centrarse en los hechos funcionales de las relaciones. ¿Se fija en lo que ocurrió, cómo, cuándo, dónde ocurrió? En tanto estas observaciones, que se basan en hechos, evitan la preocupación humana, del ¿*Por qué* ocurrió? Esta es una de las principales diferencias entre la teoría tradicional y sistémica.

En resumen, no es sistémico

Ningún “atomismo analítico” (analizar la parte por sí misma).

Ningún reduccionismo ontológico (la causa está en el origen).

El apoyo en la causalidad linear (A es causa de B y B de C...).

La teoría sistémica define una determinada epistemología, “una manera de ser”, “un paradigma”, “una cultura”. Desde la

teoría de la ciencia y desde la práctica vital, delimita un campo de lo “auto comprensible”, un contexto de conocimientos entrelazados que controlan la coexistencia y la comprensión cotidiana (Miller, 1975).

En términos simples, la teoría general de sistemas aplicados a los sistemas humanos y a sus dificultades sugiere que las familias o cualquier grupo de personas con una historia y un futuro, no son solo agregados de individuos. Un sistema humano es más que la suma de sus partes.

La descripción no incluye solamente a las personas, sino también a las relaciones entre ellos. Cada parte de un sistema está relacionado con otras, si se produce un cambio en el sistema, también provoca, un cambio en todas sus partes (Jackson, Beabin, Bavelas, y Watzlawick, 1995).

REFERENCIAS

- Bertrando, P. (2004). *Historia de la terapia Familiar. Las personas y las ideas*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ludwig, K. (1996). *Terapia Sistémica. Bases de Teoría y Prácticas Clínicas*. Barcelona: Editorial Herder.
- Miller, J. G. (1975). Living systems basic concepts. *Behavioral Science*, 10, 1- 23.
- Mony, E. (1989). *Si me amas no me ames. Terapia con enfoque sistémico*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1982). *Paradoja y Contra paradoja; un nuevo modelo de terapia en familias con transacción esquizofrénica*. Buenos Aires: A. C. E.
- Steinglas P. (1993). *La familia alcohólica. Un enfoque sistémico*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Von-Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jackson, D., Beabin, J., Bavelas, A., y Watzlawick, P. (1995). *Teoría de la Comunicación Humana* (5ª. ed.). Barcelona: Editorial Herder.

CAPÍTULO 10

DIVERSIDAD SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN

Beatriz Cerda De la O¹

CONCEPTOS BÁSICOS

Un grupo de expertos conjuntados en el 2002 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Sexología definieron *la*

¹ Médica Cirujana egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM, Especialista en Psiquiatría, Egresada de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, Alta Especialidad en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva en Psiquiatría, egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM, Especialidad en Sexología Educativa y Maestría en Sexología Clínica por el Instituto Mexicano de Sexología. Docente de alumnos de pregrado en la Facultad de Medicina de la UNAM y de Posgrado en el INFPR impartiendo la materia de Problemas relacionados con la Sexualidad para personal médico residente de psiquiatría.

Médica Especialista Psiquiatría Adscrita a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*. Participa en Asociaciones Civiles y Médico Humanitarias, brindando atención Psiquiátrica en ADIVAC (Asociación para el Desarrollo Integral para personas Violadas) y MSF, Médicos Sin Fronteras.

sexualidad como una dimensión fundamental del hecho de ser humano, que se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten o expresen todos (Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Mundial de Sexología [WAS], 2000)

La sexualidad está basada en:

- *El sexo*: características físicas o biológicas de las personas determinadas genéticamente (fórmula cromosómica, genes, gónadas, órganos sexuales, niveles hormonales, caracteres sexuales secundarios y dimorfismo cerebral), las cuales sujetan a las personas en algún punto del continuo que tiene como extremo a aquellas reproductivamente complementarias (Álvarez Gayou J. J., 2011).
- *La identidad de género*: Grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o una combinación de ambas; puede o no ser congruente con el género asignado (Arango Montis, 2008).
- *La identidad sexogenérica*: Es la construcción de identidad y de auto denominación en relación con la sexualidad; abarca aspectos biológicos, expresiones en relación con el género, la orientación o preferencia sexual, la forma de expresarse, el deseo y las prácticas para hacerlo (Flores y Maccise, 2007).
- *El género*: Es la construcción social caracterizada por clasificar a los miembros de la especie humana en dos grandes categorías: los hombres y las mujeres. Alude a toda una serie de ideas, sensaciones, percepciones, sentimientos, mitos,

estereotipos, conductas y expectativas normativas: es decir, lo que se espera de una persona, con las sanciones sociales respectivas, si estas no son cumplidas. Una categoría del *género* es el denominado *género de asignación*, el cual consiste en denominar como *mujer* o *varón* a un determinado humano; ocurre casi siempre poco después del nacimiento y se fundamenta en el fenotipo o aspecto exterior de la persona, especialmente en sus órganos sexuales externos. La asignación de género con frecuencia es correcta, ya que coincide con el sexo de la persona, sin embargo, existen circunstancias en que puede ser equívocas (Barrios, 2005), como pudiera ser el caso de las personas intersexuales.

- *La orientación sexual o preferencia genérica o sexual:* Atracción, tanto amorosa como afectiva, física y sexual, por una persona según su sexo-género. Se divide en heterosexualidad (atracción a personas del otro sexo y/o género), la homosexualidad (atracción a personas del mismo sexo y/o género) y la bisexualidad (atracción hacia otras personas sin importar su sexo y/o género). Se ha demostrado que no se elige ser homosexual, heterosexual o bisexual (Riesenfeld, 2006) (Álvarez Gayou J. J., 2011). Entre los elementos que definen la preferencia pueden encontrarse la atracción hacia los aspectos fenotípicos o externos y/o hacia los sexuales y/o eróticos, aunque generalmente lo que llama nuestra atención visual es el género; por lo que la preferencia genérica podría definirse como la atracción que tiene una persona para relacionarse con personas de su mismo género (homosexuales), ambos géneros (bisexuales) u otro género (heterosexuales).
- *Prácticas sexuales:* Éstas, además de ser un componente de la sexualidad humana, como su expresión se refiere a todas las posibilidades de ejercer la vida sexual.

La *sexualidad* como la entendemos en la actualidad abarca la interacción de múltiples y complejos factores a lo largo de un *continuum*

que sería imposible homogeneizar. Sin embargo, este concepto con sus complejidades, no surgió fácilmente. Es producto de la lucha social por las libertades y la búsqueda del respeto a los derechos sexuales, que muchas organizaciones civiles de todo el mundo han buscado desde hace ya algún tiempo y que persisten hasta la actualidad.

También producto de esta lucha social surge el *constructo* teórico de *diversidad sexual*, el cual hace referencia a todas las posibilidades de asumir, expresar y vivir la sexualidad para cada cultura y persona. Incluye distintas identidades, preferencias sexuales u orientación, expresiones del erotismo, prácticas sexuales y afectos. También abarca el reconocimiento y el derecho a la existencia y manifestación de todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas. La diversidad sexual critica el binarismo sexual, las ideologías androcentristas y heterosexistas, el sistema patriarcal y las jerarquías a favor de una coexistencia respetuosa y equitativa de todas las personas con las posibilidades múltiples de su existencia (Flores y Maccise, 2007) (Fonseca y Quintero, 2009).

Algunos ejemplos de esta diversidad sexual (además de los arriba descritos en la definición de sexualidad) incluyen a:

La transgeneridad: Se caracterizan porque las cualidades y los roles de género no coinciden con el sexo, es decir, son personas que no se identifican con su cuerpo: un hombre que se percibe, identifica, se siente y se vive como mujer, o viceversa, una mujer que se identifica con los roles masculinos, con ser hombre (Flores y Maccise, 2007). Las personas que viven las 24 horas del día en el rol cruzado, tienen una proporción de tres varones por mujer (Álvarez Gayou y Millán, 2010).

La transexualidad: Son personas transgénero que tienen la convicción de que su identidad genérica no coincide con su sexo biológico (un hombre atrapado en un cuerpo de mujer y viceversa); hay

una discordancia entre su cuerpo y mente (sexo-género) en donde la única forma de concordancia es a través de la reasignación de sexo con procedimientos médico-quirúrgicos (Flores y Maccise, 2007). Existe una discordancia entre el sexo y la identidad de género (Álvarez Gayou J. J., 2011).

El travestismo: Es la expresión comportamental de la sexualidad que se conceptúa por el gusto que tiene una persona por el uso de prendas, manierismos, accesorios o lenguaje atribuido en una sociedad y época determinada al otro género (Álvarez Gayou y Millán, 2010). El atuendo del género opuesto es la conducta más ostensible de la transgeneridad (Flores y Maccise, 2007).

La intersexualidad: Es una condición en la cual el individuo nace con caracteres sexuales de ambos sexos. En estos casos, la persona debe decidir el sexo y el género con el que más se identifique (Flores y Maccise, 2007).

El bigenerismo. Personas que se identifican con mujeres o varones pero que su rol genérico no es predominante, pueden presentarse como parcialmente mujeres, parcialmente varones o ambos (Álvarez Gayou y Millán, 2010).

Así la diversidad sexual abarca la infinita multiplicidad de prácticas e incluye las expresiones comportamentales de la sexualidad, también denominadas *parafilias*. Este tema será excluido del presente ensayo ya que su complejidad requiere de una descripción mucho más amplia y específica.

Finalidad expositiva

El presente y brevísimo análisis sobre el origen y el desarrollo del concepto de *diversidad sexual*, busca difundir de forma simbólica, dentro de un espacio público académico, una descripción del fenómeno, capaz de sensibilizar y fomentar el conocimiento, la discusión y el estudio sobre el tema, sin que por ello se intente dar por hecho la existencia sexual de las personas con los conceptos

aquí descritos. Trataremos de enfatizar las dificultades en materia de equidad (acceso a oportunidades) e igualdad (de derechos) que las personas de la diversidad sexual han padecido, así como los efectos de esta disparidad en la salud mental. Por último describiremos la educación como estrategia para eliminar la violencia hacia las expresiones de la diversidad sexual; considerando la educación formal y científica como la mejor arma contra el prejuicio, el estigma y la exclusión, contra las etiquetas, las devaluaciones y la discriminación.

Origen y desarrollo de la diversidad sexual como constructo teórico y político

La Federación Alemana del Norte aprueba en 1981 incluir las relaciones sexuales entre hombres, como delito dentro del código penal de dicho país; en respuesta a esta acción se inicia la constitución de grupos que buscan defender los derechos a estas prácticas, el médico alemán Karl Heinrich Ulrichs (Bavines, 2002) acuñó el término “homosexual” (para sustituir el de *sodomía* que tenía una connotación religiosa), manifestando públicamente estar en contra del contenido del artículo (Noriega, 2011) y pidiendo que se considerara como innato el amor homosexual; con la utilización de este término se evitó que se considerara como delito, pero se inició una nueva forma de poder sobre los cuerpos y las mentes de las personas homosexuales, diagnosticando médicamente la discriminación hacia este gremio (Foucault, 1989).

Esta descripción para entonces considerada “científica” describía formas “normales” de sexualidad, *versus* formas anormales, visión dicotómica que persiste hasta la actualidad en diversos grados de expresión.

Paradójicamente la supuesta “normalidad” de la sexualidad se forja gracias al concepto de “anormalidad”, es decir las personas catalogadas con identidades “normales” heterosexuales “por

naturaleza”, reproductoras (que tienen actividades eróticas con fines reproductivos), casadas y monógamas y *que practican solo la postura del misionero*, no existirían si no pudiesen compararse con la sexualidad de las personas “anormales”, personas homosexuales, bisexuales, no reproductivas, poligámicas, parafilicas, con prácticas sexuales e identidades diversas, etcétera.

Para el filósofo francés Michel Foucault (1989) este dispositivo de sexualidad normal *versus* anormal tiene como razón de ser el control global de las poblaciones. Si consideramos que nuestro lenguaje construye nuestro pensamiento, al utilizar de forma cotidiana estos discursos dicotómicos, reforzamos los introyectos psicológicos que hemos aprendido de la sociedad contribuyendo a evitar la expresión de *lo diferente* y generando una mezcla de significados e interpretaciones asociadas al término. Por ejemplo, aunque desde la estadística los términos *normal* y *anormal* son puramente descriptivos y se relacionan exclusivamente con la frecuencia de ocurrencia de un determinado fenómeno, la palabra *normal* favorece interpretaciones valorativas desde juicios morales que estigmatizan y rechazan lo diferente: lo más frecuente es “bueno” y lo menos frecuente es “malo”; lo “bueno” es sano y lo malo es “enfermo”; por lo tanto si lo normal es bueno y bueno es sano, entonces lo normal es lo sano; por otro lado si lo anormal es malo y lo malo es enfermo, entonces lo anormal es enfermo (Alvarez J, 2010) (Álvarez Gayou J. J., 2011) (Shibley y DeLamater, 2006).

Esta interpretación justifica la discriminación y fomenta el heterosexismo y la homofobia argumentando ejemplos como el siguiente: si la heterosexualidad es lo más frecuente, entonces es “normal” y por lo tanto “buena” y “sana” mientras que la homosexualidad al ser menos frecuente es “anormal” y por lo tanto “mala” y “enferma”. La *homofobia* es el temor fuerte e irracional hacia las personas homosexuales manifestada a través de actitudes y reacciones negativas hacia estas; mientras que el *heterosexismo* es la creencia de que todas las personas son heterosexuales y de que la heterosexualidad es la norma (Shibley y DeLamater, 2006).

A causa de que existen personas homofóbicas las personas homosexuales han adoptado una variedad de experiencias encubiertas de expresión; algunas están *en el closet* y mantienen en secreto su orientación sexual, y otras están *fuera del closet* y son abiertos respecto a su orientación sexual (Álvarez-Gayou y López, 2013) (Shibley y DeLamater, 2006).

Los movimientos de lucha por la despenalización de la homosexualidad, se manifestaron con agrupaciones que denunciaban el acoso policiaco y buscaban protección contra este, y a la vez solicitaban el desarrollo en materia de educación sexual; dichas agrupaciones se denominaron “movimiento homófilo” e integraron las primeras “comunidades homosexuales”; a pesar del avance de estas agrupaciones en la lucha política y la concientización sobre la homosexualidad, seguían aceptando la opinión médica de la *homosexualidad* como problema de salud (Noriega, 2011).

Subsecuentemente surge una categoría diagnóstica en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* dentro del apartado de *desviaciones sexuales* (American Psychiatric Association, 1952), para clasificar a la homosexualidad en este apartado (junto con el travestismo, el fetichismo, entre otros). Estos diagnósticos justificaron tratamientos médicos en la búsqueda de la “rehabilitación” permitiéndose entre otras prácticas el uso de terapias electroconvulsivas, de hormonas, de lobotomías, de intervenciones psicológicas aversivas, de reclusión en los asilos, etcétera para “curarla” (Careaga y Cruz, 2004).

El *movimiento gay* comienza a cuestionar a las instituciones médicas y propone un cambio de cultura que sea capaz de considerar el deseo homosexual en todas las personas y no solo en las homosexuales.

En la década de los cincuentas, Alfred Kinsey entrevistó a 5300 sujetos masculinos y 5940 femeninos proponiendo la existencia de mujeres y hombres en un continuo hetero-homosexual en el que todos los seres humanos se colocan en algún punto (Kinsey, Pomeroy, y Martin, 1948). Kinsey y sus colaboradores, encontraron que 4% de

los entrevistados habían sido exclusivamente homosexuales a partir de la pubertad, 10% fueron predominantemente homosexuales durante 3 años entre los 16 a los 55 años y 37% tuvo por lo menos una actividad homosexual dirigida a orgasmos después de la pubertad; respecto a las mujeres la homosexualidad estuvo presente solo en 50% en relación a la masculina. El informe de Kinsey negaba explícitamente la patología *homosexualidad*, además de mostrar que era un hecho relativamente común (Kinsey, Pomeroy, y Martin, 1948); Evelyn Hooker publicó en 1957 su investigación psicológica donde revelaba que las personas homosexuales no eran intrínsecamente anormales y que no había diferencia entre hombres homosexuales y heterosexuales en términos de patología (Riesenfeld, 2006).

El 28 de junio de 1969 un grupo de policías de la sección en lucha contra el vicio de la ciudad de Nueva York, irrumpió para ejercer violencia física y psicológica en *Stonewall*, en un bar donde los homosexuales concurrían en Greenwich Village. Por primera vez surge como resistencia a la opresión, un incendio donde los policías quedan atrapados al interior del bar; esta resistencia se extendió en forma de diversos incendios y agresiones físicas con piedras que duraron 3 días. Del entusiasmo y la autoafirmación nació el Frente de Liberación Gay (Kite y Deaux, 1984).

Desafortunadamente esta liberación comenzó a entenderse como un estilo de vida individual predominante de la clase media, con espacios de expresión y consumo específicos y estereotipos de buen gusto o “normalidad gay”, lo que dio paso a la construcción de nuevas marginaciones para aquellas personas que no cubrían estos parámetros: transgéneros, transexuales, bisexuales, asexuales, sadomasoquistas, con polirelaciones o con manifestaciones diversas en la identidad de género y expresión de la sexualidad en sus relaciones (Careaga y Cruz, 2004).

Producto de estas movilizaciones desde 1973 la Asociación Psiquiátrica Americana suprime la homosexualidad del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* y poco después la Organización Mundial de la Salud (Álvarez Gayou J. J., 2011).

A partir de los años ochenta, surgen movimientos que cuestionan esta nueva *normalidad gay* y rechazan la visión de la opresión y liberación relacionada con salir o no del “clóset”, exclusiva de la clase media-blanca que excluye diferencias socioeconómicas, étnicas, de salud, de edad, etcétera, considerando que no existe una exclusividad en la *identidad gay*, sino que existen diferentes maneras de vivir.

En este contexto surge lo denominado “*queer*”, para referirse a esas realidades sexuales y de género diferentes a lo gay o heterosexual. El adjetivo *queer* significa “raro”, “torcido”, “extraño”. Como teoría cuestiona la estabilidad, la coherencia y la homogeneidad del género, las identidades y las sexualidades criticando el sistema sexo género y a la academia (Polo Usaola, 2011). La teoría se origina en Estados Unidos a partir de la luchas a favor de los derechos de las mujeres, de los homosexuales, del estudio del sida y se alimenta de las nuevas premisas sobre la sexualidad, descritas por Boswel y Foucault en los ochentas y por Judith Butler y Annamarie Jagose en los noventas (Burton C., 2013).

El estudio de la epidemia del sida y su epidemiología revela que muchos hombres que tienen prácticas sexuales con otros no se consideran a sí mismos como gays u homosexuales y que existen comunidades culturales que entienden el deseo homoerótico de otras formas. A finales de la década de los noventa aparece el movimiento “LGBTTI: lésbico, gay, bisexual, transgénero, transexual e intersexual”.

En el marco de la lucha por los derechos sexuales surge la definición de salud sexual como el “Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso ante la sexualidad y de relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (World Health Organization, 2006).

Gradualmente el término político de “diversidad sexual” ha logrado ganar terreno; las visiones de las organizaciones sociales y sus luchas impulsan el conocimiento, difusión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población, todos reconocidos como derechos humanos; dichas organizaciones promueven a través de diversos movimientos sociales (marchas, plantones, festivales, homenajes, declaraciones, desfiles, etcétera) la igualdad de oportunidades para la expresión de las diversas formas de existencia sexual (Bavines, 2002).

La gran mayoría de estas organizaciones surgieron en la década de los noventa del siglo XX y forman parte de redes internacionales y nacionales que trabajan de manera concertada a favor de la defensa de los derechos sexuales. En México la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA y el Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, son algunas de las organizaciones gubernamentales que junto con asociaciones de la sociedad civil, buscan el acceso a estos derechos sexuales entre los que se encuentra la libre expresión pública de los afectos, las identidades de género, la no discriminación por preferencia sexual o por vivir con VIH-SIDA, el reconocimiento de los diferentes tipos de familias, etcétera. El movimiento por la diversidad sexual enfatiza que “los derechos sexuales son derechos humanos”: esta afirmación generó agitadas polémicas en el marco de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en China en 1995: derecho a la libertad de expresión, a la igualdad ante la ley, a la libertad y seguridad, a la protección ante toda discriminación, a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos y degradantes, y al derecho fundamental de todas las personas a ejercer la sexualidad libre de coerción, disminución y violencia. La Declaración de Valencia sobre los derechos sexuales se lleva a cabo en 1997, en el marco del XIII Congreso Mundial de Sexología, despatologizando la expresión de *diversidad sexual* y buscando crear las condiciones propicias para el ejercicio digno de la sexualidad en toda su riqueza y pluralidad.

Discriminación y sus efectos en la salud mental

Las formas de discriminación manifestadas con odio y aversión hacia las orientaciones sexuales e identidades diferentes a la heterosexual han sido conceptualizadas como: homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia, etcétera (Burton C, 2013) (Fonseca y Quintero, 2009).

El sometimiento a mayor estrés social que las personas de la diversidad sexual viven debido al estigma y a la discriminación individual e institucional (ataques físicos, trato injusto en la casa, en la escuela, en el trabajo, discriminación en las políticas matrimoniales, en la adopción de hijas/os en el acceso a la salud e incluso la incapacidad para decidir sobre sus propios cuerpos), tienen impactos negativos en la salud mental, siendo la mayor victimización en sus familias, el abuso físico, sexual y la violencia de pareja, en etapas tempranas de la vida, lo que incrementa el riesgo de padecer psicopatología. Se ha encontrado que las personas de la diversidad tienen mayor riesgo de haber vivido la experiencia de estar sin hogar que las heterosexuales. Independientemente de la orientación sexual y de la identidad todos estos son factores sociales, culturales y económicos son de riesgo para el desarrollo de problemas de la salud mental (McLaughlin, Hatzenbuehler, y Xuan, 2012).

Algunos estudios que han evaluado la salud mental en las personas de la diversidad sexual, han encontrado que cumplen dos veces más los criterios diagnósticos para un trastorno psiquiátrico comparado con la población heterosexual; esto tiene una relación directa con las experiencias crónicas de estigmatización, discriminación y violencia (física, psicológica, negligencia y sexual) que reciben por parte de la familia, conocidos o desconocidos en la infancia, adolescencia y edad adulta. La exposición a diferentes tipos de abuso en la infancia y adolescencia y el rechazo en el hogar es más común que con las personas heterosexuales; en las relaciones de pareja también se ha reportado mayor victimización que en la población heterosexual. Estas experiencias adversas se han asociado como factores de riesgo de conductas suicidas, síntomas

depresivos, abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, lo que provoca sentimientos de desesperanza y baja autoestima. El uso de sustancias puede ser una estrategia de afrontamiento ante la victimización; por otro lado la ausencia de hogar favorece el acceso al consumo de diversas sustancias y mayores posibilidades de exposición a la violencia (McLaughlin, Hatzenbuehler, y Xuan, 2012).

Educación: estrategia para eliminar la violencia hacia las expresiones de la diversidad sexual

A lo largo de la historia la educación ha sido uno de los factores fundamentales en el desarrollo de las sociedades. Debido a que la violencia hacia la diversidad sexual ha estado presente en la historia de las culturas, en las instituciones y en las leyes como producto del sistema patriarcal hegemónico que reproduce la misoginia y la imposición de juicios valorativos, la educación es la estrategia para la eliminación de estas prácticas discriminatorias (Álvarez-Gayou y López, 2013). Para reducir el impacto de dicha discriminación en la salud mental, es necesario evitar la victimización mediante estrategias de intervención a nivel de la comunidad, en los ambientes escolares y en las familias, estableciendo programas de reeducación sobre la diversidad sexual y fomentando con esto la prevención de la misma (que impida la exclusión educativa, laboral y social, el rechazo religioso, la negación de servicios de cualquier tipo, etcétera).

Los programas educativos deben desmitificar estereotipos y estigmas reproducidos por los medios de comunicación, que favorezcan ambientes de aceptación y respeto ante la decisión de *salir del closet* y evitar con esto rupturas familiares, abandono, violencia y en casos extremos, hasta la muerte.

Algunos ejemplos de expresiones discriminatorias basadas en estereotipos y juicios valorativos que se usan de forma cotidiana son los siguientes: “El homosexual no nace, se hace; los bisexuales son perversos, no saben lo que quieren, son indecisos; los

homosexuales, bisexuales o trans-travesti, transgénero, transexual son producto de un desvío de la naturaleza y se dedican al comercio sexual; son así porque los abusaron sexualmente; las lesbianas, gays y transexuales acosan a las personas heterosexuales; las lesbianas y los gays son pederastas; el SIDA la padecen solo los gays y transexuales; Las/los homosexuales y transexuales son más promiscuas(os) que las y los heterosexuales; si los matan es por crímenes pasionales” (Álvarez-Gayou y López, 2013) (Noriega, 2011).

Tomar conciencia de estas expresiones y de los diferentes contextos en los que se usan, brinda la posibilidad de cuestionarlos y evitar su reproducción al considerar que su uso cotidiano propicia actos violentos que ponen en riesgo la integridad física y mental de las personas de la diversidad sexual y fomenta la violación a sus derechos. Como sociedad debemos evitar el rechazo, la discriminación, las burlas y otras formas de violencia que favorecen la impunidad y los crímenes de odio contra esta parte de la población. Es obligación del Estado y de nosotros como sociedad proteger y garantizar los derechos humanos (Flores y Maccise, 2007).

REFERENCIAS

- Álvarez Gayou, J. J. (2011). *Sexoterapia Integral*. Mexico: Manual Moderno.
- Álvarez Gayou, J. L., y Millán, P. (2010). *Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad, transexualidad. Derrumbe de mitos y falacias*. México: IMESSEX.
- Álvarez J, C. A. (2010). *Trabajo final de estadística: homofobia, informe de investigación*. México: Universidad Panamericana.
- Álvarez-Gayou, J. L., y López, S. M. (2013). *Los rostros de la homosexualidad. Una mirada desde el escenario*. Mexico: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Arango Montis, I. (2008). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión 5*. Washington: Editorial Panamericana.
- Barrios, D. (2005). *En las alas del placer*. México: Pax.

- Bavines, J. (2002). *El movimiento gay en México*. México: Comunidad Lúbrica.
- Burton C, M. M. (2013). Sexual minority related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth. *J. Youth Adolesc*, 394-402.
- Careaga, G., y Cruz, S. (2004). *Sexualidades Diversas, aproximaciones para su análisis*. Ciudad de México: Porrúa.
- Flores, J. D., y Maccise, M. D. (2007). *La Diversidad Sexual y los Retos para la Igualdad e Inclusión*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Fonseca, C., y Quintero, M. (2009). La de construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, 43-60.
- Foucault, M. (1989). *La Historia de la Sexualidad 1, La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- I., M. (2003). Prejudice, Social, Stress And Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations. Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull* 2003, 664-697.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., y Martin, C. (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company.
- Kite, M., y Deaux, K. (1984). Gender Believes Systems: Homosexuality and the implicit inversion theory. *Psychology of Woman Quarterly*, 11, 83-96.
- L. Rowland, D., y Davis, C. M. (Volume 16, 2005). Annual Review of Sex Research. *A Publication of The Society for the Scientific Study of Sexuality*, 119-153.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M., y Xuan, Z. (2012). Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse Neglect*, 645-655.
- Noriega, G. N. (2011). ¿Qué es la diversidad sexual? Reflexiones desde la academia y el movimiento ciudadano. En G. N. Noriega, *Los estudios Queer* (pp. 167-174). Quito: Abya Ayala- Universidad Politécnica Salesiana y CIAD, A. C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Mundial de Sexología (WAS). (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala, Guatemala: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Trastornos Mentales CIE-10*. Washington D.C.: OMS.
- Pillard, R. (1991). Masculinity and Femininity in Homosexuality: "Inversion" revisited. *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*, 32-43.
- Polo Usaola, C. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de la despatologización de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 285-302.
- Riesenfeld, R. (2006). *Bisexualidades entre la homosexualidad y la heterosexualidad*. México: Paidós Mexicana.
- Riesenfeld, R. (2010). *Papá, mamá soy gay*. México: Paidós.

- Shibley, J., y DeLamater, J. D. (2006). *Sexualidad Humana*. México: McGrawHill.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health*. Geneva: Spetial Program of Research, Development and Research training in Human Reproduction.

CAPÍTULO II

PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

Marcela Biagini Alarcón¹

PRESENTACIÓN

Actualmente diversos autores han abandonado la idea relativa a que el tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) debe ser básicamente de apoyo y sin esperar que ellos sean capaces de funcionar en forma autónoma (Bateman y Fonagy, 2005; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Linehan, 2003, Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, y Appelbaum, 1995). Al respecto, se han propuesto distintos enfoques de tratamientos psicodinámicos cuyos principios generales de acuerdo a Waldinger (1987), son los siguientes:

- Énfasis en la estabilidad del marco de tratamiento,

¹ Psicóloga Clínica egresada de la Facultad de Psicología, Universidad de Chile. Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo, Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Terapeuta certificada por la International Society of Transference-Focused Psychotherapy, Weill Cornell Medical College, Personality Disorders Institute, New York. Se desempeña como Coordinadora del Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

- Un aumento en el nivel de la participación del terapeuta durante las sesiones, en comparación con la terapia para pacientes neuróticos,
- Tolerancia hacia la hostilidad de los pacientes manifestada en la transferencia negativa,
- Énfasis en desalentar las conductas auto-destructivas a través de clarificación y confrontación, en un esfuerzo para volverlas ego-distónicas y no gratificantes,
- Uso de la interpretación para ayudar al paciente a establecer puentes entre sus acciones y sus sentimientos,
- Bloqueo de las conductas de actuación de los impulsos estableciendo límites a las acciones que ponen en peligro al paciente,
- Enfoque del trabajo terapéutico inicial en el aquí y ahora más que en material genético,
- Monitoreo cuidadoso de los sentimientos contratransferenciales.

En concordancia con las tendencias actuales en el campo del tratamiento de los desórdenes mentales, se han desarrollado principalmente tres manuales para tratamientos psicodinámicos a largo plazo para pacientes con trastorno límite. El primer tratamiento psicodinámico *manualizado* fue desarrollado por Luborsky (1984) y plantea un tratamiento expresivo y de apoyo, donde su meta fue modificar los temas focales relativos a relaciones conflictivas centrales en las quejas de los pacientes.

Los otros dos tratamientos psicodinámicos *manualizados* son la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y el Tratamiento Basado en Mentalización desarrollado por Bateman *et al.* (2005).

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia –TFP– (Clarkin *et al.*, 2006; Levy, Clarkin, Yeomans, Scott., Wasserman y Kernberg, (2006); Kernberg, 1999; Kernberg, 2006; Kernberg, Yeomans, Clarkin, y Levy, 2008) desarrollada para tratar trastornos severos de la personalidad (trastorno límite, trastorno histriónico, trastorno narcisista, trastorno dependiente, trastorno paranoide), combina el

enfoque psicodinámico con estructura, fijación de límites y atención al beneficio secundario de la enfermedad. Se trata de un procedimiento, estructurado, *manualizado* y basado en evidencia.

Está diseñado para acrecentar la habilidad del paciente para vivenciarse a sí mismo y ver a los demás en forma realista y coherente, como individuos integrados, y para reducir la necesidad de utilizar defensas que debiliten la estructura del yo y empobrezcan su repertorio de respuestas disponibles. Como resultado, se espera que el paciente desarrolle una capacidad creciente para controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar sus necesidades instintivas, desarrollar relaciones interpersonales estables, satisfactorias y experimentar intimidad y amor. Estos objetivos se alcanzan a través del diagnóstico y la clarificación de los componentes disociados o escindidos del mundo objetal interno del paciente, a medida que aparecen en las transferencias que emergen rápidamente hacia el terapeuta.

Los componentes de cada disposición transferencial siempre incluyen una representación del sí mismo, una representación del objeto y un afecto que los une. La transferencia que se desarrolla es primitiva y refleja los esfuerzos del paciente por evitar el conflicto mediante la separación irreal de los aspectos amados y odiados del sí mismo y de los otros, de modo que, aun cuando aparecen juntos en la conciencia, lo hacen sin influirse el uno al otro (mecanismo de defensa primitivo de escisión). La TFP enfatiza el entendimiento y la interpretación consistente de la transferencia; en vez de gratificar las necesidades y demandas del paciente por medio de técnicas de apoyo, esta terapia intenta integrar por medio de la interpretación los aspectos disociados del mundo interno del paciente.

La meta central del tratamiento –integrar las representaciones parciales del sí mismo y del objeto–, está basada en la suposición de que las relaciones objetales internas disociadas adquieren su naturaleza primitiva precisamente en virtud del acto disociativo, que separa completamente la agresión del amor, creando relaciones ya sea totalmente idealizadas o totalmente persecutorias de sí mismo y de los

otros; la integración se facilita mediante el análisis de los mecanismos defensivos que mantienen activos estos estados de escisión.

Las técnicas básicas de la TFP son las mismas que las del psicoanálisis: interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica; sin embargo, se utilizan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos límite. Esta psicoterapia se realiza cara a cara, en dos o tres sesiones a la semana, instruyendo al paciente para que mantenga una comunicación abierta y continua de lo que está en su mente. Se enfatiza el “aquí y ahora” durante la mayor parte del tratamiento; sólo en etapas avanzadas se hacen interpretaciones del “allá y entonces”.

La TFP permite la total activación de las representaciones internas distorsionadas del paciente tanto de su *self* como de los otros, en la relación actual paciente- terapeuta. Se espera que tanto las relaciones de objeto primitivas como los sistemas motivacionales dominantes, se activen en el escenario terapéutico ya que están constantemente activos en la vida del paciente.

Los pacientes utilizan el tratamiento para desplegar estas relaciones objetales y el terapeuta trata de analizar y de clarificar cognitivamente, lo que el paciente percibe al nivel más profundo. La relación con el terapeuta se estructura bajo condiciones controladas para prevenir que los afectos exploten y destruyan la comunicación; la seguridad y estabilidad del ambiente terapéutico permite al paciente empezar a reflexionar acerca de lo que está sucediendo en el presente y lo que aconteció en el pasado, debido a que sus percepciones están más basadas en representaciones internas que en lo que realmente ocurre en el presente. En este mismo sentido, la TFP fomenta el cambio a través de la reactivación de relaciones objetales primitivas bajo condiciones controladas, sin el círculo vicioso de provocar la temida reacción del ambiente cuando el paciente actúa con desregulación emocional. Esta es la esencia del trabajo terapéutico en la transferencia.

El tratamiento no reproduce una experiencia específica en el tiempo sino más bien una construcción interna, cuyo último

origen no puede ser identificado con precisión. Por lo tanto, un mecanismo de cambio fundamental es la facilitación de la reactivación de relaciones objetales internalizadas que han sido disociadas, reprimidas o proyectadas, bajo condiciones controladas.

La reactivación de relaciones objetales en relación con el terapeuta se denomina *transferencia*. La formulación cognitiva que el terapeuta hace de esta experiencia se denomina *interpretación*. El marco de protección en el tratamiento, formulado en el contrato terapéutico, contribuye fundamentalmente a la contención en el sentido de estructurar cognitivamente lo que de inicio parece cognoscitiva y afectivamente caótico.

La desorganización del paciente involucra no sólo los conceptos relativos al *self* y a los otros, a las relaciones consigo mismo y los otros y el predominio de afectos primitivos, sino también, el proceso de protección que evita la plena conciencia; el proceso mismo de pensamiento se ve afectado de manera tan poderosa que los afectos, particularmente los más negativos, se expresan en acción sin la conciencia cognitiva de su existencia. Así, los pacientes pueden actuar de formas extremadamente agresivas sin conciencia de ello. El afecto está sólo en la acción.

Conductas mecanizadas, automatizadas son re-transformadas en la relación interna que les da origen, lo que los teóricos del apego denominan *modelos internos de trabajo*; así, el terapeuta asiste al paciente a conjuntar cognición y afectos que fueron anormalmente disociados y desorganizados.

Existe la suposición relativa a que es la relación humana cálida la que permite el crecimiento del paciente; sin embargo, es el análisis de la transferencia lo que permite gradualmente al paciente aceptar una nueva relación como algo de valor que puede usar para su crecimiento. Con estos pacientes la alianza terapéutica es una consecuencia del tratamiento, no una precondition; es el resultado de la resolución sistemática de los aspectos negativos de la transferencia.

Como un principio guía, la TFP se focaliza tanto en las conductas externas del paciente (por ejemplo, tipo y grado de su relación

con otros, involucramiento en actividades productivas) como en la realidad interna del paciente (por ejemplo, concepto del *self* y de los otros).

En cuanto a la duración del tratamiento, es difícil establecer un tiempo estimado al respecto; sin embargo, se han visto varios casos en los que los *acting out* del paciente quedan controlados durante los primeros seis meses de tratamiento y en los que el uso de mecanismos de defensa primitivos disminuye significativamente durante el segundo año de tratamiento.

La TFP es un proceso repetitivo, nada se resuelve pulcramente en un primer momento; existen ciclos repetitivos en los que las modificaciones y los cambios ocurren en un proceso gradual.

Existen cuatro estrategias para llevar a cabo el proceso

Estrategia 1

Definir las relaciones de objeto dominantes. Se trata de identificar las representaciones del *self* y las representaciones de los otros activas en la actual interacción; ello se consigue especialmente identificando el rol que el paciente está actuando en el momento de la terapia y el rol en el que el terapeuta ha sido puesto; de este modo, el terapeuta puede obtener un sentido muy vívido del mundo representacional interno del paciente.

A continuación se presenta una tabla ilustrativa de algunos pares de roles frecuentes en la interacción paciente-terapeuta:

Paciente	Terapeuta
Infante malo, destructivo	Padre/madre sádico, punitivo
Niño controlado, enfurecido	Padre/madre controlador
Niño no deseado	Padre/madre indiferente
Niño imperfecto, sin valor,	Padre/madre despreciativo
Víctima abusada	Padre/madre atacante/persecutor sádico
Niño deprivado	Padre/madre egoísta
Niño fuera de control, enojado	Padre/madre impotente
Niño agresor	Padre/madre asustado
Niño sexualmente excitado	Padre/madre seductor
Niño dependiente, gratificado	Padre/madre perfecto proveedor
Self controlador, omnipotente	Padre/madre débil
Self sumiso, amistoso	Padre/madre admirador
Self competitivo, agresivo	Padre/madre punitivo

Estrategia 2

Observar e interpretar la inversión de roles. Una característica importante de las representaciones del *self* y de los otros que conforman una díada es que en el curso de una sesión de terapia, como en la vida real, a menudo intercambian lugar, de modo que una caracterización del *self* alterna con la del objeto y viceversa. Es especialmente importante que el terapeuta esté consciente de esta alternancia ya que este cambio en los roles a menudo no es advertido por el paciente; generalmente éste piensa que está siendo razonable ya que su conducta le resulta adecuada en relación a su mundo interno.

Estas oscilaciones abruptas explican en parte la confusión en la experiencia subjetiva, la desregulación afectiva y las características de las relaciones interpersonales de los pacientes límite. Esta alternancia de roles a menudo ha ocurrido cuando el terapeuta repentinamente siente que ha perdido la pista y se siente perplejo.

Estrategia 3

Observar e interpretar vínculos entre díadas que se defienden unas de las otras. Los sistemas representacionales internos incluyen díadas opuestas, aunque uno de los términos opuestos puede estar más cerca de la conciencia que otro; este es el *quid* de la escisión. Este mecanismo no es sólo el fuerte contraste entre representaciones de un *self* bueno y un objeto malo en la misma díada, sino que, más fundamentalmente, la brecha insalvable que existe entre díadas totalmente investidas con afectos negativos, de odio y otras investidas con afectos positivos, amorosos. Estas díadas coexisten, pero están totalmente disociadas unas de otras y esta disociación tiene el propósito defensivo de proteger cada díada de la contaminación o destrucción por otra.

Un ejemplo de lo que hemos expuesto podría ser el caso de un paciente que a menudo se siente como una víctima asustada y paralizada, que airadamente le reclama al terapeuta ser un *sádico guardia carcelario* cuyas reglas arbitrarias lo han forzado a someterse. En otro momento, el mismo paciente percibe al terapeuta como una madre perfecta y nutricia mientras se experimenta a sí mismo como un bebé satisfecho, contento, amado, objeto exclusivo de la atención materna.

Estrategia 4

Trabajar con la capacidad del paciente para experimentar una relación en forma diferente. La exploración que realiza el paciente de su relación con el terapeuta y el aumento del conocimiento respecto a las distorsiones que puede provocar en ésta, le permiten gradualmente experimentar esta relación en forma más sana, más realista y balanceada; ello se ve acompañado por una modulación de los afectos extremos. A medida que la relación con el terapeuta evoluciona, el paciente y el terapeuta pueden revisar como esta nueva capacidad para experimentar las relaciones de forma compleja, pero matizada, empieza a extenderse a otras relaciones significativas.

Desde un punto de vista de las relaciones objetales, el trabajo del terapeuta consiste en entender lo que a primera vista parece una relación caótica y en empezar a percibir el patrón en las oscilaciones y alternancias en las díadas de la relación, a medida que se presentan en la transferencia; las relaciones objetales estimuladas en la transferencia en los pacientes límite pueden concebirse como una combinación de representaciones distorsionadas de relaciones pasadas importantes, realistas y fantaseadas.

Se plantean cinco técnicas básicas en psicoterapia focalizada en la transferencia:

1. Manejo de la neutralidad técnica,
2. Integración de la información proporcionada por la contra-transferencia al proceso interpretativo,
3. Mantenimiento del encuadre del tratamiento,
4. Análisis de la transferencia,
5. Proceso interpretativo: clarificación, confrontación e interpretación.

1.- Manejo de la neutralidad técnica

Neutralidad significa mantener una posición no aliada con los impulsos, prohibiciones o las actuaciones del paciente, sino permanecer equidistante de ellos; desde esta posición ventajosa el terapeuta es libre para comentar ampliamente cualquier material proporcionado por el paciente, siempre que permanezca aliado a la salud del paciente, al ego observador.

La neutralidad técnica permite al terapeuta analizar los conflictos inconscientes del paciente, particularmente la transferencia desde una posición de objetividad con interés, sin perder la perspectiva aliándose con una parte del conflicto. Un ejemplo clásico de lo que el terapeuta no debería decir es “Usted está expresando mucha culpa por engañar a su esposa; no creo que

debiera sentirse así”, en vez de explorar la culpa, el deseo y sus implicaciones.

Además de aliarse con el “yo” observador del paciente, es importante que el terapeuta encuentre algún aspecto agradable, auténticamente humano en el paciente, un área potencial de crecimiento del sí mismo que constituirá la mínima y esencial base inicial para una comunicación auténtica del terapeuta hacia el paciente. En otras palabras, la posición de neutralidad técnica del terapeuta implica un compromiso auténtico con lo que espera que constituya un núcleo disponible de la capacidad para relacionarse en el paciente, un núcleo que sugiera capacidad para el establecimiento de una relación terapéutica.

2. Integración de la información proporcionada por la contratransferencia al proceso interpretativo

El tercer canal de comunicación entre el terapeuta y el paciente, adicionalmente a las comunicaciones verbales del paciente y a las conductas no verbales, es la contratransferencia; ésta es la totalidad de la respuesta emocional del terapeuta frente al paciente en cualquier punto determinado en el tiempo. La TFP enfatiza la importancia del constante monitoreo del terapeuta de su propia contratransferencia y la utiliza como una fuente de información acerca de las relaciones de objeto del paciente.

El terapeuta actúa como una tercera parte separada que interrumpe la relación objetal primitiva a través del análisis de su contratransferencia y de sus intervenciones interpretativas que incorporan el conocimiento obtenido escuchando el discurso verbal del paciente, observando su conducta no verbal y analizando la contratransferencia; así, la relación diádica en la transferencia está continuamente expuesta a una potencial relación triádica.

Como regla, mientras más enfermo esté el paciente, más destacada es su transferencia para generar reacciones contratransferenciales; ello se debe a que los pacientes con la patología más seria utilizan mecanismos de defensa más primitivos, especialmente

identificación proyectiva, lo que tiende a inducir elementos del mundo interno del paciente en el terapeuta, como parte del esfuerzo que realiza el paciente para evitar sentimientos de la máxima intensidad en relación a su conflicto interno.

3. Mantenimiento del encuadre del tratamiento

El *encuadre* se refiere a las condiciones necesarias para que el tratamiento tenga lugar: condiciones concernientes a los acuerdos de horario y frecuencia, honorarios profesionales, como se procederá en el tratamiento en términos de las responsabilidades del terapeuta y del paciente. En el curso de éste, cuando el paciente se comporta de un modo que amenaza el encuadre, el terapeuta debe intervenir; puede interpretar los desafíos del paciente, que a menudo implican una parte agresiva de éste atacando el proceso de búsqueda de la salud o un intento de evitar la ansiedad que surge cuando las defensas primitivas del paciente comienzan a fallar.

4. Análisis de la transferencia

Podemos definir *la transferencia* como la activación de relaciones de objeto internas en la relación con el terapeuta. Estas relaciones internalizadas con los otros significativos, no son representaciones literales del pasado, son modificadas por fantasías y defensas.

En los pacientes límite las relaciones de objeto internalizadas han sido segregadas y escindidas entre cada una de ellas e incluyen fantasías persecutorias y relaciones idealizadas

Trabajar con las relaciones de objeto que se activan en el momento inmediato crea una terapia que resulta “cercana a la experiencia”.

Con respecto a la transferencia negativa, ésta debería ser interpretada lo más completamente posible y sistemáticamente elaborada en el *aquí* y *ahora*. Su análisis permite el surgimiento de sentimientos más positivos en la transferencia y el desarrollo de la ambivalencia. Si el paciente siente que el terapeuta evita la transferencia negativa, se reforzará su miedo o su creencia de que sus sentimientos son demasiado dañinos como para ser tolerados;

entonces, el paciente podría reaccionar tratando de suprimir o desplazar sus sentimientos negativos o *sacando de la escena al terapeuta* en un arranque triunfante/destructivo, o haciendo a ambas cosas.

Con respecto a la transferencia positiva, el foco de la interpretación debería ser la idealización primitiva y exagerada que refleja la escisión entre relaciones de objeto completamente buenas y completamente malas. Ello debe ser interpretado sistemáticamente como parte del esfuerzo de trabajar con las defensas primitivas y la integración de las representaciones del *self* y de los objetos.

En las últimas etapas del tratamiento, una transferencia idealizada, que podría incluir rasgos dependientes o erotizados, puede funcionar como defensa contra la posición depresiva, que implica la aceptación de una mezcla de bueno y malo que es lo que realista-mente se puede esperar del mundo.

5. El Proceso interpretativo: clarificación, confrontación e interpretación

Estas tres técnicas requieren una cuidadosa atención a los tres canales de comunicación entre el paciente y el terapeuta:

- a) Comunicaciones verbales del paciente, lo que dice directamente,
- b) Comunicaciones no verbales del paciente; a través de la acción y otros tipos de comunicaciones no verbales,
- c) Contratransferencia del terapeuta, en la medida en que proporciona información del proceso proyectivo del paciente.

Clarificación

Es el primer paso en el proceso interpretativo. Este término se usa para referirse a la invitación que el terapeuta hace al paciente para explorar y explicar cualquier información poco clara, vaga o contradictoria. Se puede enfocar en los elementos de la realidad externa, en el pasado del paciente, en la transferencia o en las defensas presentes. Tiene la función dual de esclarecer la información específica y de descubrir el grado de comprensión que el paciente tiene del material. En su forma más básica, la *clarificación* simplemente

permite al terapeuta entender el nivel superficial de lo que el paciente está diciendo.

Confrontación

La finalidad de la *confrontación* es que el paciente advierta los aspectos incongruentes del material que está comunicando. En un segundo paso hacia la interpretación, la confrontación reúne tanto material consciente como preconsciente e inconsciente, que el paciente experimenta separadamente ya que los diferentes elementos de este material están escindidos unos de otros. Esta técnica a menudo involucra destacar las discrepancias de lo que se plantea a través de diferentes canales de comunicación.

Interpretación

La finalidad de la *interpretación* es resolver la naturaleza conflictiva del material y, especialmente en el caso de los pacientes límite, de conductas arraigadas en los conflictos intrapsíquicos escindidos. El proceso supone que la comprensión del paciente sobre los motivos y defensas inconscientes subyacentes harán aparentes las contradicciones lógicas anteriores y comprensibles los comportamientos desadaptativos. Involucra los siguientes elementos: claridad de la interpretación, velocidad o “tempo” de las intervenciones interpretativas, pertinencia de la interpretación y profundidad adecuada de la interpretación.

Los principios *económico*, *dinámico* y *estructural* guían el foco y el contenido de la interpretación. De acuerdo al principio económico, la interpretación debe ligarse al afecto dominante en la sesión; esto es porque el estado afectivo del paciente es un marcador de las relaciones objetales inconscientes que están siendo estimuladas.

El principio dinámico se refiere a enfocar las interpretaciones en las fuerzas en conflicto en la psique. Este principio guía al terapeuta a trabajar desde lo superficial a lo profundo, desde las defensas hasta las motivaciones de los impulsos. En general, el

material cercano a la conciencia debe ser interpretado primero; como regla, en las etapas tempranas de la terapia, las interpretaciones se refieren principalmente a la naturaleza defensiva del material del paciente.

El principio estructural se refiere a enfocar las interpretaciones en el nivel de las diádas de las relaciones objetales predominantes. Con esto último, el objetivo es entender e interpretar las diádas que tienen un rol defensivo y desarrollar advertencia sobre diádas más profundas, asociadas con el impulso sobre el que actúa la defensa.

El terapeuta que trabaja con pacientes límite debe estar preparado para cambiar el foco desde el realista *aquí y ahora* a una relación de objeto poco realista, fantaseada, activada en la transferencia, relación que a menudo incluye características primitivas que el terapeuta debe hacer explícitas apenas su comprensión se lo permita. Estas interpretaciones deben realizarse pronto en el tratamiento cuando hay riesgo de que la experiencia interna del paciente se active de un modo que ponga en riesgo al paciente, a alguien más o al tratamiento.

La interpretación podría ser considerada como riesgosa con pacientes límite debido a la suposición errónea respecto a que el paciente es *bombardeado* con explicaciones más allá de su capacidad de comprensión. Como se ha previamente señalado, la interpretación parte de la superficie, esto es, en el punto en el que el paciente y el terapeuta comparten un punto de vista sobre la realidad inmediata, para luego ayudar al paciente a sentir curiosidad sobre aspectos más profundos de lo que está sucediendo y sobre la razón por la que estos aspectos de su vida psicológica le parecen atemorizadores o inaceptables.

REFERENCIAS

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. Guadalajara, Jalisco: Editorial Universitaria, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations*. Washington, D C: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, A. W., Carr, A. C. y Appelbaum, A. H. (1995). *Psicoterapia psicodinámica de pacientes limítrofes*. México: Planeta.
- Kernberg, O. F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 481-501.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2008). Transference Focused Psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-620.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., y Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 481-501.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Waldinger, R. J. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274.

CAPÍTULO 12

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Andrés Rodríguez Delgado¹

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica grave que se caracteriza por un marcado déficit en la regulación emocional, el control de la conducta y la cognición, lo cual se presenta a través de cambios intensos en el ánimo, dificultad en el control de ira y ansiedad, conducta impulsiva de riesgo, alteraciones en la autoimagen e inestabilidad en las relaciones interpersonales (Burke y Stepp, 2012; Sharp y Romero, 2007). Dichas alteraciones pueden variar ampliamente entre las personas que presentan el trastorno y debido a ello, se considera como una patología heterogénea (Fertuck, Makhija y Stanley, 2007). Sin embargo, el TLP es un trastorno mental común y crónico, asociado con altas tasas de suicidio, deterioro grave en el funcionamiento personal, altamente comórbido con otros trastornos mentales y altos costos económicos para la sociedad, debido a la necesidad constante de

¹ Médico Cirujano Universidad Autónoma de San Luis Potosí; psiquiatra general Universidad Nacional Autónoma de México; paidopsiquiatra (UNAM). Coordinación de Investigación Científica, Facultad de Medicina (UNAM).

tratamiento y usos de servicios médicos (Oldham, 2006; Skodol, Gunderson, Shea, McGlashan, Morey, Sanislow, Bender, Grilo, Zanarini, Yen, Pagano y Stout, 2005; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, y Leweke, 2011).

Aunque la sintomatología y alteraciones conductuales relacionadas con el TLP típicamente emergen durante la adolescencia, con frecuencia no se diagnostica, lo cual obedece a varias razones, entre las cuales se encuentra la percepción generalizada de que la personalidad es aún inestable o en formación durante este periodo de la vida, y a una dificultad implícita en la diferenciación entre aspectos *normales del desarrollo* y la *conducta característica* del TLP (Sharp, Ha, Michonski, Venta, y Carbone, 2012; Sharp, y Romero, 2007; Sharp y Bleiberg, 2007). Sin embargo, la intervención temprana en el TLP y por tanto, el diagnóstico temprano han cobrado relevancia en la actualidad (Hawes, 2014), ya que puede conducir a un apropiado tratamiento, y de esta manera impactar positivamente en el intenso malestar y disfunción que se asocia con este trastorno (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008).

Epidemiología

Los estudios realizados en adultos han mostrado que el TLP se presenta en el 0.5% a 5.9% de la población general (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). La mayoría de los estudios epidemiológicos al respecto, de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, no han incluido la investigación al respecto de trastornos de la personalidad. Por tal razón, la prevalencia del TLP en la adolescencia aun es poco claro (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000). Sin embargo, algunos estudios en adolescentes de 12 a 17 años de edad han mostrado prevalencias similares a las observadas en adultos (Grilo, Becker, Edell, y McGlashan, 2001). Por ejemplo, un estudio realizado en adolescentes de Gran Bretaña mostró una prevalencia del TLP del 3.3% (Zanarini, Frankenburg, Hennen y

Silk, 2003). Otros estudios en adolescentes estudiantes de secundaria, han mostrado prevalencias de hasta 6.6% (Chabrol, Montovany, Duconge, Kallmeyer, Mullet y Leichsenring, 2004). Aunque en algunos estudios realizados en adultos, se han mostrado una predominancia en la presentación del TLP en mujeres, en la actualidad no existe evidencia consistente a ese respecto (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011); y ello también ha sido observado en estudios en adolescentes (Chabrol, Montovany, Duconge, Kallmeyer, Mullet y Leichsenring, 2004). En poblaciones clínicas, se ha observado que hasta el 10% de los adultos que reciben tratamiento psiquiátrico ambulatorio, y entre el 15% y el 25% de las personas que reciben tratamiento intrahospitalario cuentan con el diagnóstico de TLP (Gunderson, 2009). En ese sentido, estudios en mujeres adolescentes hospitalizadas debido a la presencia de trastornos de conducta, han evidenciado cifras ampliamente variables del diagnóstico de TLP, entre el 31% y el 61% (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008).

Diagnóstico clínico

A pesar de que las descripciones clínicas iniciales, utilizando el término de *límite* o *límitrofe*, comenzaron a utilizarse en la literatura psiquiátrica y psicológica desde la década de los 30's del siglo XX, la conceptualización formal del TLP apareció por primera vez en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por las siglas en inglés), tercera edición, en 1980 (APA, 1980; Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008). Sin embargo, dicho manual no permitía realizar el diagnóstico de TLP en adolescentes. En la actualidad, el DSM 5ª edición ha establecido una lista de nueve criterios para la realización del diagnóstico TLP, el cual se efectúa ante la presencia de cinco de ellos. Además, dicho *manual* ha establecido que el inicio de las alteraciones relacionadas con el TLP (síntomas-criterio) a menudo se remonta a la adolescencia, con lo

cual es posible realizar el diagnóstico del trastorno tanto en adultos como en adolescentes, utilizando el mismo sistema de clasificación (APA, 2013).

Los criterios para el diagnóstico pueden ser organizados en cuatro áreas de psicopatología:

1. *Afectiva* (inestabilidad afectiva, ira intensa e inapropiada, y sentimientos crónicos de vacío).
2. *Cognitiva* (ideación paranoide, síntomas disociativos y alteraciones de identidad).
3. *Conductual* (impulsividad, conducta suicida o automutilación).
4. *Interpersonal* (miedo ante el abandono de personas significativas e intensa inestabilidad en las relaciones) (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004).

Las alteraciones en la identidad han sido consideradas como las condiciones psicopatológicas con mayor valor predictivo con respecto al diagnóstico de TLP (Jørgensen, 2010). En ese sentido, se ha concluido que la estabilidad diagnóstica del TLP entre adolescentes y adultos, no difiere marcadamente y en ambos casos es relativamente baja, lo cual implica que una gran proporción de los adolescentes con TLP, dejan de cumplir con los criterios suficientes como para continuar realizando el diagnóstico formal; sin embargo, continua presentando algunas características del trastorno asociadas a dificultades en el funcionamiento (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008).

IDENTIDAD Y TLP

El establecimiento de la identidad es una de las condiciones más complejas que se deben encarar durante el desarrollo humano (Shaffer y Kipp, 2013). La adolescencia es considerada como un periodo de transición física, social y psicológica entre la niñez y la adultez.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el TLP en el DSM-5

Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y el afecto, así como impulsividad intensa, las cuales comienzan en la adolescencia o las primeras etapas de la adultez. Se encuentran presente en diversos contextos y se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad, inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y el sentido de sí mismo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente peligrosas (por ejemplo: gastos, sexo, drogas, atracones).
5. Conducta, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o automutilación.
6. Inestabilidad afectiva reactividad.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa, y/o dificultad para controlarla.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013).

Durante la adolescencia se producen cambios neuroanatómicos significativos en regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional, la cognición y la conducta. Así mismo, el entorno social se modifica de manera importante, ya que las relaciones con los pares crecen en importancia y complejidad, lo cual se relaciona con un aumento del sentido de independencia y autonomía de la familia, por un lado; y por el otro, se produce el desarrollo de una mayor capacidad de comprender a los otros y el efecto que uno tiene sobre ellos (Blakemore, 2008; Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000). Todos estos cambios se encuentran en íntima relación con la integración de la identidad, una característica crucial del desarrollo normal de la personalidad (Kernberg, 2006).

De acuerdo con Erik Erikson y diversos teóricos posteriores a él, la identidad normal incluye el establecimiento de roles sociales y un sentido de compromiso en ello, un sentido de sí-mismo uniforme y continuo a través del tiempo, y en las diversas circunstancias que se

presentan, un sentido de concordancia interna y confirmación del rol social propio por parte de la comunidad (Erikson, 1968). Con cierta frecuencia, algunos adolescentes pueden presentar una falta de concordancia entre la manera cómo son percibidos por el ambiente inmediato y la forma cómo se perciben a si mismos, es decir, se produce una falta de confirmación por parte de los otros al respecto de los cambios que se están presentando en su identidad y los roles sociales (Kernberg, 2006). Este proceso dominado como *crisis de identidad* ha sido considerado como un proceso transitorio, que se resuelve en la mayoría de los casos durante la adolescencia tardía (entre los 15 y 18 años de edad). Sin embargo, algunos estudios recientes han mostrado que incluso hacia los 21 años de edad, algunos sujetos aun no presentan una consolidación adecuada en la identidad (Bosma y Kunnen, 2001). Aunque la crisis de la identidad que se presenta durante la adolescencia puede precipitar algunos problemas emocionales y conductuales, en general son limitados y no provocan un deterioro significativo en el funcionamiento de quien lo presenta (Baker, 2009). Contrario a ello, algunos jóvenes pueden mostrar una ausencia o pérdida de la capacidad de autodefinición, lo cual produce una ruptura emocional intensa en el momento de relacionarse con otros, de elegir una ocupación y mostrar compromiso en ello, creando de esta manera un gran necesidad de apoyo psicosocial (Kernberg, 2006). Dicho proceso, denominado como *difusión de identidad*, es una característica central en el TLP, tanto en jóvenes como en adultos, y se manifiesta de diferentes maneras: 1) sensación subjetiva de incoherencia y vacío, 2) dificultad para comprometerse en actividades académicas y laborales, y en roles sociales, 3) tendencia en confundir las emociones, atribuciones y deseos propios con los de las personas con las cuales se relaciona, lo cual a la vez repercute en una incapacidad para relacionarse de manera profunda (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Las investigaciones en este campo han sido escasas y poco concluyentes, debido en parte a la dificultad en el estudio del concepto de identidad. Sin embargo, se ha observado que mientras las

alteraciones en la identidad pueden estar presentes en diversos trastorno de personalidad diferentes al TLP, los sujetos con esta última presentan un mayor grado de alteración en la identidad comparado con sujetos que presentan otro trastorno de personalidad u otro trastorno psiquiátrico (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Así mismo, algunos estudios han mostrado que el grado de alteración en dicha área se encuentra directamente relacionado con el pronóstico de los sujetos con TLP. Además, las personas con alteraciones graves en la identidad y TLP presentan mayores niveles de psicopatología y afectividad negativa (Jørgensen, 2010; Sollberger, Gremaud-Heitz, Riemenschneider, Küchenhoff, Dammann y Walter, 2011).

EL TLP DURANTE EL DESARROLLO

La trayectoria en el desarrollo en el TLP aún es poco clara (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009). Algunos estudios longitudinales han indicado que durante la infancia y adolescencia pueden presentarse ciertos problemas emocionales y conductuales antes de la emergencia del TLP en etapas posteriores de la vida. En ese sentido, la presencia de temperamento difícil medido a través de reportes maternos durante la infancia ha sido asociado con el diagnóstico de TLP durante la adolescencia y la adultez (Carlson, Egeland y Sroufe, 2009). Así mismo, la presencia de alta reactividad emocional y demanda de atención durante la infancia han sido positivamente correlacionados con dicho diagnóstico durante la adolescencia, sin embargo, no es claro si estas asociaciones son mediadas solamente por el efecto del temperamento del niño o por otros factores ambientales como podrían ser el entorno familiar inadecuado (Crawford, Cohen, Chen, Anglin y Ehrensaft, 2009). De igual manera, la presencia de condiciones psiquiátricas caracterizadas por alta impulsividad, y dificultades en la auto-regulación emocional y conductual, como lo son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno

disocial durante la adolescencia han mostrado una fuerte correlación con el diagnóstico de TLP durante la adultez (Burke y Stepp, 2012). Sin embargo, estas observaciones no han sido concluyentes y por tanto, se ha sugerido que la presencia de estos trastornos a una edad temprana podría modificar el curso del desarrollo, sobre todo en aquellos casos en donde no se presenta un adecuado tratamiento, y no necesariamente representan un precursor directo (Chanen y McCutcheon, 2013; Carlson, Egeland y Sroufe, 2009).

La conducta suicida y autolesiva es una de las características más importantes en el TLP. Estudios retrospectivos en adultos con TLP han mostrado que en 30% de los casos dicha conducta inicio en algún momento durante la infancia y en otro 30% durante la adolescencia (Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen y Gunderson, 2006). De hecho, se ha observado que en adolescentes con tratamiento intrahospitalario debido a una conducta de auto-daño, sobre todo en los casos en donde dicha conducta es recurrente y en combinación con intentos de suicidio, el diagnóstico que se realiza con mayor frecuencia es el de TLP (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006).

Factores asociados

El TLP es considerado una condición psiquiátrica compleja y por tanto, no existe evidencia sólida al respecto de que un solo factor predisponga o precipite su aparición (Sharp, Ha, Michonski, Venta y Carbone, 2012). En la concepción actual del TLP se considera que diversos factores biológicos y psicosociales confluyen para su presentación (Skodol, Gunderson, Shea, McGlashan, Morey, Sanislow, Bender, Grilo, Zanarini, Yen, Pagano y Stout, 2005).

- a) *Genéticos.* Aunque existe evidencia que respalda la importancia de los factores genéticos en la aparición del TLP, no se ha identificado la existencia de un gen causante específico (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004). Estudios

en gemelos han mostrado que el TLP presenta una heredabilidad del 0.65 al 0.75. Por tanto, la evidencia científica apoya la noción de que el TLP se presenta ante la interacción entre diversos factores genéticos y ambientales, es decir, que los individuos con cierta vulnerabilidad genética tienen mayor riesgo para presentar el trastorno ante la presencia de un ambiente predisponente (Distel, Middeldorp, Trull, Derom, Willemsen y Boomsma, 2011; Chanen y McCutcheon, 2013).

b) *Neurobiológicos*. Estudios con imágenes cerebrales han demostrado la existencia de una disminución en el volumen de diversas áreas como lo son la amígdala, hipocampo, corteza cingular anterior derecha y corteza orbitofrontal (COF) izquierda en personas con TLP (Tebartzvan, Hesslinger, Thiel, Geiger, Haegele, Lemieux, Lieb, Bohus, Henning y Ebert, 2003). Otros estudios han mostrado la presencia de alteraciones funcionales en corteza ventromedial y COF, así como un incremento en la actividad de la amígdala ante estímulos negativos. De igual manera, se han observado alteraciones en la conectividad entre las estructuras orbitofrontales y la amígdala en sujetos con TLP. Dichos hallazgos han contribuido al establecimiento de las bases neurobiológicas del TLP, las cuales se han definido en términos de una disfunción en el *sistema cortico-límbico*, el cual tiene una amplia relevancia en la regulación afectiva (Silbersweig, Clarkin, Goldstein, Kernberg, Tuescher, Levy, Brendel, Pan, Beutel, Pavony, Epstein, Lenzenweger, Thomas, Posner y Stern, 2007; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004; New, Hazlett, Buchsbaum, Goodman, Mitelman, Newmark, Trisdorfer, Haznedar, Koeningsberg, Flory y Siever, 2007).

c) *Medioambientales*. Las personas con TLP reportan el antecedente de diversos eventos negativos durante la niñez e incluso, en mayor medida que las personas con algún otro trastorno de personalidad (Zanarini, Yong y Frankenburg, 2002). Diversos estudios han indicado la presencia de altas tasas de abuso

físico y sexual, así como negligencia de los padres durante la infancia asociados con el TLP. Estudios retrospectivos en sujetos con TLP bajo tratamiento intrahospitalario han evidenciado que entre el 40% y el 71% presentan el antecedente de abuso sexual durante la niñez. Sin embargo, ello no significa que el hecho aislado de haber sufrido abuso sexual durante la infancia cause el TLP (Sharp y Romero, 2007). Debido a que en la actualidad, no se ha identificado una asociación determinante entre las experiencias adversas tempranas y el desarrollo de psicopatología en la adultez con respecto al TLP, el modelo de interacción gen-ambiente ha sido el más aceptado en la explicación etiológica de dicho trastorno (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004).

CONCLUSIÓN

La importancia del reconocimiento temprano del TLP es actualmente reconocido. Existe considerable evidencia al respecto de que el diagnóstico de esta entidad psiquiátrica en la adultez es precedido por síntomas afectivos y problemas conductuales, así como alteraciones en el desarrollo psicológico durante la adolescencia por lo que realizar el diagnóstico de manera temprana e intervenir en las factores asociados con el TLP pueden impactar de manera decisiva en las posibilidades de recibir un tratamiento adecuado, y de esta manera intentar modificar la trayectoria de esta condición.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3a ed.) (DSM III). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5a ed.). (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baker, K. (2009). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 19, 73-78.
- Blakemore, S. J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature reviews neuroscience*, 9, 267-277.
- Bosma, H. A., y Kunnen, E. S. (2001). Determinants and Mechanisms in Ego Identity Development: A Review and Synthesis. *Developmental Review*, 21, 39-66.
- Burke, J.D., y Stepp, S.D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol*; 40 (1), 35-44.
- Carlson, E.A., Egeland, B., y Sroufe, L.A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*; 21, 1311-34.
- Chabrol, H., Montovany, A., Duconge, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., y Leichsenring, F. (2004). Factor structure of the borderline personality inventory in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 59-65.
- Chanen, A. M., y McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (s54), s24-s29.
- Clarkin, J.F., y Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*; 38: 56-63.
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., y Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1013-1030.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135 (3), 495.
- Distel, M.A., Middeldorp, C.M., Trull, T. J., Derom, C. A., Willemsen, G., Boomsma, D. I. (2011). Life events and borderline personality features: the influence of gene– environment interaction and gene–environment correlation. *Psychol Med*; 41, 849-60.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York, WW Norton.
- Fertuck, E. A., Makhija, N., y Stanley, B. S. (2007). The nature of suicidality in borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 14 (12): 40-47.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Edell, W. S., y McGlashan, T. H. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 364-368.

- Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*; 166: 530–39.
- Hawes, D. J. (2014). Does the concept of borderline personality features have clinical utility in childhood? *Current Opinion in Psychiatry*, 27 (1), 87–93.
- Jørgensen, C.R. (2010). Invited essay: identity and borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 24, 344–364.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75 (4), 969–1004.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., y Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377 (9759), 74–84.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., y Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28 (6), 969–981.
- New, A.S., Hazlett, E.A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S.A., Newmark, R., Trisdorfer, R., Haznedar, M. M., Koeningsberg, H. W., Flory, J., y Siever, L. J. (2007). Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*; 32, 1629–40.
- Nock, M.K., Joiner, J.T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., y Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*; 144, 65–72.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*.
- Shaffer, D., y Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Cengage Learning.
- Sharp, C., y Bleiberg, E. Borderline personality disorder in children and adolescents. In: Martin A, y Volkmar F, editors. *Lewis child and adolescent psychiatry: comprehensive textbook*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 680–91.
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., y Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (6), 765–774.
- Sharp, C., y Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71 (2), 85.
- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., Brendel, G., Pan, H., Beutel, M., Pavony, M., Epstein, J., Lenzenweger,

- M.F., Thomas, K.M., Posner, M.I. y Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1832-1841.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E. y Stout, R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19 (5), 487.
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G., y Walter, M. (2011). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 45 (1), 15-21.
- Tebartzvan, E., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., Lieb, K., Bohus, M., Henning, J., y Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: A volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*, 54, 163-171.
- Wilkinson-Ryan, T., y Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4), 528-541.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., y Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of Borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Ridolfi, M.E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., Gunderson, J.G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J Pers Disord*; 20, 9-15.
- Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. E., y Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381-387.

CAPÍTULO 13

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, CONSIDERACIONES GENERALES

Iván Arango de Montis¹

PERSONALIDAD, ASPECTOS GENERALES

La palabra “personalidad” tiene sus orígenes en el vocablo latino “persona” que se refería a la *máscara* que utilizaban los actores en el teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el término *persona* sugería una pretensión de apariencia, es decir la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizaban realmente a la persona que hay detrás de la máscara.

Hipócrates propuso que los cuatro elementos de la naturaleza están representados en el hombre por cuatro fluidos o humores: sangre, bilis, bilis negra y linfa. Galeno consideró que la normalidad

¹ Médico cirujano, Universidad Autónoma Metropolitana, México. Especialidad en Psiquiatría (UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría). Terapeuta sexual (Asociación Mexicana para la salud Sexual). Médico adscrito a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*. Miembro de: Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), International Society of Sexual Medicine (ISSM), Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS), Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG).

o salud resultaba de la justa proporción de los cuatro componentes y que el predominio de uno u otro causaban una desviación, un temperamento particular, y si era extremo, una enfermedad. Por ejemplo, un exceso de sangre conduce a un temperamento sanguíneo, optimista; el exceso de bilis amarilla causa el temperamento colérico e irascible; la bilis negra da el melancólico, triste; y el exceso de linfa conduce al temperamento linfático o sea el apático (Coolidge, 1998).

Abraham, partiendo del marco psicoanalítico sobre los instintos primarios, propuso que la detención en alguno de los tres estadios del desarrollo infantil (oral, anal y fálico) llevaba al desarrollo de los caracteres dependiente, obsesivo compulsivo e histérico, respectivamente.

La personalidad es el concepto que integra todas las funciones psicológicas y estructuras del individuo. Incluye la percepción del *self* y de los otros, tanto de manera transversal, en el tiempo, como de manera longitudinal y en distintas circunstancias a lo largo de la vida. La manera de relacionarse con los otros, con la realidad externa y consigo mismo le permite al individuo la adaptación o no al medio ambiente (Kernberg, 2005). Cuando hablamos de la personalidad es importante mencionar que ésta incluye distintas dimensiones: a) El Temperamento, es decir, la disposición genética que modula la intensidad perceptual, conductual, cognitiva y afectiva así como la reactividad a los estímulos internos y externos. b) El carácter, los comportamientos habituales que resultan de la combinación del temperamento y la internalización de las interacciones experimentadas y percibidas con los cuidadores primarios. La estructura del carácter supone un patrón estable y duradero de las funciones mentales que organiza el comportamiento del individuo, sus percepciones y su experiencia subjetiva. El carácter puede ser entendido también como la manifestación conductual de la identidad, a la sazón, la manera de pensar, de sentir y de relacionarse con el mundo. C). La inteligencia, es decir, el potencial para la evaluación cognitiva y D) Un sistema ético de valores que le ofrece cierta coherencia y posibilidad de cooperar con el contrato social.

Así pues, la personalidad es la estructura que organiza la experiencia del sujeto que incluye el temperamento, el carácter, la estructura cognitiva y los valores éticos.

Referirse a un trastorno de la personalidad supone una condición en la que se puede observar una manera de ser rígida, con patrones conductuales poco flexibles, con inhibiciones importantes en los comportamientos normales y con exageración de otros, con una alternancia caótica entre los patrones conductuales inhibitorios e impulsivos. Los trastornos de la personalidad tienen como consecuencia una reducción cuantiosa en las posibilidades de adaptación y cooperación tanto con el sí mismo (satisfacción de necesidades psicológicas internas, auto afirmación, sexualidad y dependencia) como con los otros.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

El término “límite” se ha empleado de diversas maneras. Al principio se utilizaba esta palabra cuando el clínico no tenía un diagnóstico seguro, porque el paciente presentaba una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos. Muchos clínicos pensaban que estos pacientes estaban en el límite entre la neurosis y la psicosis, por lo que empleaban esta denominación.

También se ha hablado de una “estructura límite de la personalidad” en la literatura, generada por los autores de orientación psicodinámica que se caracteriza por “una pobre integración de la identidad”, “defensas primitivas”, “límites relativamente firmes entre el objeto y el sí-mismo”, y una “prueba de realidad relativamente intacta” (Gunderson, 2009).

El Trastorno Límite es actualmente definido como un patrón duradero de percepción, relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo en el que hay problemas en diversas zonas: la conducta interpersonal, el estado de ánimo y la autoimagen. Los rasgos que más impresionan son la intensidad de los cambios en

el estado de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a un estado de agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes. Lo típico es que presenten un patrón de problemas erráticos, incongruentes, impredecibles, y que puedan funcionar con competencia y eficacia en algunas zonas de la vida, mientras que tienen dificultades enormes en otras (Clonninger, 1987).

En la quinta versión del *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSMV) el Trastorno Límite es descrito como un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo: gastos de dinero, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios. Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (por ejemplo: episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas, y rara vez más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (por ejemplo: exhibición frecuente de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Las manifestaciones del Trastorno Límite de la Personalidad han sido asociadas con alteraciones en distintos procesos mentales que regulan la interacción con el sí mismo, con los otros y con el medio ambiente.

Uno de los fenómenos mentales tiene que ver con la *regulación emocional*. Las emociones surgen del tallo cerebral, en relación a la evaluación de la significancia que los estímulos pueden tener en función de las metas o necesidades del individuo. La re-evaluación de esta significancia depende de la interacción entre las regiones cingulares y prefrontales (involucradas en la posibilidad de controlar la velocidad de respuesta o inhibición de la misma al estímulo) y la amígdala (involucrada en la respuesta emocional). Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen dificultades en el procesamiento de estímulos negativos de manera efectiva y eficiente (Silbersweig, 2017), tienen deficiencias en la reducción de afectos negativo por medio de la re-evaluación (Koenisberg 2009).

Otro fenómeno mental importante para la regulación afectiva es el *esfuerzo de control*, descrito como la habilidad para inhibir una respuesta dominante para poder ejecutar una respuesta subdominante (Posner, 2000). Los individuos con esfuerzo de control pueden activar, inhibir o cambiar el foco atencional de manera voluntaria y con ello modificar o modular el afecto subsecuente. Este proceso se lleva a cabo por la regulación que las estructuras cerebrales corticales ejercen sobre las estructuras subcorticales.

En la vida cotidiana hay una variedad de estímulos que compiten por la atención y esta competencia se ve influenciada por la prominencia emocional que las estructuras cerebrales subcorticales

ofrecen. Los estímulos con una carga afectiva negativa (afectos negativos, señales asociadas con amenazas) tienen una cualidad sobresaliente y requieren de esfuerzos cognitivos de control mayores para mantener la regulación emocional. Si la intensidad de los estímulos negativos no es balanceada por procesos cognitivos corticales de “arriba hacia abajo” que favorecen la regulación emocional, los afectos negativos pueden sensibilizar al individuo a posteriores fracasos en la auto regulación (Heatherton 2011) tanto en la percepción, como en la conducta, en el procesamiento de los estímulos sociales. Los afectos negativos contribuyen tanto a que los pacientes con trastorno límite de la personalidad desplieguen un patrón reactivo en vez de reflexivo en la cognición social, como con la incapacidad para procesar estímulos relacionados con experiencias de rechazo y con la mal interpretación en la representación mental que se genera de los estados mentales de los “otros”.

Esta representación distorsionada de la subjetividad propia y de los otros genera alteraciones en el *funcionamiento interpersonal*. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad con frecuencia sostienen creencias o modelos internos de trabajo como los de ser impotentes y vulnerables frente a un ambiente social malévolo (Beck, 2004), con lo cual existe una alta probabilidad de sesgar o distorsionar la apreciación que se tiene del entorno. Selectivamente recuerdan información con valencias afectivas negativas (Korfine, 2000) y demuestran un aumento en la conciencia que se tiene de las emociones de los otros (Fertuk, 2006). Lo anterior se asocia con que las personas con trastorno límite experimenten y participen en la generación de desavenencias, conflictos, confusiones, hostilidades, vacío y ambivalencia en sus interacciones sociales (Stepp, 2009).

Un aspecto central de la distorsión en la representación que se tiene del sí mismo y de los otros en las personas con el trastorno límite de la personalidad, se observa en la seria dificultad que tienen en lidiar con dos retos interrelacionados y propios de la interacción humana que son: a) la necesidad de confiar y cooperar con los otros y b) la necesidad de alcanzar la aceptación social y evitar el rechazo.

La experiencia de la *confianza interpersonal* es un logro del desarrollo. Para ello se requiere del reclutamiento de las regiones cerebrales que participan en las representaciones de los estados mentales de los otros. También se requiere de la activación de áreas cerebrales que modulan el funcionamiento social como la memoria, el aprendizaje, los estados mentales y conductas relacionadas al apego. Las personas con trastorno límite de la personalidad experimentan normas sociales atípicas en la percepción de los intercambios sociales que son consistentes con expectativas generalizadas de desconfianza, que no se modifican con la experiencia en la interacción social actual. Este tipo de sesgo en la percepción de los otros produce deficiencias en la capacidad para beneficiarse de la cooperación con las otras personas (King-Casas 2008).

La desconfianza se relaciona con otro fenómeno interpersonal llamativo que es la *sensibilidad al rechazo*. Ésta se define como la disposición para anticipar con ansiedad, percibir rápidamente y reaccionar intensamente (de forma negativa) a señales de rechazo) (Downey, 1996). Las personas con una elevada sensibilidad al rechazo pueden atribuir de manera automática disposiciones negativas en los otros y por lo tanto pueden percibir o experimentar rechazo incluso en situaciones en las que no lo hay. Esto participa en la generación de conflicto interpersonales (Ayduk, 2000). En el caso de las personas con trastorno límite de la personalidad la elevada sensibilidad al rechazo tiene que ver con la inhabilidad para procesar las interacciones sociales de una manera reflexiva y emocionalmente regulada.

Las variables asociadas a la generación de las alteraciones en el funcionamiento interpersonal, al déficit en el esfuerzo de control, a la desconfianza interpersonal, a la alta sensibilidad al rechazo, incluyen la hiperactivación límbica, la hipoactivación de la corteza prefrontal, la pérdida de la función reflexiva o colapso en la mentalización. Fenómenos todos que han sido vinculados a una cierta predisposición biológica (individuos con la versión corta del alelo 5HTTLPR, respuestas alteradas a la administración exógena

de oxitocina, alteraciones en el sistema de opiáceos endógenos) y a experiencias en la infancia temprana (apego inseguro de tipo desorganizado o no resuelto) (Levy, 2011).

El trastorno límite de la personalidad pone en peligro la vida. Las personas con ésta condición presentan tasas a lo largo de la vida de conductas autolesivas en un 70%, intentos de suicidio en un 80% y suicidio en un 10%. La prevalencia en la población general es del 0.5-1.4%, sin embargo en pacientes psiquiátricos ambulatorios la prevalencia es de 15% y 30% en pacientes hospitalizados. Los pacientes con éste diagnóstico requieren más servicios de salud que otros pacientes psiquiátricos; como citas en la consulta externa, días de hospitalización o visitas al servicio de urgencias (Lara, 1996).

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Existen diferentes mitos al respecto del tratamiento de las personas con trastorno límite de la personalidad: “*Los pacientes con TLP se resisten a tratarse*”. Sin embargo, muchos pacientes buscan tratamiento de manera activa para disminuir el dolor subjetivo. El tratamiento de los trastornos de personalidad requiere psicoeducación por parte de los clínicos; “*los pacientes con TLP atacan furiosamente a quienes los tratan*”. A este respecto habría que decir que la ira excesiva y la preocupación hacia los otros, especialmente hacia sus cuidadores, forman parte de sus síntomas (relacionado a aspectos transferenciales). “*Los pacientes con TLP raramente mejoran*”. La evidencia arroja que aproximadamente el 10% remite en 6 meses, 25% al año y 50% a los dos años.

En el caso del TLP, se ha demostrado que el tratamiento farmacológico puede reducir la depresión, ansiedad y agresión impulsiva (Lieb y cols., 2004). Así mismo diversas intervenciones psicoterapéuticas han demostrado efectividad en su tratamiento; sin embargo, sus impactos son moderados y los datos existentes

sobre su eficacia limitados (Bailey, 2009), por ejemplo: Tratamiento Basado en la Mentalización (Bateman y Fonagy, 2001), Terapia Centrada en el Esquema (Geisen-Bloo *et al.*, 2006), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin *et al.*, 2001), y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) (Scheel, 2000).

Los modelos de tratamiento que empíricamente han demostrado eficacia comparten las características de ser manualizados, estructurados y basados en evidencia; requieren de supervisión de casos, pueden incluir el uso de psicofármacos, incluyen la configuración de un equipo de trabajo, así como el contacto con familiares para propósitos de su participación en el tratamiento e intervenciones de tipo psicoeducativo en alguna de las fases del tratamiento.

REFERENCIAS

- Ayduk O, Mendoza-Denton R, Mischel W, Downey G, Peake PK, Rodriguez M. *et al.* (2000). *Regulating the interpersonal self: strategic self-Regulation for coping with rejection sensitivity*. *J Pers Soc Psychol* 79, 776-792.
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L., y Temelkovski, S. (2009). *Beyond the fragmented self: Integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality*. *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice*, 281.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2001). *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up*. *American journal of psychiatry*, 158 (1), 36-42.
- Beck AT, Freeman A, Davis D. D. *et al.* (2004). *Cognitive Therapy for Personality Disorder* 2ª. ed. New York: Guilford.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., y Levy, K. N. (2001). *The development of psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change*. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 487.
- Cloninger, C. R. (1987). *A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal*. *Archives of general psychiatry*, 44 (6), 573-588.
- Coolidge, F. L., y Segal, D. L. (1998). *Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 585-599.

- Downey G, Feldman S I. *Implications of rejection sensitivity for intimate relationships* *J Pers Soc Psychol* 6: 1327-1343, 1996 8667172
- Fertuck EA, Lenzenweger ME, Clarkin JF *et al.* *Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder.* *Clin Psychol Rev* 26 (3), 346-375, 2006 15992977
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van As-selt, T., y Arntz, A. (2006). *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy.* *Archives of general psychiatry*, 63 (6), 649-658.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis.* *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Heatherton Tf, Wagner D. D. *Cognitive neuroscience of self-regulation failure,* *Trends Cogn Sci* 15(3):132-139, 2011 21273114
- Kernberg O, Caligor E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In: *Major Theories of Personality Disorders*, 2ª ed. Eds. Clarkin y Lenzenweger. NY: Guilford, 115-156.
- King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L *et al.* *The rupture and repair of cooperation in borderlien persoanlity disorder.* *Science* 321 (5890): 806-810, 2008 18687957
- Koenisberg HW, Fan J, Ochsner K.N. *et al.* *Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate response t negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder.* *Biol Psychiatry* 66 (9), 854-863, 2009 19651401.
- Korfine L, Holey J. M. *Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder.* *J Abnorl Psychol* 109 (2). 214-221,2000 10895559
- Lara, M. A., y Acevedo, M. (1996). *Patrones de utilización de los servicios de salud mental.* *Salud Mental*,(suplemento-abril), 14-18.
- Levy K, Beeney J, Tenes Ch. *Attachment and its vicissitudes in borderline personal-ity disorder.* *Curr Psych Rep* 13: 50-59, 2011
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). *Border-line personality disorder.* *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Posner MI, Rothbart MK. *Developing mechanism of self-regulation.* *Dev Psycho-pathol* 12 (3): 427-441,2000 11014746
- Silbersweig D, Clarkin J. F., Goldstein M. *et al.* *Failure of frontolimbic inhibitory function in the cnotext of negative emotion in borderline personality disorder.* *Am J Psychiatry* 164(12): 1832-1841, 2007 18056238
- Scheel, K. R. (2000). *The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications.* *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (1), 68-86.
- Stepp S. D., Pilkonis P. A., Yaggi KE *et al.* *Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder.* *J Nerv Ment Dis* 197(7): 484-491, 2009 19597355.

TERCERA PARTE

PENSAR DESDE LA FILOSOFÍA Y LA EDUCACIÓN

CAPÍTULO 14

REFLEXIONES SOBRE LA ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA Y LA PSICOTERAPIA

Mauricio Beuchot¹

INTRODUCCIÓN

En estas páginas esbozaré unas líneas de antropología filosófica o filosofía del hombre en vistas a la terapia psicológica. Toda psicología supone una idea de ser humano, y tiene que sacarla a la luz, para no reproducirla inconscientemente, porque eso sería nefasto. El psico-terapeuta (sea psiquiatra, psicoanalista, psicólogo...) tiene, por así decir, el deber de explicitar su modelo o paradigma de ser humano, que es el que procura realizar en las personas a las que atiende. Es ilusorio y falaz decir que no se tiene modelo alguno, porque en eso mismo se está teniendo uno, y por cierto desastroso.

Hay que aplicar, por ello, la hermenéutica; hacer una interpretación del ser humano para saber por dónde caminar, hacia dónde ir. Por eso comenzaré, primero, considerando la condición humana,

¹ Es co-creador de la propuesta de la nueva epistemología, y creador de la hermenéutica analógica. Profesor en el Instituto de Investigaciones Filológicas, Investigador Nacional III y miembro de diversas academias mexicanas (de la Historia, de la Lengua, de los Derechos Humanos).

para pasar después a lo que creo que se debe combatir con la psicoterapia, y así procederé, al menos, en forma negativa. Y terminaré haciendo algunas reflexiones desde la hermenéutica, concretamente, de una que denomino “analógica”.

El gran enemigo de la psique

El adversario más grande y que más estragos ha causado, tanto a nivel individual como colectivo, es el narcisismo. El narcisismo suele definirse en psicología como pulsión de sí mismo, no solamente como vanidad o tontería, según se entiende popularmente. Claro que tiene algo de eso, por ello es ubicado como soberbia y petulancia, pero va más allá, es la cerrazón en sí mismo, la cual lleva a cortar la relación con los demás.

Se ha estudiado mucho este fenómeno del narcisismo, y se ha encontrado que es el mal más extendido en nuestra sociedad y nuestra cultura. En ésta se exige el triunfo, la excelencia, el éxito, el sobresalir y tenerse por más que los demás. No en balde estamos en una sociedad de competencia.

Son clásicos los análisis de Freud sobre el narcisismo. Pero, más recientemente, Alexander Lowen lo ha estudiado muy a fondo.² Señala ciertos niveles en el deterioro. Puede ser simple *vanagloria*, sobre todo querer deslumbrar al sexo opuesto. Uno trata de distinguirse de los otros por su excelencia en diversas cosas. Pero eso lleva a una cerrazón personal, pues implica negar los sentimientos, prohibirse expresarlos, porque ellos revelan nuestras debilidades, y eso está contraindicado. Sin embargo, ese acallar los sentimientos es negar el cuerpo, que es nuestro yo más sincero, y con ello se pierde incluso la misma identidad.

² A. Lowen, *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*, Barcelona: Paidós, 2014, p. 11.

Con esas actitudes se protege la imagen, el ego, no el yo. El yo auténtico se basa en los sentimientos, que son del cuerpo. El narcisista oculta sus sentimientos, sobre todo los de dolor, y se exhibe siempre contento, satisfecho, triunfante, etc. Por eso es mentiroso. Eso proviene que en su niñez tuvo que reprimir los afectos. Por eso es antisocial, solitario, pues lo manipularon y tuvo que huir. Como vive de la mentira, existe en la irrealidad. Piensa que mostrar los sentimientos es indebido, por eso está endurecido; incluso se cree muerto. Es pura máscara. Y esto no es sólo individual, es también de una sociedad, cultura o época: la nuestra.

Hay varias fases en el proceso de crecimiento del narcisismo: 1) tener un carácter fálico-narcisista, 2) pasar a un carácter narcisista, 3) adoptar una personalidad límite, 4) caer en una personalidad psicopática y 5) llegar a una personalidad paranoide.³ En el primer grado, el hombre tiene el ego aplicado a la conquista del sexo opuesto. Es arrogante, atlético, enérgico y seguro de sí mismo, pero sólo en apariencia. En el segundo grado, no solamente se cree mejor que otros, sino *el mejor de todos*. Muestra una gran necesidad de que lo consideren perfecto. En el tercero no siempre manifiesta características narcisistas; más aún, cuando está bajo presión se le cae su imagen narcisista y muestra la de un niño asustado e indefenso, que es como en verdad está en su interior. En el grado cuarto tiene mayores fantasías de grandeza; su arrogancia es tal que desprecia a los demás. Es antisocial en varios sentidos: miente, engaña, roba y hasta mata sin remordimientos. En el quinto es claramente megalómano; piensa que la gente habla de él e incluso que conspira contra él. Lo hacen por ser él tan extraordinario e importante. Incluso llega a creer que tiene poderes especiales. Cuando no distingue la fantasía de la realidad, está en la locura, y es simplemente paranoico, lo cual es psicosis más que neurosis. En todos los grados, carece de sensibilidad hacia los demás.

³ *Ibid.* ps. 29-30.

Por cultivar la imagen, proyecta su libido en el ego y no en el cuerpo. No vive su vida interna, pues la maquilla con las manifestaciones externas. Vive de la imagen, sin sentimientos verdaderos o auténticos. Los niega porque le resultaron terribles en su niñez, o después. Se ve a sí mismo como imagen, y también al otro. Por eso está fuera de la realidad, dice que tuvo una infancia feliz, que nunca ha sufrido, etc. Tiene rigidez en el cuerpo: garganta, mentón, cuello y en otras partes. Cuando empieza a aceptar sus emociones, suelta el cuerpo y comienza a vencer el narcisismo. Libera la tensión muscular crónica que tapa sus sentimientos.⁴ Por eso Lowen, que había sido discípulo de Wilhelm Reich, usaba el método *bioenergético*, que implica tocar los músculos.

Índice de narcisismo es la búsqueda de poder y de control. Controlarse a sí mismo y a los demás. Los sentimientos más amenazadores son la tristeza y el miedo. Por eso el narcisista necesita sojuzgar a los demás, creyendo que con eso se protege de esas emociones. Esto proviene de escenas de profunda humillación en la niñez. Se usó el poder o autoridad contra él y por eso ahora lo quiere tomar. Puede ser rebelde o sumiso, pues esto último también oculta la rebeldía. Piensa superar así el sentimiento de inferioridad. En nuestra sociedad se propicia esto, pues se exige el *éxito*, pero con eso solamente se está paliando la inferioridad. Y el miedo principal es a dejarse llevar por los sentimientos, porque significaría desprotección.⁵

Sigue diciendo Lowen que lo propio del narcisista es la seducción y la manipulación. Tiene que caer bien y, al lograrlo, se dedica a manejar a los demás. Todos deben rendirle pleitesía, venerarlo. Y es que la seducción comenzó con sus padres, que hacían creer al niño que era especial. Puede hacer todo, está en todas partes, lo sabe todo y es objeto de adoración. Pero éstos son los atributos de un dios, como sucedió en el mito de Narciso. Siempre es el temor de mostrar los sentimientos. Es el miedo a ser una persona común.

⁴ *Ibid.*, ps. 98-99.

⁵ *Ibid.*, p. 129.

No sabe que serlo es lo mejor y más sano, pues la verdadera belleza es la de estar vivo, es decir, sintiendo.⁶

Lowen asegura que el narcisismo proviene del horror en la familia. No del terror, que se refiere a uno mismo, sino del *horror*, que va hacia lo que se hace a otros. Eran las agresiones de los padres entre sí y/o de los padres con los hijos. Por eso, además de negar los sentimientos, el narcisista en su infancia negó la realidad. Pocos dirían que está loco, pero lo está. Hay mucho de locura en su personalidad. Sobre todo teme la violencia, porque la hubo en su familia; por eso se encierra y prefiere mentir. En su niñez fueron negados, algunos incluso pensaban que los querían abandonar o matar. Por eso niegan la realidad, en lo cual consiste la locura.⁷

Como resultado de esa situación de trastorno, el narcisista siempre va con mucho miedo a la locura. Se siente extraño. Pero llama *locura* a lo que es salud, a saber, a expresar los sentimientos. Inclusive, Lowen menciona casos de personas así que se hicieron psiquiatras o terapeutas, para evitar ese derrumbe. Sin embargo, la curación sería aceptar las emociones, que han estado presas durante toda la vida. Sobre todo la cólera, a veces asesina, pero también otros afectos. Si se educara a sacar los sentimientos, la gente estaría más sana psicológicamente.⁸

A este desorden interno colabora la prisa con que se vive hoy en día. Todo es rápido y colocado en el exterior; por eso hay pocas oportunidades de entrar en el propio interior y conocerse, reconocer sus necesidades y sus emociones, para darles curso, salida. El narcisista se vuelca hacia el exterior y niega su interior, porque allí se encuentran sus emociones, sus sentimientos. Y les teme. El esquizofrénico no puede manejar su exterior, pero el narcisista se las arregla para hacerlo, sobre todo para conseguir poder. Es comprensible que su infancia, asustado ante la agresión de sus padres, la

⁶ *Ibid.* p. 157.

⁷ *Ibid.*, p. 176.

⁸ *Ibid.*, p. 208.

niegue y acabe negando la realidad; pero hacerlo ya de adulto es lo que constituye la locura. El narcisismo es producto de la infelicidad familiar, y de la seducción del infante como especial; por ejemplo cuando uno de los progenitores lo hace funcionar como si fuera adulto (substituto del padre o de la madre).⁹

Lowen concluye diciendo que el narcisismo *es la locura de nuestro tiempo*. Hay muchas situaciones que lo promueven. Los narcisistas son los más adaptados para ella, para satisfacer sus requerimientos. Aceptan sus patrones de éxito, de poder, etc. En la actualidad hay cambios incesantes y por lo mismo, demasiada superficialidad. Esto se capta, sobre todo, en la búsqueda del placer, y el hedonismo es uno de los rasgos de nuestra cultura. El placer y las adicciones son refugio contra los sentimientos. El alcohol y la obsesión del trabajo sirven también para ocultar el interior. El desenfreno quita la sensación de límites y eso conduce a la pérdida del yo. En efecto, no es felicidad, sino mero contentamiento. Nuestro autor termina señalando:

“Pero, para sentir alegría, hay que estar libre de la ansiedad que provoca el temor a dejarse llevar por los sentimientos y a expresarlos. O, por decirlo de otra manera, hay que ser despreocupado e inocente como un niño. Los narcisistas no son ni una cosa ni la otra. Han aprendido a jugar el juego del poder, a seducir y a manipular. Están siempre pensando en la opinión y la respuesta de los demás con respecto a ellos. Y tienen que mantener el control, porque perderlo evoca en ellos el miedo a la locura”.¹⁰

Esta cita de Lowen es un buen resumen de lo que constituye el narcisismo.

⁹ *Ibíd.*, p. 221.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 274.

Combate interno

Para la lucha contra el narcisismo ya se han presentado remedios o soluciones. Sólo voy a referirme a uno que me parece interesante. Es el de la gran psicoanalista Melanie Klein. Ella propuso la actitud generosa para combatir el narcisismo.

En efecto, ella escribió un libro que se intitula *Envidia y gratitud*, en el que sostiene que ésas son las dos actitudes fundamentales ante la vida. La del envidioso, que no da nada, y hasta le disgusta que al otro le den algo, y la del agradecido, que incluso da más. Quizá un nombre mejor sería el de *gratuidad*, en vez de *gratitud*, porque esta última actitud se refiere al que agradece lo que se le da, pero la segunda es la del que da sin pedir nada a cambio.

Establece nuestra autora que el envidioso no colabora, porque ve a todos como rivales. Por lo mismo, no puede amar, pues nadie ama a un rival, que es lo mismo que *enemigo*; no puede tener verdaderamente amigos. En cambio, el agradecido no sólo es capaz de colaborar, sino incluso de ceder lo suyo al que lo necesita.

Lo del envidioso me recordó a Santo Tomás, quien define la envidia como la tristeza del bien ajeno. Y Dante, en su *Divina comedia*, hace que, en el infierno, el envidioso sea el único pecador que no disfrutó. En efecto, disfrutaron el goloso, el lujurioso, etc., pero el envidioso no, ya que su actitud es de entristecerse del bien ajeno. Quizá lo único que disfruta, entonces, sería el mal ajeno, pero quién sabe, porque lo que le interesa observar en el otro es en lo que le va bien.

Klein define la envidia de modo muy parecido al de Santo Tomás. Dice: “la envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o dañarlo”.¹¹ Implica la relación con una persona, porque se remonta a la relación del niño con la madre, es decir, del bebé,

¹¹ M. Klein, *Envidia y gratitud. Emociones básicas del hombre*, Buenos Aires: Eds. Hormé, 1984 (5a. ed.), ps. 25-26.

pues éste envidiaba el pecho materno. De la envidia surgen los celos, sólo que allí se refieren a dos personas y al amor que el sujeto piensa que le es debido y se le ha quitado.

Se relaciona con el pecho materno porque está vinculado también con la voracidad, que, según Klein, “es un deseo vehemente, impetuoso e insaciable y que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz y está dispuesto a dar”.¹² Como se percibe, la avaricia está relacionada con ello, pues es acumular más de lo que se requiere, y no dar. Todo ese cúmulo de vicios se aglutinan en torno a la envidia.

Por otra parte, los antiguos relacionaban la envidia con la soberbia. Iban de la mano. El que es soberbio es envidioso, y el envidioso está manifestando que es soberbio. Asimismo, es muy sabido que la soberbia está usualmente asociada al narcisismo, ya sea en su forma fuerte, de soberbia auténtica, o en formas más menores, como la vanidad o vanagloria, la presunción o petulancia, etc.

De modo que incluso en esto se encuentra el fantasma del narcisismo escondido en todos esos entresijos de las actitudes viciosas más nefastas. Pero hay que comprender, como lo quisieron Freud y Klein, que todos tenemos algo de todo eso, que la vida humana consiste en luchar contra esas emociones básicas negativas, que nos privan de encontrar la bondad en la existencia.

Agrega Melanie Klein: “Podría decirse que la persona muy envidiosa es insaciable. Nunca puede quedar satisfecha porque su envidia proviene de su interior y por eso siempre encuentra un objeto en quien centrarse. También esto indica la estrecha conexión entre los celos, la voracidad y la envidia”.¹³ Además, el envidioso destruye a quien le da algo. Por eso es tan ajeno a la gratitud.

Es decir, el envidioso ataca y daña a quien lo favorece. Tal parece que no se contenta con casi no ver la bondad en la vida, sino que no la soporta. Es índice de una gran infelicidad.

¹² *Ibíd.* p. 26.

¹³ *Ibíd.* p. 28.

Lo más triste es que Klein sostiene que la envidia *daña la capacidad de gozar*. Es decir, el envidioso goza con el mal del prójimo, pero no puede gozar con el bien que recibe. Como ella nos ha dicho, éste suele agredir a quien lo beneficia, o, como se dice vulgarmente, “muerde la mano que lo alimenta”.

Nuestra autora añade un dato más. La envidia produce una ansiedad persecutoria. Hemos visto que ésta es un elemento del narcisismo. Hay un monto de paranoia en el narcisista, que es, aquí para nosotros, el envidioso.

Por eso es importante lo que ella agrega a continuación: “El sentimiento de gratitud es uno de los más importantes derivados de la capacidad para amar”.¹⁴ Desde la más tierna infancia, la relación del bebé con la madre como objeto bueno determina esa actitud. Tal parece que la capacidad de amar es innata. Pero el individuo será agradecido si siente que se le da la suficiente satisfacción. Es la base de la felicidad posterior.

Hay algo muy importante que se sigue de lo anterior: “La gratitud está estrechamente ligada con la generosidad. La riqueza interna derivase de haber asimilado el objeto bueno de modo que el individuo se hace capaz de compartir sus dones con otros. Así es posible introyectar un mundo externo más propicio y como consecuencia se crea una sensación de enriquecimiento”.¹⁵ Esto nos indica que el generoso es el que puede enriquecerse y compartir con los demás. El envidioso no puede enriquecerse, pues, como es avaro, no disfruta sus tesoros, los guarda y los esconde, para no dar a nadie.

Por otra parte, según esta misma psicoanalista, la envidia, la voracidad, etc., producen culpa, y ésta lleva a la depresión. Coloca al individuo en una posición depresiva, que va acompañada de la ansiedad persecutoria. Es decir, se juntan la depresión y la paranoia.

Debido a eso, es tan necesario darnos cuenta de que nuestra sociedad y nuestra cultura están produciendo individuos de este tipo.

¹⁴ *Ibid.*, p. 39.

¹⁵ *Ibid.*, p. 41.

Y estar preparados en la educación y en la terapia para contrarrestar esto y encauzar a una situación en la que se pueda trabajar y amar mejor, es decir, poder disfrutar más.

Reflexión crítica sobre la condición humana

Lo que hemos apuntado es solamente una conceptualización fenomenológica de lo que está sucediendo en nuestro tiempo. Nuestra sociedad está produciendo este tipo de anomalías psicológicas, y tenemos que tomarlo muy en cuenta, porque es lo que se va a recibir en la psicoterapia. Es, de alguna manera, analizar lo que Michel Foucault llamaba *la formación de las subjetividades*. Tal es la que se da hoy en día, y es preciso atender a ella para saber a qué amoldarse, para estar preparados.

Tenemos que reconocer que nuestro tiempo es uno de narcisismo. De manera muy fuerte lo propicia la sociedad en la que estamos. De hecho, nuestra cultura tiene valores que van muy de acuerdo con eso. Se promueve el afán de poder y de prestigio, que es resultado del ser o creerse “especial”; pero eso mismo conduce al hombre en la actualidad a acorazarse contra sí mismo, para poder rendir en el trabajo y en la relación con los demás. Tiene prohibido sentir debilidad, miedo, angustia, tristeza o enojo. Debe ocultar sus emociones, llegando incluso a negarlas. Y eso está creando monstruos en nuestra sociedad.

Por eso fue muy atinado Lowen al preocuparse tanto por esta afección de la personalidad, y es que ya desde su tiempo –1910-2008– la encontraba muy presente en su propia sociedad estadounidense, especialmente de la postguerra, y hemos de reconocer que la de ahora no difiere mucho de aquella. Existe el mismo peligro en una que en otra. Por eso hay que promover la aceptación de las emociones y del yo, porque solamente aceptando las necesidades propias y los sentimientos que provienen de nosotros, de nuestro cuerpo, sin miedo a que sean locura, sino aceptando que

son condición de la salud mental, podremos evadir o erradicar ese padecimiento.

Como hemos visto, según Lowen se requiere una aceptación del cuerpo, que equivale a una recuperación de la naturaleza, es decir, aprender a escucharlo y atenderlo, dejarlo que se exprese. Esto se parece a la situación que se dio en el romanticismo, que fue un momento de reacción contra la modernidad, sobre todo de la Ilustración oficial, cuando los pensadores pidieron la vuelta a la naturaleza, o por lo menos su recuperación, cuando se exaltó el cuerpo, es decir, la pasión, la emoción, el sentimiento, en contra del racionalismo que reinaba en todas partes y que llegaría a su eclosión con el positivismo.¹⁶ Tal vez podríamos decir que algunos movimientos que se han dado recientemente (los *hippies*, la posmodernidad, etc.) sean un grito de advertencia con respecto a ese extravío.

Hay algo que necesita el ser humano, y es el equilibrio emocional. Las pulsiones lo agobian, pero puede darles su adecuada proporción, para que se dé entre ellas un balance conveniente. Esto es lo que los griegos llamaron *analogía*, y que consistía en una disposición armoniosa de las pulsiones. No en su negación, sino en su encauzamiento.

En esa analogía hay una dialéctica. Michele Federico Sciacca –1908-1975– señala el carácter dialéctico ya de por sí de nuestra inteligencia, y añade que esa dialéctica responde a la condición analógica de nuestro conocimiento. Porque es conocimiento de los límites, y el perderlos es el oscurecimiento de la inteligencia.¹⁷

De hecho, la analogía es el reconocimiento de los límites de nuestro conocimiento para alcanzar la univocidad, pero también los límites de la voluntad para evitar abandonarse a la equivocidad. Por lo general, tiene que renunciar a la comprensión unívoca, pero también tiene que defenderse del equívoco, que es incomprensión.

¹⁶ Ch. Taylor, “The Expressivist Turn”, en *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994 (reimpr.), ps. 368-390.

¹⁷ M. F. Sciacca, *El oscurecimiento de la inteligencia*, Madrid: Gredos, 1970, ps. 16 ss.

Ya el mismo suponer un paradigma de ser humano es muy analógico, porque se trata de otro nombre de la analogía, que es el de iconicidad, ya que el ícono es un modelo. Hay un ícono de ser humano que tenemos como finalidad, a la cual conducir a la persona a la que ayudamos o le facilitamos el proceso terapéutico. Tan nocivo es imponer un modelo como carecer de él, porque en el primer caso hay opresión y en el segundo, disolución.

La misma psicoterapia tiene un carácter hermenéutico, ya que, ante todo, implica una interpretación de la persona a la que se aplica, y porque, en base a esa comprensión de ella, se procederá en la orientación que se le dé.¹⁸ Y tiene que ser en el camino de la proporción, en el dar equilibrio o temple a las fuerzas que actúan en ella; por eso en la antigüedad se hablaba de *temperamento*, y las primeras terapias, entre los griegos, como la de los pitagóricos, consistían en eso: en llevar al individuo a una adecuada proporción de sus impulsos, para producir en él una armonía que dependía de las medidas que se le dieran.

Por eso lo que mejor queda aquí es una hermenéutica analógica, aplicada a la psicoterapia. Si la misma psicoterapia es primordialmente una acción interpretativa, tiene que evitar las hermenéuticas unívocas y las equívocas; las primeras, por impositivas, y las segundas por disolventes. Debe llegar a una mediación, que es muy complicada y difícil, pero que es la única que podrá dar una salida saludable a la persona en cuestión.

Se tratará, pues, de una psicoterapia entendida como hermenéutica, pero como hermenéutica analógica, que sea capaz de dar una interpretación orientadora; no una interpretación solamente permisiva, como piden los equivocistas, pero tampoco pura orientación impositiva, como piden los univocistas; sino una acción intermedia, que interprete para orientar y que oriente para que la persona se interprete a sí misma.

¹⁸ R. M. Holm-Hadulla, *El arte psicoterapéutico. La hermenéutica como base de la acción terapéutica*, Barcelona: Herder, 1999, ps. 36 ss.

La hermenéutica se ha usado en la psicoterapia, y creo que una que sea analógica puede ser un buen intento de ayudar a los demás.¹⁹ Alcanza a dar una orientación para crecer. Esto abarca la pedagogía y la psicología, ya que brinda un método aplicable tanto a la educación como a la psicoterapia. Constituye un método de crecimiento interior que puede aplicarse igualmente a los que buscan el camino y a los que lo han perdido.

CONCLUSIÓN

Después de nuestras reflexiones sobre la psicoterapia y la antropología filosófica o filosofía del hombre que le subyace, encontramos que hay que explicitar esa base que la sustenta. Hay una filosofía en la que se apoya la psicología.

Ahora bien, tenemos que elaborar una imagen del ser humano que brinde en verdad esa salud mental que se desea y que se espera de una acción terapéutica. Y ésta ha de ser la de un ser humano analógico, es decir, con el equilibrio de sus pulsiones más o menos alcanzado, para que pueda vivir mejor, desenvolviéndose en las relaciones con los demás.

Por eso he querido no solamente hacer un diagnóstico de lo que se da en nuestro tiempo, que es la formación de subjetividades, sino avanzar y lanzar un *prognóstico* o pronóstico, y de esta manera ayudar a la prevención y también a la curación que se tendrá que hacer de estas personalidades que nos vienen a la atención. Que ya tenemos en la puerta, pues ya están bastante desarrolladas en nuestro momento. De esta manera tendremos más oportunidad de ayudar a los que presentan estas características que hemos visto, las cuales están muy extendidas en nuestra sociedad y nuestra cultura. Es algo que ya es presente y debemos afrontarlo.

¹⁹ M. Beuchot, R. Blanco Beledo y A. L. Sierra, *Hermenéutica y analogía en psicoanálisis. Una aproximación psicológica*, México: UNAM, 2011, ps. 131 ss.

REFERENCIAS

- Beuchot, M., Blanco Beledo R. y Sierra A. L. (2011). *Hermenéutica y analogía en psicoanálisis. Una aproximación psicológica*. México: UNAM.
- Holm-Hadulla R. M. (1999). *El arte psicoterapéutico. La hermenéutica como base de la acción terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Klein M. (1984). *Envidia y gratitud. Emociones básicas del hombre*. Buenos Aires: Eds. Hormé, 1984 (5a. ed.).
- Lowen A. (2014). *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Sciacca M. F. (1970). *El oscurecimiento de la inteligencia*. Madrid: Gredos.
- Taylor Ch. (1994). The Expressivist Turn. En *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*. Cambridge: Cambridge University Press, (reimpr.), pp. 368-390.

CAPÍTULO 15

**POSMODERNIDAD, PSICOANÁLISIS, HERMENÉUTICA.
APROXIMACIÓN AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO
DE LAS NUEVAS SUBJETIVIDADES**

*Ricardo Blanco, Yolanda Alquicira,
Olga Granados, Patricia Robles¹*

*“Mejor que renuncie [a su práctica]
quien no pueda unir a su horizonte
la subjetividad de su época”
(Lacan, 1995)*

Todas las épocas en la historia de la humanidad han impuesto condiciones de vida que tienen repercusiones sobre la subjetividad, por lo que la reflexión de diversas disciplinas interesadas en la realidad humana es constante. Los contextos sociales cambian y por tanto, los problemas que enfrentamos ahora en la clínica no son los mismos que afrontó Freud en los albores del siglo XX.

A partir de la Segunda Guerra Mundial se aprecia un desplazamiento de mayores consecuencias; del Estado-Nación,

¹ Centro de Investigaciones Interdisciplinarias. Patricia Robles, Círculo Psicoanalítico Mexicano.

paradigmático de la modernidad, nos hemos trasladado hacia la construcción paulatina de un Estado-Mercado, propio de las fuerzas en juego en el neoliberalismo y la globalización. Este fenómeno socio-político ha sido acompañado por las correlativas consecuencias en la constitución de las subjetividades en las poblaciones, acción promovida por los agentes económicos-sociales que gobiernan las relaciones humanas, y evidentemente están a su servicio.

El Estado-Nación, propio de la modernidad, promovía y suscitaba por todos los medios a su alcance, la formación de sujetos que se adhirieran a sus expectativas de racionalidad, conciencia nacional, sentido del trabajo socialmente significativo, familia tradicional, valores de *identificación/identidad*, expectativas que podríamos llamar prototípicas de la modernidad.

En la modernidad tardía, o posmodernidad, se unen los movimientos y medios de globalización de la economía, la tecnología y los medios de comunicación, enmarcados en el proceso de economía neoliberal; esto lleva a un pasaje, a una transición a lo que podemos llamar *Estado-Mercado*.

Constatamos entonces que el contexto social incide activamente en la constitución de la subjetividad, produciendo fenómenos subjetivos resultados del establecimiento en las relaciones sociales de lo acontecido en la época, circunstancias que son determinadas multifactorialmente de acuerdo a cada momento histórico. En este sentido, siguiendo las formulaciones del antropólogo francés David Le Breton, la “cultura afectiva”² impone un conjunto de valores e ideales con los cuales el sujeto se identifica. Las emociones, los sentimientos y la cualidad de los lazos sociales, son palmariamente la manifestación de las relaciones sociales. Hoy día atestiguamos la transfiguración extrema del ideal en el que el cuerpo da contingencia a las experiencias insoportables de una cultura determinada por el consumo. Consumir para existir

² David Le Breton, *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1998.

es el extremo opuesto y cercano a la vez, de la amenaza de ser consumido o bien, desechado por el entorno.

Propuesta

Lo humano es acción significativa, texto, las interpretaciones posibles sobre los discursos y conductas deben ser consideradas desde su contexto. El análisis de nuestra situación actual implica no solamente sensibilidad histórico-crítica para la ubicación longitudinal sino además, la existencia de una postura crítica en el corte sincrónico para el estudio de la influencia de los medios, y sobre todo desde esta, la nueva realidad posmoderna-globalizada-neoliberal.

Cabe preguntarnos: ¿estamos condenados a ser solamente la presencia reflejante de la situación social? ¿Podemos proponer algo de la hermenéutica analógica que permite decir y callar; acceder y limitarse; balbucir cuasi comprendiendo, sin creer que se tiene la unicidad del saber, y al mismo tiempo abrirse aproximadamente a un amplísimo mundo de abordajes evitando caer en la mudez del discurso a que la llevaría un infinito deslimitado de interpretaciones diferente a la oferta del momento: ¿un proyecto, por más transicional que este sea?

La herramienta hermenéutica analógica puede ser de utilidad para el estudio de diversos tipos de problemáticas humanas: antropológicas, psicológicas, éticas, sociales, religiosas, etc. En todos los casos se realiza un trabajo elaborativo, deconstructivo/constructivo de los actos humanos que son inevitablemente *lenguajizables*, ya sea por parte del actor o del oyente/lector. Es más, todo tipo de acceso a algún modo de comprensión, aunque parcial de la realidad, depende de la capacidad para que esta realidad del orden que sea, pueda ser simbolizada; esto vale para todas las ciencias: sea la física, la matemática, la poética, etc.

Ahora la pregunta es ¿De qué manera la hermenéutica analógica puede ser una herramienta que nos permita intervenir con pacientes para propiciar una resignificación de su historia?

Recuperar a Jacques Lacan

*“En tant que formation particulière de l’inconscient,
il (le symptôme) n’est pas une signification,
mais une relation à une structure signifiante qui le détermine”*
(Lacan, 1957, p. 441).

*Ce premier temps est essentiel pour démarquer
la théorie lacanienne du symptôme de toute herméneutique
ou théorie compréhensive – de type jaspersien:
“Gardez-vous de comprendre!”*
(Lacan, 1956, p. 471)

*avertit Lacan ...
Cela rompt avec une psychologie clinique
du signe et de la singularité,
Comme avec toute herméneutique,
Qu’il va jusqu’à désigner comme “une obscénité universitaire”.*
(Assoun, 2003, p. 90)

El Problema Hermenéutico

Creemos que podemos estar de acuerdo con J. Lacan en lo que expresa en las frases citadas como epígrafes, cuanto con la síntesis que hace Assoun acerca del lugar de una hermenéutica de corte jaspersiana, aplicada al psicoanálisis y a la psicología que dependan de los modelos positivistas. Tanto el psicoanálisis como la filosofía, específicamente la antropología filosófica y la ética, así como las teologías contemporáneas, necesitan de herramientas de interpretación que puedan operar dentro de los nuevos desafíos teóricos acordes con el reconocimiento a la formación de nuevas subjetividades que se presentan como interlocutores de su trabajo.

A muchos preocupa el vacío que se ha generado, y por ende, la tendencia del humano a la nada, al sinsentido provocado por el pasaje de un modelo de Estado-Nación al de un modelo de “Estado-Mercado”. Las reglas actuales en y para la conformación de las estructuras individuales y colectivas están aún en proceso; algo conocemos de las anteriores, fruto de la modernidad, pero aún no tenemos capacidad de aprender de las móviles reorganizaciones contemporáneas que han dejado atrás el gran esfuerzo que se hizo durante el siglo XX para desnaturalizar lo humano; éste ha sido arrasado por el poder cientificista-positivista que extravía el sentido humano para encajarlo en los parámetros de una ciencia que se postula como la verdad absoluta, dejando fuera las disciplinas que tienen mucho que decir como la filosofía y el psicoanálisis.

En la formación de nuevas subjetividades escuchamos/leemos nuevos “textos”, pero no hemos descubierto aún, y no parece que sea posible lograr algo así como la “Piedra Rosetta” que guiaría nuestro trabajo. No obstante, podemos operar con la herramienta interpretativa dentro de un marco analógico, para no solamente percibir su existencia sino también, iniciar intentos de una limitada, aunque necesaria comprensión relativamente relativa.

La hermenéutica analógica en particular, parece ser un medio para resolver o aportar a la resolución de la problemática destacada, de las aporías con las que se encuentran las posturas más habituales en el campo de las disciplinas psicológicas-psicoanalíticas. Al ser en general ciencias que interpretan los datos y/o construyen sus objetos de investigación a partir de las pistas clínicas detectadas en el trabajo con los seres humanos, la propuesta de herramientas teórico-metodológicas que tengan por centro a la interpretación, por sí misma es un requisito para la solidez de sus discursos o conclusiones.

Recuperar la modulación

El llamado *principio de analogía* modula las afirmaciones al ofrecer al mismo tiempo un reconocimiento del referente (empírico, ideal, conceptual, *constructo*, etc.), y la posibilidad de predicación tanto desde/para la similitud, cuanto desde/para las diferencias, incluso privilegiando las diferencias. El enmarcamiento dentro de límites prefijados de discurso alcanza un tono de proporcionalidad básica que remite *al acceso del decir sobre el fragmento*, cuanto se tiene la sospecha de un posible todo, que no desdeña la posibilidad de un marco ontológico débil pero suficiente.

Heidegger, citado por Abbagnano (1963) decía que “*La interpretación no es el tomar conocimiento de lo comprendido, sino el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender*”. No se pretende “comprender” unívocamente, ni negarse a “comprender” absolutamente cayendo en el marasmo de la imposibilidad misma de locución acerca de algo. Es verdad que en la tradición Talmúdica la hermenéutica pretende llegar a devolver al texto sagrado la infinitud de interpretaciones, para devolver así a la divinidad el infinito que perdió al crear al hombre y su ser libre. Pero aun en ese caso el “Pardés” pone límites al quehacer de los interpretantes.

La labor de interpretación remite a la hermenéutica; por eso es que podemos decir que en el campo de la clínica y “la meta-psicología psicoanalítica”, la hermenéutica consistiría, parafraseando a Ricœur, en un sistema que encauza un proceso para volver a narrar las historias de la vida del analizante, procedentes de sus historias no contadas o inhibidas y transformarlas en historias efectivas que la persona puede hacer suyas y dejar que formen parte de la identidad personal. En este sentido es fundamental la lectura de Paul Ricœur, tanto en “La Metáfora Viva”, “Tiempo y Narración” y “Freud, Una interpretación de la Cultura”.

Quizás las estructuras psíquicas antropológicas permanezcan como referentes, como al menos se apuesta en muchos casos. O tal vez, las mismas estructuras o los modos de reflexión sobre ellas,

deban ser considerados desde otros ángulos, desde los cuales se descubra una plasticidad de las mismas que aún no hemos considerado. No se propone un “fijismo” ya insostenible, ni un “equivocismo” que no es materia de conocimiento. Parece que, en estos momentos, tanto para el camino de la filosofía, como del psicoanálisis o de las ciencias de las religiones, es una hermenéutica analógica la que puede darnos un margen mayor de aprehensión y acceso a la realidad cambiante de una humanidad que se reorganiza en subjetividades *posmodernas-neoliberales-globalizadas*. Ciertamente el planteamiento hermenéutico analógico rompe con algunos parámetros reduccionistas propios de expectativas positivistas, y aunque ajena al modelo cientificista, tampoco se vuelca al campo del relativismo absoluto.

Nuevas Subjetividades

*“Les doy una definición posible de subjetividad,
formulándola como sistema organizado de símbolos,
que aspiran a abarcar la totalidad de una experiencia,
animarla y darle su sentido.
¿Y qué es lo que aquí estamos tratando
de realizar, si no una subjetividad?
Las direcciones, las aperturas sobre nuestra experiencia
y nuestra práctica, que aquí aportamos
están destinadas a inducirlos
a proseguirlas en una acción concreta”.*
(Lacan, 1954)

Un nuevo problema para las disciplinas que abordan la realidad humana tales como el psicoanálisis, la filosofía, las ciencias de las religiones y los posibles diálogos entre estas disciplinas es la constitución contemporánea de nuevas subjetividades. Existen formas

novedosas de armado de la subjetividad. Este fenómeno cuyo nacimiento podemos remontar a la década de los setenta en el siglo XX, ha sido definido por su relevancia y extensión como una verdadera *revolución antropológica* por autores como Lipovetsky (1998).

El psicoanálisis nació dentro de las expectativas y conceptualizaciones de lo que podríamos llamar *salud* o *normalidad*, afines a la positiva valoración de la conciencia crítica, la razón, el trabajo significativo, las relaciones amorosas y familiares estables; todas ellas propias del pensamiento de la modernidad. Desde los años 60 y posteriores del siglo pasado, la reflexión psicoanalítica ha ido desplazándose y se ha hecho eco de lecturas armonizadas con rasgos de la expectativa del nuevo “*sistema organizado de símbolos, que aspiran a abarcar la totalidad de una experiencia, animarla y darle su sentido*” (Lacan, J. *op. cit.*, p. 97), es decir, que ha estado atenta a los cambios que han producido las diferentes formas de organización social y su impacto en la subjetividad.

A efectos de una primera aproximación al problema de los cambios contemporáneos en el armado de la subjetividad podemos notar que, luego de un primer intento casi univocista propuesto por el correlato ideológico a una concepción de ciencia exclusivamente unida al positivismo y sus ramas sucesivas que llegan hasta a la filosofía analítica, o a los intentos casi conductuales para las formulaciones teóricas psicoanalíticas en algunos autores norteamericanos o alemanes, se acuña posteriormente una línea casi prácticamente, equivocista y relativista, en la cual márgenes, límites, códigos, quedan adheridos a la simple cadena de asociaciones metonímico-metafóricas de una verbalización que habla pero no sabe lo que dice, aunque formule, formalice, topologice.

El trabajo de reflexión constante de los psicoanalistas se puede constatar en la extensa bibliografía que hay sobre las condiciones sociales y sus efectos en la subjetividad, consecuencias que se han descrito como “carencia de futuro, destrucción de la experiencia, caída del deseo, esclavitud del goce mortífero... sexo compulsivo, la afirmación de una libertad sin Ley... el placer como un imperativo

que, en lugar de liberar la vida, la oprime reduciéndola a la esclavitud.... la exhibición del “exceso” como afirmación de una Ley que rechaza todo límite y que define la degradación neocapitalista del cuerpo erótico a mero instrumento de placer” (Recalcati, 2014, p. 25). Y que representa un reto clínico por “la pobreza psíquica... su superficialidad afectiva... sus pasos al acto... su inmovilidad” (Pereña, 2011, p. 150).

Algunos rasgos

El lenguaje y sus connotaciones van cambiando; las mismas palabras que se usaban antes ahora tienen cargas y sugerencias particularmente disímiles y complejas. Por ejemplo, el vocablo “libertad”, en términos de significado para una tradición como la judía, tiene implicaciones que hacen referencia a lo sagrado, a la fidelidad con la palabra dada, expresada en términos de pacto. Actualmente esa misma palabra –libertad–, está definida en términos de anarquismo, y se contextualiza en un discurso bizarro de posibilidades de valor de cambio. Aquí pues, tenemos un problema de interpretación evidentemente grave. Para el comentario de este tipo de ejemplo conviene una reflexión sobre lo que las subjetividades contemporáneas determinan en un ámbito ético–antropológico.

Francisco Ferrara (2001) formula que “frente a la caída de los imaginarios precedentes es posible advertir la entronización de ideas, conceptos, nociones que, lentamente, van ocupando su lugar en el dispositivo de matrizamiento de las nuevas subjetividades”. Es decir, las nuevas generaciones construyen a partir de esta carencia su estructura, su identidad y su lenguaje, tales que presentan las siguientes características descritas por el mismo Ferrara en el siguiente listado:

- Aumento de la valoración de lo privado frente a lo público.
- Crecimiento de la importancia de los objetos como fuente de satisfacción.

- Pérdida correlativa de la importancia de la relación entre personas.
- Descreimiento en las instituciones y en la política.
- Aumento del individualismo.
- Creciente ausencia de proyectos colectivos.³

Estas características las vemos descritas también en autores como Mirta Zelcer, que define la situación actual dirigida por el eje de la consumición, “todo se trata de consumir o ser consumido”. (2002, “Subjetividades y actualidad” sin/p.) Zelcer describe la subjetividad a partir de la observación de los comportamientos en niños y adolescentes actuales y que presentan las siguientes características:

- Incremento de la crueldad (sadismo)-inescrupulosidad.
- Implosión de impulsos violentos verbales, o corporales, o bien, destrucción concreta de materiales.
- Falta de registro del daño o del sufrimiento de los semejantes.
- Falta de asunción de responsabilidad por lo actuado.
- Corte del pensamiento lógico entre lo que se hace y los efectos de los propios comportamientos (hecho que, precisamente, corta el encadenamiento lógico hacia la responsabilidad).
- Incapacidad de disculparse, ya que no existe sentimiento de culpa alguno.
- Afán de poder absoluto.
- Acoso moral y físico.

“Es evidente que la descripción de la subjetividad en la niñez coincide con la de los actores sociales de deberes y derechos plenos. Asistimos de este modo al traslado dentro de la normalidad de lo que se solía llamar una sociopatía: esta perversión es ahora sintónica con los lazos sociales laborales requeridos por el mercado. En

³ Francisco Ferrara, Buenos Aires 2001, Hosted by www.Geocities.ws

las prácticas sociales, algunas entidades psicopatológicas se han deslocalizado”.⁴

Reportes procedentes de Brasil y Chile reafirman sus aseveraciones. En Brasil la Dra. Eliana Rache [2001] dice:

[...] La observación clínica cotidiana parece mostrar una cada vez más franca prevalencia de ideales narcisistas [yo ideal] sobre los ideales simbólicos que conforman el ideal del yo; un empobrecimiento del campo elaborativo de las situaciones conflictivas que se procuran desmentir por diversos caminos (mentales, químicos, quirúrgicos) y un avance de creencias primitivas que encuentran un canal de expresión más representativo en la acción que en el pensamiento o la palabra”

Información de la Universidad de Chile afirma la “emergencia de nuevas subjetividades en las que el yo ha perdido su capacidad de sintetizar, jerarquizar, y responder a un modo unitario no fragmentario a la realidad”.⁵

Korman plantea que en estas subjetividades es importante y difícil determinar el entramado que existe entre la dimensión narcisista y la edípica; en la transferencia el paciente repite “las dificultades que tuvo para superar en su infancia las relaciones fusionales tempranas”⁶ a diferencia de la psicosis en donde el mecanismo de la forclusión fue determinante. En el caso de las subjetividades descritas se trata de forclusiones locales, como Juan David Nasio⁷ lo propone, causando efectos a nivel del pensamiento, falta de simbolización y dependencia extrema, entre otros.

Es aquí donde encontramos el problema del que hablábamos al principio; estos cambios en la constitución de la subjetividad

⁴ Zelcer, Mirta; 2000, “*Las nuevas dinámicas grupales en el aula escolar.*” sin/p.; en: www.topia.com.ar/articulos/subjetividades-y-actualidad

⁵ <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis/03/ponencias/pon20-3.html>

⁶ Korman, Victor. *Los cuadros con insuficiente reorganización retroactiva edípica Cirre. Segunda parte: Fundamentos metapsicológicos y clínicos*, Barcelona, p. 38.

⁷ Nasio, Juan David. (1997). *Los Gritos del Cuerpo*. Buenos Aires: Paidós. p. 68.

contemporánea son tales que, como dice Zelcer, no sólo carecemos de modelos teóricos para dar razón de ellos, sino que además carecemos de la organización perceptual para reconocerlos.

Con este tipo de subjetividad es con la que nos enfrentamos actualmente, donde establecer el vínculo para trabajar se vuelve sumamente difícil porque prevalece la pérdida del Otro simbólico y el goce, que producen una angustia insoportable y que con frecuencia encuentra salida aparentemente fácil, pero momentánea en el consumo de drogas, que, además, cumple con otro baluarte de la época: la inmediatez.

El glosario de rasgos subjetivos coincidentes y complementarios entre sí, orientan hacia lo social y como hemos casi sugerido en este desarrollo, son signos que sólo pueden ser comprendidos en un contexto posmoderno y globalizado, en el que el sentido pleno de la palabra se ha perdido.

La pérdida de sentido produce vacíos en el pensamiento y efectos en el cuerpo; frente a la carencia de estabilidad en los lazos sociales el sujeto queda inerme, atrapado en el sinsentido y en la angustiante búsqueda de referentes estables, para instaurar un puente lógico entre el lenguaje y los impulsos pulsionales insuficientemente sofocados por el entorno. Los síntomas subjetivos descritos guardan relación con el incremento de trastornos frontales reportados ampliamente por la estadística epidemiológica. Sin embargo, los reportes numéricos epidemiológicos devienen irrelevantes para las disciplinas psicológico-psicoanalíticas si se desligan del referente social. La *cultura afectiva* propia de una *sociedad frontalizada*, es decir, una sociedad que propicia y precipita una confrontación activa entre los sujetos, está determinada por la búsqueda de sobrevivencia de los individuos que advienen al mundo en entornos insatisfactorios en los que no se resguarda desde las etapas tempranas, la satisfacción de necesidades psíquicas y físicas.

En este sentido la impulsividad, la crueldad, la inmediatez, el acoso, la inescrupulosidad, las fallas del pensamiento, la

superficialidad en los lazos afectivos, las alteraciones en el funcionamiento del cuerpo, así como todos los rasgos observados los niños y adolescentes, son signos de repetición compulsiva de experiencias de *pseudo vitalismo* descarnado, que oculta lo mortífero amenazante que desborda al sujeto, y que incuestionablemente lo deja fuera del campo de la palabra. “La cultura afectiva [posmoderna] brinda esquemas de experiencia y acción sobre los cuales el individuo borda su conducta, según su historia personal, su estilo, y sobre todo, su evaluación de la situación. La emoción sentida [en el cuerpo], traduce la significación dada por el individuo a las circunstancias que repercuten en él”⁸ de ahí que para el psicoanálisis los signos subjetivos son signos sociales. David Le Breton es aún más enfático cuando formula que es insuficiente plantear que las emociones y los sentimientos tienen un contenido fisiológico, pues no puede omitirse la repercusión de las relaciones sociales sobre la subjetividad. Puntualicemos entonces, que la subjetividad es social. Y finalmente, nada en ello hay de novedoso para el psicoanálisis.

Tenemos un ser humano sufriente y silenciado y justamente el psicoanálisis es un método para escuchar el sufrimiento y para ponerle palabra, por eso es vigente, porque su práctica está orientada a establecer el “deseo como posibilidad de alcanzar gracias a la incorporación de la Ley de la palabra y el rechazo al goce mortífero, un goce nuevo... Otro goce alternativo al mortífero...” (Recalcati, 2014, pp. 15 y 25) que le permita ser sujeto y no objeto como esta sociedad trata lo humano. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que la falta de metáfora amorosa ocasiona que la interpretación freudiana, cuyo objetivo es disparar en el sujeto la asociación, no tenga eco en ellos; la palabra que tendría que ser simbólica, es tomada como cosa, por lo tanto, agresiva y sin efecto. Existe el vínculo necesario para que se produzca lo que Freud llamó la *transferencia*, pero ésta es frágil. Por ello la técnica clásica freudiana

⁸ David Le Breton, *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1998, p. 11.

no opera completamente en este tipo de estructuras. Sin duda, en nuestro actuar clínico observamos que la dificultad de simbolización en estos pacientes, es un obstáculo para continuar interviniendo clásicamente con la interpretación. En muchas ocasiones el paciente no entiende lo que queremos expresar y tenemos que recurrir a construcciones, llevarlos a la resignificación, en primera instancia, pasar por una traducción del discurso, la creación de un vínculo y el reconocimiento del otro, para que les permita acceder al mundo simbólico.

Piera Aulagnier (1975), esclarece que las dificultades simbólicas del discurso se relacionan con carencias y fallas en la función materna. Desde su nacimiento, el cachorro humano se somete al discurso materno como condición para acceder a lo subjetivo. La interpretación que hace la madre del mundo siempre tiene la connotación de violencia, dado que la madre impone su discurso con, y desde, su estructura psíquica. Discurso violento pero necesario, para la constitución subjetiva, a partir del cual se despliegan dos deseos. Desde la madre: le pide a ese cuerpo cuidado, mimado, alimentado, que confirme su identidad con la sombra hablada que ella predica y desde el hijo: que la madre lo desee y tenga por él fundamentalmente sentimientos de amor, siendo éste producto del deseo de un otro. Cuando estos aspectos no están presentes en el vínculo madre-hijo, tenemos las patologías por carencia, y el trastrocamiento de lo simbólico. La madre —o su función—, van a imponerse con una violencia discursiva secundaria que creará las condiciones suficientes y necesarias para que advenga la patología psicótica (en un extremo), o las patologías por carencia de la función maternante, que se observa en estos tiempos.

Recobrar la transferencia

Nuestra apuesta es que, mediante la transferencia como vehículo para la labor analítica, es posible el ingreso del sujeto al lenguaje y

su acceso ofrece la oportunidad para simbolizar, es decir, *mentalizar* dinámica y topológicamente la relación con el otro, adquiriendo novedosamente una relación topológica y topográfica en la que el devenir se sostiene no desde la fusión que lo lleva al marasmo, sino desde la diferencia que lo conduce al sostén de su propio devenir.

CONCLUSIONES, POR EL MOMENTO

Llegado este momento podemos decir que hemos mostrado análisis y características de la presentación de las subjetividades contemporáneas. Y esto nos remite a la preocupación que manifestamos al enfrentar el problema y que mencionamos al principio de este texto; podemos aceptar que no solamente carecemos de los modelos teóricos para organizar el material sino que, siguiendo a Zelcer, ni siquiera tenemos, en estos momentos, la estructura perceptiva para organizar los datos de la experiencia y capturar las estructuras conductuales; o en el campo de la fantasía, que se conforman en la actualidad en nuestros jóvenes, niñez y también en los adultos contemporáneos. Seguimos percibiendo, y pensando lo percibido, con nuestros esquemas-modelos modernos.

El reto para el psicoanálisis, para la filosofía, para las ciencias de la religión, y para un posible diálogo entre estas disciplinas, en estos momentos está precedido por la *percepción-reflexión* acerca de los cambios, constitución de las nuevas subjetividades y la interpretación no solamente de nuevos lenguajes, sino de nuevos sentidos de los lenguajes.

Creemos que la hermenéutica analógica puede ser una herramienta, limitada pero suficiente, para abrir los esquemas tanto de nuestros modelos teóricos cuanto del campo perceptual, para permitir describir, comprender y analizar la novedad de las reconfiguraciones de las subjetividades contemporáneas.

REFERENCIAS

- Abbagnano, Nicola (1963). *Diccionario de Filosofía*. México: FCE.
- Assoun, Paul-Laurent (1997). *Psychanalyse*. Paris: PUF.
- Aulagnier, Piera (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. 2ª. ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beuchot, Mauricio (2004). *Hermenéutica, Analogía y Símbolo*. México: Herder.
- Beuchot, Mauricio (2005). *Perfiles esenciales de la Hermenéutica*. México: IIF, UNAM.
- Beuchot, Mauricio (2005). *Tratado de Hermenéutica Analógica*. México: FFyL, UNAM.
- Beuchot, Mauricio (2006). *Puentes Hermenéuticos hacia las humanidades y la cultura*. México: UIA.
- Beuchot, Mauricio (2007). *Hermenéutica Analógica, Símbolo, Mito y Filosofía*. México: IIF, UNAM.
- Blanco, Ricardo (2002). Antropología judeocristiana, psicoanálisis y miedo, en *Los dominios del miedo*. México: UAM Xochimilco.
- Blanco, Ricardo (2002, núm. 32, octubre). Mística, paramística y silenciamiento de la cultura, en *Prometeo*. México.
- Blanco, Ricardo (2003, septiembre). Verdad; tradición judeocristiana y psicoanálisis, en *Primer simposio de filosofía y psicoanálisis*. México: UNAM.
- Blanco, Ricardo (2004). Ética, Creencias, Globalización. Ponencia presentada en el *Simposio Interdisciplinario, Postgrado de la Facultad de Contaduría y Administración*. México: UNAM.
- Blanco, Ricardo (2005). La relación de las humanidades con el fenómeno religioso. Ponencia presentada en la conferencia *Humanidad(es), Psicoanálisis, Religión*. México: CEIICH, UNAM.
- Blanco, Ricardo (2005, abril). Psicología, Sociedad y Experiencia de Dios. Ponencia presentada en el *XXXII Congreso y LXXVI Asamblea del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología* (CNEIP). Mexicali: CNEIP.
- Blanco, Ricardo (2005, octubre). La violencia y lo sagrado en la tradición judeocristiana. Un enfoque psicoanalítico. Ponencia presentada en la *Jornada Internacional sobre Religiosidad y Violencia*. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina.
- Blanco, Ricardo (2006). Diálogo entre Fe y Cultura. Un abordaje desde el problema de la subjetividad, en *Memoria del Primer Congreso Internacional sobre Iglesias, Estado Laico y Sociedad*. México: CNDH.
- Conde, Ma. Dolores (2005). Acercamiento a las reflexiones del psicoanálisis sobre la subjetividad contemporánea. Ponencia presentada en las *XI Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, "Modelo Asistencial Ambulatorio en Salud Mental"*. Las Palmas de Gran Canaria. HYPERLINK <http://www.asca->

ne.info/files/lola-conde_acercamiento_reflexiones psicoanalisis_sobre_subjetividad_contemporanea.pdf

- Dolto, Françoise (1983). *En el juego el Deseo*. México: Siglo XXI.
- Ferrara, Francisco (2001). “Exclusión y reclusión fenómenos psicosociales de la subjetividad contemporánea”, en <http://ar.geocities.com/adicciones2001/jornada.htm>
- Finkelkraut, Alain (1987). *La derrota del pensamiento*. Barcelona: Anagrama.
- Freud, Sigmund (1976). *Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Gameleira Soares, Sebastiao A. (2005, octubre). Desafíos de la Comunión Anglicana en América Afrolatindia en la fase actual del imperialismo mundial. Ponencia presentada en el Congreso de Teología “Globalización y desafíos de la Comunión Anglicana en América Latina y el Caribe”. Panamá: CETALC.
- Golland, Jeffrey H. (2005, núm. 22). Dismissing the past: not unique to Gen-X, en *Psychoanalytic Psychology*. Washington D. C.
- Held, David y McGrew, Anthony (2003). *Globalización/Antiglobalización, Sobre la reconstrucción del orden mundial*. España: Paidós.
- Hervieu-Leger, Daniele (1993). *La Religion pour Mémoire*. Paris: Les Editions du Cerf.
- Hervieu-Leger, Daniele (1996). Por una sociología de las nuevas formas de religiosidad: algunas cuestiones teóricas previas, en *Identidades religiosas y sociales en México*. México: IFAL/IIS-UNAM.
- Hervieu-Leger, Daniele (2004). *El Peregrino y el convertido, La Religión en movimiento*. México: Instituto Cultural Helénico.
- Ipar, Juan José. (2002). Ética perversa: hedonismo y trasgresión, en <http://www.marietan.com.ar/articulos/articulo26.htm>
- Jameson, Frederic and Miyoshi, Masao (eds). *The cultures of globalization*. Duke University.
- Korman, Víctor Los cuadros con insuficiente reorganización retroactiva edípica (CIRRE) SEGUNDA PARTE: Fundamentos metapsicológicos y clínicos. Revista Intercanvis 16, 36-50 Junio 2006.
- Lacan, Jacques (1995). *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Lacan, Jacques (1995). Función y campo de la palabra, en *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Lacan, Jacques *El Seminario*, 1-27, en CD-ROM. Argentina (sin datos de copy-right, varias fuentes, algunas no establecidas, “psicoanalistas lacanianos”).
- Lal, Vinay. *Empire of knowledge, Culture Plurality in the Global Economy*. Inglaterra: Pluto Press.
- Larrauri Olguín, Gibrán (2005). Breves reflexiones psicoanalíticas en torno a la subjetividad posmoderna, en <http://www.psychoway.com/espanol/textos/psicoan4.htm?ForoTema>
- Le Breton, David (1998). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Lipovetsky, Gilles (1994). *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, Gilles (2004). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Lyotard, J. F. (1987). *La posmodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Mardones, J. M. (2003). *La vida del Símbolo*. España: Sal Terrae.
- Mardones, J. M. (1988). *Posmodernidad y cristianismo: El desafío del fragmento*. España: Sal Terrae.
- Mazzuca, Roberto (2001, vol. 10, núm. 3). La categoría clínica de la perversión en el psicoanálisis, en *Alcmeon*. Buenos Aires.
- Nasio, Juan David (1997). *Los Gritos del Cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Pereña, F. (2011). *Cuerpo y agresividad*. México: Siglo XXI.
- Racamier, Paul Claude. (1980). *Les Schizophrènes*. Paris: Payot.
- Rache, Eliana. (2001). Psicoanálisis de niños: ¿un trabajo que sobrevivirá? Ponencia presentada en la *XXIII Reunión Científica Anual, Asociación Psicoanalítica Mexicana*. Querétaro.
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco*. Ed. Anagrama, Barcelona.
- Ricœur, P. (1970). *Freud. Una interpretación de la Cultura*. México: Siglo XXI.
- Ricœur, P. (1987). *Tiempo y narración* (tomo I y II). Madrid: Cristiandad (S. XXI, México, 1995).
- Strenger, Carlo. (2004, núm. 21). Nowbrow. Indentity formation in a fatherless generation, en *Psychoanalytic Psychology*. Washington DC.
- Tubert Oklander y Reyna Reyes (1996, núm. 5). Psicoanálisis del poder y la violencia en el contexto social e institucional, en *Revista de Psicoanálisis*. México.
- Vattimo, G. (1986). *El fin de la modernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Williams, Rowan (2000). *Lost Icons; Reflections on Cultural Bereavement*. London: T&T Clark LTD.
- Williams, Rowan (2002). *Escribiendo en el polvo*. Cuba: JEC.
- Zelcer, Mirtha (2002). Subjetividades y actualidad, en <http://www.topia.com.ar/articulos/35-zelcer.htm>

CAPÍTULO 16

LA PEDAGOGÍA DE LO COTIDIANO Y SU CONCEPTO DE EDUCACIÓN COMO APOYO A LA PSICOLOGÍA HUMANA

Ulises Cedillo Bedolla¹

CONTEXTO

Titulares de periódicos en México:

“BM: en México la pobreza no ha disminuido en los últimos 20 años”;² “Jubilados mexicanos, entre los peor pagados en el mundo”;³ “La mitad de los profesionistas en México enfrenta el *mobbing* [acoso laboral]”;⁴ “México, el país con mayor estrés laboral, según la OMS”;⁵ “Denuncian jóvenes abusos y acoso académico de algunos

¹ Profesor en la Unidad Ajusco de la Universidad Pedagógica Nacional, y estudiante de la Maestría en Desarrollo Educativo de la misma universidad; participante fundador del Seminario Permanente de Investigación sobre la Nueva Epistemología (SPINE).

² <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/23/economia/024n1eco>

³ <http://www.jornada.unam.mx/2016/04/12/sociedad/031n1soc>

⁴ <http://www.jornada.unam.mx/2014/12/28/sociedad/030n1soc>

⁵ <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/05/08/mexico-el-pais-con-mayor-estres-laboral-segun-la-oms>

profesores de la Preparatoria 7”;⁶ “En mesa de diálogo, alumna del IPN denuncia abuso sexual de un profesor”;⁷ “Cesan a profesor por mostrar pornografía a alumnas en Colima”;⁸ “El suicidio, segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años: diputados”;⁹ “Sufren algún trastorno emocional 90% de los jóvenes capitalinos”;¹⁰ “Acusan a profesores de la UPN de humillar a alumnos”.¹¹

La psicología y su práctica

De acuerdo con la *American Psychological Association*¹² (APA), los profesionales de la psicología avalados por esta Asociación están preparados para apoyar al ser humano en temas relacionados con su aprendizaje, con los problemas de la vida y de la salud mental. Algunos de los motivos en específico por los cuales las personas recurren al psicólogo pueden ser por depresiones, enojos o ansiedad, igualmente para el apoyo en el seguimiento del manejo de emociones y sentimientos tales como la depresión, la angustia, la culpa, la vergüenza, la ira o la tristeza; emociones y sentimientos que son producto del devenir de la vida misma –como por ejemplo parte de lo que se expone en el apartado inicial: “Contexto”–, y del ser parte de la sociedad.

Con esta pertenencia y mediante la acumulación de experiencias en los diferentes niveles y espacios de acción humana, como los familiares, laborales o escolares, surgen sentimientos, pensamientos y acciones problemáticas, que en el mejor de los casos como se sugirió, habrán de ser atendidos por un profesional del

⁶ <http://www.jornada.unam.mx/2011/03/04/sociedad/048n1soc>

⁷ <http://www.jornada.unam.mx/2014/12/10/sociedad/045n1soc>

⁸ <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/04/21/cesan-a-profesor-por-mostrar-pronografia-a-alumnas-en-colima>

⁹ <http://www.jornada.unam.mx/2015/05/20/sociedad/038n2soc>

¹⁰ <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/31/capital/033n1cap>

¹¹ <http://www.jornada.unam.mx/2016/06/03/correo>

¹² <http://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan.aspx>

campo “psi”, si la persona, o su entorno, son incapaces de resolverlos.

Para concluir esta pequeña y apretada síntesis, referida al ámbito de la psicología, teniendo como fuente documental referida el portal de Internet de la *American Psychological Association* (APA), hemos de mencionar que la forma en cómo el profesional del campo “psi” atiende los problemas mencionados, es mediante la terapia y/o la psicoterapia. Los tipos más comunes de éstas son la cognitiva, la conductual, la cognitivo-conductual, la interpersonal, la humanística y la psicodinámica. Algunas de estas terapias es posible ejercerlas en un plano individual o grupal. La hipnosis y la administración de medicamentos son otras formas de tratar psicológicamente a la persona, y son realizadas particularmente por psiquiatras.

La psicología y la vida humana

Antes de continuar hemos de recuperar una idea central previamente expuesta: la psicología apoya *“al ser humano en temas relacionados con su aprendizaje, con los problemas de la vida y de la salud mental”*. De lo anterior se comprende lo siguiente: la psicología busca atender los problemas de la vida humana para incidir en dos planos: el primero se refiere al adecuado desarrollo del aprendizaje humano, y ahí podemos ubicar a la psicología educativa, que apoyada de las teorías del aprendizaje –entre las más difundidas y conocidas: el conductismo, el constructivismo o el socio-constructivismo, la escuela activa, etc.,– buscan interpretar y re-interpretar vía sus postulados, la realidad educativa escolar y el segundo, opta por una mente saludable, en el cual es claro que no se tiene como fin lograr aprendizajes escolares sino atender sentimientos, pensamientos y conductas que impiden la estabilidad emocional y mental del ser humano. Sea uno u otro, ambos pretenden atender los problemas de la vida humana-social.

Enfermedades de la época

En el apartado denominado “Contexto” se mencionan algunos encabezados de periódico, en los cuales se plasman realidades que pueden catalogarse como *problemas de la vida*, complicaciones presentes en la sociedad que afectan tanto al aprendizaje escolar como a la estabilidad mental y sentimental del ser humano. Se describen, también, situaciones económicas del país que inciden en distintas generaciones de ciudadanos mexicanos, es decir, convocan situaciones económicas que han marcado una época, que catalogadas como problemas de tipo económico, las referimos a una realidad capitalista que afectan no solamente en un plano estrictamente financiero, sino que dado los alcances y penetración del modo económico de reproducir la vida, estas carencias financieras se traducen en carencias sociales y por tanto en carencias humanas. Ejemplo de lo anterior y siguiendo los encabezados de periódico ya referidos, se documenta un declive de la moral en los espacios de acción de la economía; espacios tales como los centros laborales, en los cuales las relaciones humanas que en ellos se practican –es decir, la moral– es decadente; o bien, los centros de profesionistas en los cuales estos son víctimas –o victimarios– del acoso laboral, y que según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se tiene al *estrés* como principal efecto de dicha práctica.

La moral, en su versión decadente, no es exclusiva de un solo sector productivo en el país, ni de uno con menor nivel escolar que otro. Al menos las noticias presentadas refieren en una parte al ámbito de los profesionistas en México, y reitero; estas prácticas decadentes se llevan a cabo en espacios en los cuales se puede suponer, habitan quienes poseen una educación escolar que les permite ser identificados como *profesionistas*, y no por ello están exentos de seguir reproduciendo dicha moral, la cual termina conformando estructuras mentales nocivas y partícipes (activa o pasivamente) de la decadencia social y humana evidenciadas vía sus diversas expresiones somáticas.

De lo anterior, se puede hacer hincapié en que las acciones, los sentimientos y pensamientos producto de una época en decadencia, no son exclusivas de los sectores socialmente pensados como espacios de producción económica-financiera (bancos, oficinas gubernamentales o privadas, la bolsa de valores, etc.), ni propias de un sector social como el no escolarizado –como erróneamente podría pensarse–, sino que también el grupo escolarizado es partícipe de prácticas que terminan generando y reproduciendo una psicología humana enferma. Tal es el ejemplo que nos continúan mostrando los titulares de periódico en los cuales los profesores –gente con cierto nivel académico-escolarizado– son victimarios de sus estudiantes y generan en ellos enfermedades somáticas, psicologías inestables, ansiedad, estrés, inseguridad emocional, inseguridad cognitiva, depresión, angustia, ira, miedo, etc. La universidad, los centros financieros, y cualquier otra institución social e incluso la familia, son un conglomerado de psicologías humanas en latente enfermedad.

Frente a los sentimientos y emociones de estrés, angustia, ansiedad, entre otras, el cuerpo humano los somatiza y se traducen en enfermedades tales como gastritis, colitis, tensión arterial, infartos, trombosis o cánceres, malestares denominados como *enfermedades de la época*.¹³ Por lo que resulta conveniente valorar la pertinencia del tratamiento que los profesionales del campo “psi” aplican. Cabe aclarar que no se insinúa que haya un error en su accionar, si no que las enfermedades de la época van en aumento y se requiere no sólo mayor apoyo en el tratamiento sino sobre todo en la prevención.

¹³ Puede consultarse más sobre las enfermedades de la época en el capítulo 2: “La historicidad de la persona (o de las condiciones históricas del saber personal)” del libro: *El conocimiento actual 1*.

La psicología en solitario

Los malestares mentales, asociados a las psicologías humanas inestables, han sido atendidas a lo largo de la historia por diferentes empresas sociales; por ejemplo, la religión tiene una larga tradición en este campo de acción; sin embargo, es necesario mencionar que en la contemporaneidad el monopolio religioso de Occidente ha sufrido importantes desincorporaciones por parte de sus fieles y no sólo es que hayan recurrido al saber médico y científico de la modernidad como medio de tratamiento, sino que han surgido empresas religiosas, mágicas, etc., que proclaman que quienes se les unan, gozarán de paz mental y espiritual. Lyotard insinúa que lo descrito se debe al fracaso de la modernidad¹⁴ que no consiguió articular las ideas de progreso, salud y bienestar social, y que ahora como producto de ello, vivimos una postmodernidad [equívoca] con un sinfín de propuestas de salvación y bienestar. Pareciera ser que frente a esta época de constantes problemas sociales la psicología como disciplina “formal” se encuentra atendiendo en solitario los efectos negativos que el devenir de la vida provoca en los sentimientos, pensamientos y acciones humanas, puesto que en lo que respecta a la educación, ésta posee un sesgo que la orienta hacia la psicología educativa, la cual supone resolver problemas de aprendizaje escolar y hace parecer que la educación no tiene campo de acción en el segundo plano de intervención de la psicología antes referido, es decir, en el apoyo a la resolución de problemas mentales, e incluso, las personas con escolaridad referidas como *profesionistas* y los espacios

¹⁴ “Jean François Lyotard, quien sostiene que la gran incredulidad posmoderna frente a esas promesas [las virtudes de la ciencia y la técnica como medios de liberación y realización humana], nació precisamente del fracaso de la modernidad por convertir en realidad dichas promesas, según las cuales la nueva cultura y su ciencia transformarían el mundo y pondrían la naturaleza al servicio del hombre” (p. 43). Texto extraído del capítulo: “Maneras de saber: ciencia, paradigmas y cultura”, del libro: *Voces y paradigmas en la educación*.

de educación escolarizada, son partícipes del problema, es decir, en la formación de psicologías humanas inestables.

Teniendo en cuenta estas realidades, podemos destacar que los entes participantes en la educación formal, son co-generadores de las enfermedades de la época. La norma de la práctica educativa –la pedagogía– no está apoyando la buena formación y en cambio la que se practica en la escuela, está siendo una parte del problema.

Conceptuación de la educación al modo capitalista

Se ha afirmado que la pedagogía, la norma que ha de regir a la educación, no está siendo apoyo para remediar los malestares psicológicos que se traducen posteriormente en somáticos y más bien está siendo parte del problema, y con ello se está reproduciendo una *pedagogía para la enfermedad*, pues es común pensar en la cotidianidad que aquel que se enferma y/o se estresa, es el que en verdad está estudiando, pues incluso esta circunstancia se expresa con frases de orgullo –*mi hijo estudia mucho, él es el mejor de su clase, hasta se me enfermó*–, que dan cuenta de los “fetiches” que se reproducen en la vida actual. Aunque resulta peligroso afirmar que el sistema educativo mexicano es un centro de formación de psicologías inestables, es evidente esta situación, cuando se reflexiona sobre la moral que en ellos se practica, moral decadente propia de la época capitalista en la que vivimos, sistema económico que antepone el bienestar económico-financiero antes que el humano, trayendo consigo fallas éticas desde su conceptualización y realización, tanto poética como práctica. También de las escuelas surgen mentes contestatarias, y ello genera que no pueda ser tan categórica esta afirmación.

La educación escolarizada se ha convertido en un instrumento y motor de prácticas económicas-financieras, en donde la definición que se tenga de *educación* será fácilmente traducida a los intereses capitalistas, hoy de claro sesgo financiero, en tanto es la actual

definición de la economía. Por ejemplo, si definimos a la *educación* como transmisión de la cultura de una generación a otra, y entendemos por *cultura* las técnicas de uso, producción y comportamiento de un grupo humano, tenemos que la educación es la enseñanza de una generación a otra de sus técnicas de uso, de producción y de comportamiento (Abbagnano y Visalberghi, 2014, p. 11); es decir, que la educación es la enseñanza de la economía y de la moral con la que ha de vivir el ser humano. Por lo tanto, se entiende que una vez introyectado en el inconsciente colectivo los modos de usar, de producir y de comportarse... de cómo debe vivirse la vida, el capitalismo será quien dirija la educación de la sociedad. De esta manera es como se comprende por qué la educación escolarizada, es incapaz de apoyar en la atención de psicologías dañadas.

El binomio enseñanza-aprendizaje es la forma común de concebir la educación en la escolaridad y el sistema educativo mexicano es el principal precursor de dicho enfoque. Se busca enseñarle al estudiante a producir, a comportarse y a vivir como la sociedad lo demanda; se vigila que aprenda a ser competente. El proceso educativo concebido como enseñanza y aprendizaje, conlleva un concepto que fácilmente sirve a los intereses económicos capitalistas por encima de las desfetichizadas necesidades humanas.

Será importante desde ahora –para que más adelante no haya confusiones– puntuar que la economía en sí no es negativa para el ser humano, al contrario, representa su primera forma de accionar en el mundo natural y social, y es un accionar necesario para reproducir la vida humana.¹⁵ La problemática radica en conceptualizar y practicar una economía que pone por encima del ser humano sus intereses financieros, tal como se le ha criticado a la economía capitalista.

¹⁵ Afirmación en comunión con el cuadro del ser humano que plantea Luis Eduardo Primo Rivas en el libro *Filosofía y educación desde la pedagogía de lo cotidiano*, p. 84.

La nueva epistemología y la pedagogía de lo cotidiano como apoyo a la práctica psicológica

Líneas arriba se perfila una pedagogía cómplice de malestares psicológicos y prácticas educativas nocivas en la formación humana, que se enfoca en *escolarizar a la educación* y es una pedagogía con enfoque capitalista que sirve de instrumento a intereses financieros, los cuales pretenden la performatividad en el sentir, en el pensar y en el quehacer humano, con propósitos marcadamente eficientistas a favor de la producción de bienes materiales y financieros, que se encuentran por encima del bienestar humano,¹⁶ evidencias claras de la práctica de una pedagogía deshumanizante y proclive a malestares mentales y corporales.

Desde este modo de concebir, la pedagogía hegemónica resulta obsoleta como herramienta de cambio social, y por ende obsoleta en el apoyo a la atención psicológica de la persona. El deber ser del ser humano nos insta a aplicar un método racional de pensamiento¹⁷ que mediante el describir, el comprender y el valorar nos permita una capacidad de abstracción de las realizaciones colectivas que, pensadas racionalmente, sean significadas como teorizaciones, reflexiones, críticas, propuestas o acciones a la sociedad. Tal es el caso de la *nueva epistemología*,¹⁸ propuesta que nace en México y

¹⁶ “Humane” es un término asociado a la campaña de la “e”, que busca ser incluyente de las diversas maneras de expresión actual de las diversas formas de ser y estar de las personas con diferentes comportamientos y manifestaciones de su vida y elección sexual. Igual responde a las peticiones de la epistemología feminista y la re-semantización que deberemos hacer de un lenguaje centrado en el dominio andrógino aún vigente.

¹⁷ Primera forma con la cual se comienza a dilucidar la realidad, organización intelectual de la exterioridad en la interioridad, organización de lo referido en la captación personal. Estas aseveraciones son extractos recuperados del Capítulo 2 “Del pensar, como primer momento del trabajo intelectual” del libro *Epistemología y metodología de la pedagogía de lo cotidiano*. Puede consultar más sobre éste método en diversas publicaciones SPINE, que puede descargar gratuitamente del portal <http://spine.upnvirtual.edu.mx/>

¹⁸ Propuesta teórica de Luis Eduardo Primero y Mauricio Beuchot, que a pesar de su joven divulgación cuenta ya con dos libros en donde se desarrollan sus

que, a pesar de su aún joven divulgación, tiene fundamentos teóricos maduros como lo son la hermenéutica analógica¹⁹ y la pedagogía de lo cotidiano.²⁰

Los límites en la extensión del capítulo de un libro, exigen ser directos, razón por la cual se proporcionarán referencias mínimas acerca de lo que es la nueva epistemología y la hermenéutica analógica, pues ahora el propósito de este texto es recuperar a la pedagogía de lo cotidiano como herramienta útil para el cambio social y el cuidado de la psicología humana.

Tesis mínimas de la nueva epistemología

Dentro de los principales postulados de la nueva epistemología se reconoce la participación directa del ser humano en la construcción del conocimiento científico; ello la conduce a estar en contra de epistemologías que niegan la participación del ser humano en la construcción del mismo. Esta concepción científica critica al positivismo, el cual rechaza la participación de la sensibilidad y/o subjetividad humana en la práctica científica con aseveraciones que ha llevado a la nueva epistemología a criticar esta perspectiva, refiriéndola como nociva para la vida, y por tanto, carente de una ética con sello humano. Al contrario de ello, la nueva epistemología se asume como una con rostro humano en la cual el mundo exterior (natural y social) e interior (psicología, sensibilidad e intelectualidad o simbolicidad), han de trabajar en conjunto a la hora de comprender el mundo, la vida y la historia humana.

postulados; el primero de ellos es *Perfil de la Nueva Epistemología* y el segundo *Desarrollos de la Nueva Epistemología*. Libros que se pueden descargar gratuitamente vía el portal de Internet: <http://spine.upnvirtual.edu.mx/>

¹⁹ Desarrollo intelectual de Mauricio Beuchot Puente, el cual sugiere una concepción intermedia entre la hermenéutica unívoca y las hermenéuticas equívocas.

²⁰ Propuesta educativa concebida por Luis Eduardo Primo Rivas, de la Universidad Pedagógica Nacional de México, con una presencia desde el año de 1989, lo cual significa una vida de casi treinta años a la fecha.

La pedagogía de lo cotidiano es la cara de la nueva epistemología cuando de educación se trata. Es la propuesta educativa y la práctica pedagógica con la cual accionan aquellos que interpretan la realidad educativa desde concepciones diversas a las dominantes. Esta propuesta pedagógica tiene una síntesis de su fundamento en el libro *Filosofía y educación desde la pedagogía de lo cotidiano*,²¹ y a continuación expondré, vía el método racional de pensamiento, tesis centrales de la misma con el propósito de presentar cómo la educación conceptuada desde esta pedagogía, tiene la capacidad para apoyar a la psicología en el tratamiento y prevención de los problemas mentales y con ello se pretende la formación de psicologías humanas sanas.

Precisar qué es educación

Si consideramos que la educación vía su re-conceptuación, reflexión y normatividad, es decir, realizada con una pedagogía diferente a la tradicional, sí puede ser y servir de apoyo a la psicología en el tratamiento y prevención de psicologías humanas inestables, de esas estructuras mentales dirigidas y afectadas por el estrés, la ansiedad, la depresión, la angustia, la culpa, la vergüenza, la ira o la tristeza, etc., para así prevenir, en la medida de lo posible, a lo que se le ha denominado como *enfermedades de la época*. El propósito es que la pedagogía de lo cotidiano incida en el sentir, en el pensar y en el accionar del ser humano, para mejorar la relación que tiene consigo mismo, y con el espacio natural y social en el cual habita.

²¹ Libro publicado en el año 2010, escrito por Luis Eduardo Primero Rivas. Y que en su mayoría es la fuente documental de este texto, en particular los capítulos 3, 4, 5 y 6.

TESIS DE LA PEDAGOGÍA DE LO COTIDIANO

¿Qué es el ser humano?

Para responder a esta pregunta, la pedagogía de lo cotidiano recurre a la antropología filosófica, disciplina que estudia qué somos así como el postulado del deber ser que puede impulsar nuestra construcción humana (Primerio, 2010, p. 83). La primera referencia al ser humano es que es un ser vivo, es materia, es real y/o concreto pues existe; al ser una presencia le es indispensable concebir los factores determinantes de ella: el espacio y el tiempo en aras de una ubicación espacial. La referencialidad y/o objetividad, le facultan al ser humano su ubicación en lo externo a él, tanto en la referencialidad natural como social, que son unas de las partes que le conforman (Primerio, 2010, p. 86). El ser humano acciona tanto en la realidad natural como en la social y a ello se le denomina *práctica* y *poiésis*. Esta práctica-acción en lo real y externo al ser humano se desagrega en cuatro tipos: económica, moral y/o social, educativa y de descanso y diversión.

Lo que refiere a la práctica económica²² es entendida como *poiésis*, que es la acción sobre la naturaleza para extraer de ella los medios de sobrevivencia, recursos alimenticios y protección, la cual conlleva *creación*; la economía es una actividad elemental primigenia y sin ella la vida humana es imposible (Primerio, 2010, p. 87). El ser humano no tiene una exterioridad únicamente natural sino igualmente social, es un ser social –natural o biológico– y la práctica económica que realiza sobre la naturaleza ha de hacerse en colectivo, en relación con otros seres humanos –ejerciendo la socialidad– y esa convivencia ha de tener una norma que regule los comportamientos para que de esta manera se permita el vínculo social. A tal norma se le denomina *moral* (Primerio, 2010, p. 88).

²² Recordar que líneas arriba se hizo una precisión sobre este concepto.

En lo que respecta a la educación nos limitaremos expositivamente en este apartado para recuperar el concepto más adelante y únicamente mencionaremos que la *educación* es básicamente apropiación de conceptos y habilidades que bien pueden ser buenos o malos, idólicos o icónicos. Una buena educación es la que cumple el propósito de sobrevivencia, aunque ésta no es garantía de desantropomorfismo o desfetichización humana (Primerio, 2010, p. 89). Finalmente tenemos que el descanso y la diversión son otra forma de la práctica y/o acción humana; sin embargo, descansar-dormir no son sinónimo de seguridad, comodidad y *confort*, de allí que igualmente se requiera de una educación para aprender a descansar y divertirse, pues igualmente existen diversiones buenas y malas (Primerio, 2010, p. 89).

Lo descrito refiere a la parte integrante del ser humane que opera en el exterior de sí, es decir en lo natural y social y se le conoce como *práctica* o mundo de la práctica. Al resultado de la acción humana se le conoce como *experiencia*, y es un registro que la psicología y/o subjetividad ha realizado a partir de la acción; es así como la *experiencia* se convierte en el elemento fundamental y característico de la psicología que portemos (Primerio, 2010, p. 90). La psicología y/o subjetividad es una construcción senso-simbólica con la cual interpretamos la exterioridad, referencialidad y/o objetividad, conformada por energías –sensible y simbólica– que dinamizan nuestra fuerza para la acción (Primerio, 2010, p. 91). La psicología es la capacidad del ser humane para dar respuesta sobre lo inmediato, y esta capacidad se integra como sensibilidad (Primerio, 2010, p. 91), que conforma un poder orientador que posee otras subdivisiones tales como la sensoriedad, la percepción y la afectividad.

La *sensoriedad* como capacidad sensible nos permite la orientación directa sobre la naturaleza y el mundo, es el registro de lo alto, bajo, frío, caliente, etc.; es la primera condición del saber. La sensoriedad es un dato vacío si no es percibido, la *percepción* ordena las sensaciones, los datos que llegan por los sentidos. La *afectividad* es la aptitud de darle sentido a la percepción y es una capacidad

ordenadora mayor pues significa el gusto o disgusto, lo bello y lo feo, lo aceptable o inaceptable, el amor o el odio. De allí que la nueva epistemología y la pedagogía de lo cotidiano, insistan en la educación de los sentimientos, de tal forma que educando a la afectividad se dé un orden mayor a las sensaciones y percepciones (Primero, 2010, p. 92). La última parte que podemos recuperar de la sensibilidad humana es la *crueledad*, el gusto por el dolor ajeno, por los problemas del prójimo, placer que no nos atrevemos a confesar, una parte oscura del ser humano pero existente y real (Primero, 2010, p. 93).

Por ello nuevamente se insiste en la educación de los sentimientos y debemos avanzar en considerar a la última parte constituyente del ser humano: la *intelectualidad, racionalidad y/o conciencia*, pues apoyados en las teorías psicológicas –sobre todo de Piaget y Freud–, podemos aseverar que la intelectualidad es la organización simbólica de significados y sentidos útil para realizar la educación de la afectividad. La intelectualidad es la capacidad que, en el mejor de los casos, nos impulsa al bien común, desantropomorfizado y desfetichizado, al control del instinto de crueldad y las pulsiones identificadas por Freud, fuerzas inconscientes y activas que deben estar vinculadas a la intelectualidad para su realización y control, permitiéndonos alcanzar saberes como el conocimiento cotidiano, científico o filosófico (Primero, 2010, pp. 94 y 95).

¿QUÉ ES LA EDUCACIÓN?

La educación concebida desde la pedagogía de lo cotidiano es una práctica social que constituye la psicología de quien se educa (Primero, 2010, p. 70), por lo tanto, la educación es conformación de personalidades (Primero, 2010, p. 71), práctica que ocurre consciente o inconscientemente a nivel familiar, escolar, laboral o informal (Primero, 2010, p. 71). Pero no es sólo una práctica sino también una concepción del deber ser, que, vía los logros

intelectuales, incide formativamente en la práctica antes mencionada, adquiriendo así un sentido moral y normativo acerca del deber ser de la persona (Primerio, 2010, p. 72). Lo hasta ahora descrito y comprendido podría tener conexiones con el concepto tradicional de educación escolar, el de enseñanza y aprendizaje, sin embargo, continuemos.

La educación es básicamente apropiación, adjudicación de facultades y/o capacidades que la psicología humana introyecta de la realidad externa al ser humano, del espacio físico natural y social. Son estas apropiaciones las que le permiten al ser humano ser social, así como un accionar adecuado en la realidad (Primerio, 2010, p. 76). La educación es la apropiación y conocimiento de su naturaleza externa (natural y social) y de su naturaleza interna (fisiología, sensibilidad y simbolicidad) (Primerio, 2010, p. 76). Las apropiaciones que ha de conseguir el ser humano deben ser correspondientes con las “objetivaciones genéricas”,²³ que como se dijo, le permitirán un adecuado accionar en la realidad (Primerio, 2010, p. 77). La educación es apropiación, pues ser educado es ser humano, y ser humano es ser capaz de manejar las objetivaciones genéricas. En otras palabras, es ser capaz de actuar convenientemente en los espacios de acción referidos en el apartado anterior: en la práctica económica, moral, educativa y de descanso y diversión, así como en su sensibilidad y sus partes constituyentes: la sensoriedad, percepción y afectividad e igualmente en la intelectualidad.

La educación como apropiación, es acción social donde se forman personalidades, pero el deber es edificarlas oportunamente, para que así puedan operar sin disturbios los sistemas de enseñanza formal e informal de la sociedad. De ahí que antes de hablar de la educación como enseñanza o aprendizaje, debemos hablar de la educación como apropiación, pues puede ser que una inadecuada

²³ Esto es, las realidades sociales construidas históricamente y su uso adecuado, y conllevan el cuidado y constitución de la fisiología humana, las formas de comunicación e interacción, el accionar adecuado en los diferentes niveles y espacios sociales, donde se da la humanización e interacción con otros seres humanos etc.

apropiación de las objetivaciones genéricas de la especie, impida que la persona se apropie de objetivaciones mayores, como el arte, la ciencia o la filosofía (Primero, 2010, p. 78).

La educación es apropiación y un ser bien educado es uno diferenciado y sutil, una persona en toda la dimensión de la palabra, que por su dignidad y poder logra ser un buen elemento social (Primero, 2010, p. 80). Sin embargo, y a todo lo anterior, la apropiación no se enseña, pero puede potenciarse. El grupo que educa puede facilitar o impedir que el que se forma desarrolle adecuadas estructuras de acción, sensación y pensamiento, necesarias para manejar sus apropiaciones, los contextos, las interacciones, las comunicaciones y las relaciones personales (Primero, 2010, pp. 79 y 80).

Por lo tanto ¿cómo aprendemos a ser humanos?, ¿cómo nos apropiamos de las objetivaciones genéricas? Aprendemos a ser humanos en la vida cotidiana vía la acción, la práctica que termina por producir una experiencia y que a su vez ésta es la base de conformación de la psicología como capacidad de interpretar nuevamente el exterior. La apropiación se da desde la niñez tomando a *la adultez* como *modelos*; es por ello que debemos dar un papel relevante a los adultos en la construcción del mundo y la realidad que habitamos (Primero, 2010, pp. 100 y 101). Es necesario re-significar el papel educativo de la adultez recuperando su dignidad y responsabilidad. El *adulte* educa directa o indirectamente, así como inmediata (cuando es padre, madre o familiar directo) y mediatamente, por ejemplo, cuando es un profesor. La educación puede ser consciente o inconsciente pero siempre significativa, de allí el cuidado que debe tener el *adulte* frente a un infante (Primero, 2010, p. 100). Como se dijo, es necesario re-significar el papel del *adulte* como agente educativo pues dado el triunfo generalizado del capitalismo como acontecimiento histórico y empobrecedor, el papel educativo del *adulte* en esta época es enajenado, enajenante, fetichizante y debemos modificarlo radicalmente (Primero, 2010, p. 101). De otra manera, como se insinuó en los inicios del texto, se seguirá reproduciendo una educación cómplice que pone intereses económicos

por encima del bienestar humano, trayendo consigo las personalidades y psicologías enfermas.

Es necesario que el adulto sea un modelo icónico y virtuoso en el sentido beuchotiano, es decir, sea para el infante, un modelo a imitar (Primero, 2010, p. 103). Ser *adulte* significa haber alcanzado un desarrollo fisiológico y psico-cognitivo desantropomórfico y social (Primero, 2010, p. 105); por ende, significa poseer una personalidad bien estructurada y establecida (Primero, 2010, p. 106) capaz de generar modelos que sean fermento de apropiaciones para la niñez.

CONCLUSIONES

Resulta necesario sacar a *la educación de la escuela* o incorporar la educación de lo cotidiano en ella y concebirla históricamente como formación de la personalidad e integración a la vida social. Igualmente es necesario recuperar a la pedagogía como norma de la práctica educativa, para que vuelva a sus orígenes, centrándose en trabajar la formación de la persona, pues es desde esta formación que se produce el mundo –lo creado por el ser humano–, parte fundamental de la realidad (Primero, 2010, pp. 104-106). La educación puede sembrar íconos o ídolos en quien se forma y es aquí en donde surge como terapia psico-epistemológica la *hermenéutica del sí* que mediante el autoanálisis ayudará a definir qué nos han introyectado y de qué nos hemos apropiado, producto de las prácticas realizadas donde nos ubicamos.

De todo lo anterior se espera haber expuesto el peso que la educación tiene sobre la conformación de la psicología humana y cómo mediante la pedagogía de lo cotidiano, que opta por conceptualizar a la educación como formación de la persona y no como escolarización, se busca que con la educación se formen personalidades estructuradas, estables, seres humanos desfetichizados, vitales, productivos y felices (Primero, 2010, p. 118). Se requiere de la educación para impulsar y mejorar la sociedad, para conducirla a desarrollos cada vez

más humanos, sociales y éticos y así construir psicologías proclives al desarrollo humano superando el interés particular y buscando el bien común (Primero, 2010, p. 122).

La pedagogía de lo cotidiano apoya a la psicología humana (por tanto, al quehacer de los profesionales del campo “psi”) mediante una educación concebida como apropiación, retención de modelos o ejemplos desfetichizados y virtuosos. La pedagogía de lo cotidiano puede tener efectos resolutivos en la psicología madura del ser humano, a través de la *hermenéutica del sí*, e igualmente resulta ser es una propuesta preventiva que busca por medio de la educación como apropiación (con una educación desfetichizada de los intereses económicos capitalistas, riquezas, placeres comerciales, conocimientos que anteponen el ideal de verdad sobre la misma humanidad) se formen psicologías sanas.

REFERENCIAS

- Abbagnano, N y Visalberghi, A. (2014). *Historia de la pedagogía*, vigesimocuarta reimpresión. México: FCE ISBN: 978-607-16-2505-2.
- Beuchot, M y Primero, L. E. (2012). *Perfil de la Nueva Epistemología*. México: Publicaciones académicas CAPUB. ISBN: 978-607-8245-00-0.
- De la Torre M. (2007). Maneras de saber: ciencia, paradigmas y cultura. En García M. (coord.), *Voces y paradigmas en la educación* (pp. 9-46) UANL.
- Primero, L. E. (2002). *Epistemología y metodología de la pedagogía de lo cotidiano*. México: Primero Editores. ISBN: 970-92466-7-4.
- Primero, L. E. (2010). *Filosofía y educación desde la pedagogía de lo cotidiano*. México: Ed. Torres y asociados. ISBN: 978-607-00-3105-2.
- Primero, L. E. (comp.) (2012). *El conocimiento actual I (Memoria del simposio nacional Hermenéutica conocimiento y educación: reinterpretar para construir otro mundo posible)*. México: Publicaciones académicas CAPUB. ISBN: 978-607-8245-01-7.
- Primero, L. E y Beuchot, M. (2015). *Desarrollos de la Nueva Epistemología*. Popayán, Colombia: Sello editorial Universidad del Cauca. ISBN: 978-958-732-192-0.

Webgrafía

<http://spine.upnvirtual.edu.mx/>
<http://www.jornada.unam.mx/2015/04/23/economia/024n1eco>
<http://www.jornada.unam.mx/2016/04/12/sociedad/031n1soc>
<http://www.jornada.unam.mx/2014/12/28/sociedad/030n1soc>
<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/05/08/mexico-el-pais-con-mayor-es-tres-laboral-segun-la-oms>
<http://www.jornada.unam.mx/2011/03/04/sociedad/048n1soc>
<http://www.jornada.unam.mx/2014/12/10/sociedad/045n1soc>
<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/04/21/cesan-a-profesor-por-mostrar-pronografia-a-alumnas-en-colima>
<http://www.jornada.unam.mx/2015/05/20/sociedad/038n2soc>
<http://www.jornada.unam.mx/2016/03/31/capital/033n1cap>
<http://www.jornada.unam.mx/2016/06/03/correo>
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan.aspx>

CAPÍTULO 17

VIDAS SIN RUMBO O EL EXTRAVÍO (CASI) GENERALIZADO

Fernando Torres García¹

INTRODUCCIÓN

La presente exposición tiene como objetivo presentar un ejercicio de comprensión sobre la situación que aqueja a un sector cada vez más amplio de la población: adolescentes y jóvenes, que van por la vida sin rumbo fijo viviendo en un extravío que no les permite desarrollarse en los diferentes espacios sociales. Razón por la cual los lleva a ser presa de malestares y padecimientos psíquicos, que los aquejan de una manera evidente: neurosis, bulimia, depresión, etc. Ante esta situación los especialistas del *campo psi* juegan evidentemente un papel de primer orden, en la atención de los mismos, mediante las diversas terapias que existen en el campo (cognitivo-conductual, *Gestalt*, psicoanalítica, etc.). La tesis que aquí voy a sostener es que

¹ Fernando Torres García es doctor en educación por la Universidad Pedagógica Nacional de México. Profesor en la Escuela Superior de Educación Física (CDMX) y la Universidad Pedagógica Nacional Unidad 153 Ecatepec, Estado de México. Es Investigador Nacional Nivel I y participante fundador del Seminario Permanente de Investigación sobre la Nueva Epistemología.

no únicamente ellos, sino que, también los que se encargan de la educación y formación de niños, adolescente y jóvenes, pueden (y deben) también jugar un papel importante. Esto quiere decir que pedagogos y educadores (maestras y maestros, padres y madres de familia, y familiares adultos), tienen una responsabilidad ante ellos que deben asumir. Uno de los aspectos centrales es el de las transmisiones, éstas han sido y seguirán siendo definitivas en la educación y formación de las generaciones jóvenes.

Para abordar el tema me apoyo en los aportes de la nueva epistemología que impulsan Mauricio Beuchot y L. E. Primero (2012), de la cual recupero concretamente la noción de lo *multifactorial* que Primero Rivas (2013) considera “es un esfuerzo gnoseológico para buscar comprender la realidad, y sus particularidades (...), al tiempo que es la propuesta de un modelo epistemológico para dilucidar lo dicho, entendido como un acercamiento parcial a las comprensiones emprendidas, pues la realidad, y sus particularidades, es múltiple y multitudinaria”.

Ello significa que en el estudio y comprensión de todo fenómeno social deben tenerse en cuenta los múltiples factores (el contexto, las instituciones y los actores sociales, junto a, incluso, el espacio físico donde se actúa) que están presentes de manera manifiesta y de aquellos que a simple vista no se ven, pero que lo determinan, ellos (lo manifiesto y lo latente) nos permitirán realizar una mejor interpretación del mismo.

CRISIS SOCIAL Y ENFERMEDAD MENTAL

Sin lugar a dudas puedo decir que vivimos en un momento histórico inusitado, en unos cuantos años hemos experimentado transformaciones sin precedentes en la historia de la humanidad, concretamente en el desarrollo científico y las innovaciones tecnológicas. Al mismo tiempo vivimos en carne propia las crisis recurrentes del sistema capitalista, que en el último cuarto del siglo

pasado, y lo que va del XXI, prácticamente se ha vuelto permanente. El capitalismo actual –salvaje y depredador–, donde sus “estrategias diseñan una nueva política *para el mundo*” (Primerio, 2015, p. 19) y opera con una política que conocemos como *neoliberalismo*, con la cual han creado un mundo globalizado que ha venido a transformar de manera evidente, todos los espacios sociales donde nos desempeñamos, que han cambiado de manera indiscutible.

El impresionante desarrollo científico y las innovaciones tecnológicas hoy existentes, han incidido de manera definitiva en el desarrollo de la sociedad y por ende en la vida cotidiana. Algunos ejemplos son: en el *campo profesional*, el caso de un profesor universitario que va trabajar y no puede olvidar su *laptop*, celular, *table* y la USB. Cuando llega a la Universidad debe revisar su correo para saber si llegó un documento, para imprimirlo de inmediato. También debe solicitar que tengan preparado el *cañón* para su presentación. En el *campo de la salud* las innovaciones tecnológicas no dejan de sorprendernos con los aparatos para realizar una endoscopia, una tomografía, la técnica para realizar una operación parascópica y los trasplantes de órganos por mencionar solo algunos.

El *campo del deporte* no es la excepción, prácticamente toda la vestimenta (playeras, zapatillas) de los atletas y sus instrumentos (palos de golf, cascos, balones, bicicletas y las zapatillas, que son sumamente ligeras), en su fabricación utilizan las innovaciones tecnológicas.

INNOVACIÓN Y EXCLUSIÓN

Pero no todos tienen acceso a esas maravillosas innovaciones tecnológicas, cada vez son más los excluidos. Miles y miles de personas no pueden acceder a la tecnología de punta, sea para su uso personal, para realizarse una costosa tomografía, comprar la prótesis para paliar el mal que le aqueja o unas zapatillas de alta tecnología como las que utiliza Ronaldo o Messi.

Por otro lado, las crisis del sistema capitalista han ocasionado el cierre de pequeñas y grandes empresas, dejando a miles de personas desempleadas; además los recortes de personal en las fábricas o empresas es un mecanismo que los empresarios realizan para no mermar en sus ganancias, los bajos salarios, los obreros que han sido desplazados de sus puestos de trabajo porque ahora su labor la realiza una máquina. A esa situación podemos sumar que los gobiernos en turno, reducen porcentajes significativos al gasto social: salud, educación, vivienda y cultura, lo que implica que un porcentaje importante de la población, no tenga acceso a esos servicios que son definitivos para tener una mejor calidad de vida.

Ante esta situación miles de personas quedan expuestas a un escenario por demás adverso, en una sociedad que en todo momento exige ser exitosos, individualistas y consumistas. Esto es: se impone la realización personal bajo los cánones impuestos por el capitalismo depredador, que lleva a miles de personas a tener siempre presente:

El imperativo de ser uno mismo, de “realizarse”, de “construir la identidad personal”, de conseguir resultados engendra la “enfermedad identitaria a veces crónica”, asistida frecuentemente por medio de psicótrópos cada vez más sofisticados. Frente al nuevo imperativo, muchos de nuestros contemporáneos, en un momento u otro de su vida, o hasta de manera más o menos crónica, sufren un “sentimiento de insuficiencia”, una aguda conciencia de “no estar a la altura” o una impresión de carencia que pueden traducirse en síntomas diversos y bien conocidos: astenias y fatigas crónicas, insomnios, ansiedad y angustia o ataques de pánico (Dubar, 2000, p. 189).

La no realización personal de amplios grupos sociales debido a los grandes cambios sociales, así como las pocas oportunidades para trabajar o estudiar, los lleva a ir adquiriendo un conjunto de malestares insoportables que se van acumulando, y que en reiteradas ocasiones ni los medicamentos como: Prozac (fluoxetina), Zoloft (sertralina), Paxil (paroxetina) y Lexapro (escitalopram), pueden

atenuar. El resultado de esta situación genera la adquisición de padecimientos psíquicos severos. Al respecto Castoriadis expresa: “Pienso que hay una total crisis de la sociedad contemporánea y que esta crisis a la vez produce la crisis del proceso identificador” (1996, parr. 1). Las crisis sociales periódicas van impactando de manera paulatina la salud mental (el *psiquismo*) de miles de personas que por más esfuerzos que hagan no logran superar sus padecimientos psíquicos. Uno de ellos es la depresión. Esta enfermedad mental se ha convertido en pocos años en un grave problema de salud pública: se calcula que “afecta a 350 millones de personas en el mundo” (Berenzon, 2013, p. 74). Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que las “enfermedades mentales y especialmente los trastornos depresivos no tienen una trayectoria «natural» sino histórica, y esta historia depende no sólo de la biografía del que la padece, al lado de su familia, sino que se asocia a las situaciones económicas, políticas y sociales de cada época.” (Vargas, 2005, p. 24).

Los padecimientos depresivos al no ser naturales, están determinados por las condiciones sociales en las que viven los sujetos; este padecimiento va mermando la salud psíquica y física, impactando de manera negativa en todo aquello que le daba sentido a su vida. Esto se da a tal grado que Kristeva señala: “Tan pronto el sentido se pierde, se pierde la vida misma.” (Citada por Vargas, 2005, p. 23). El planteamiento es contundente: quien pierde el sentido, pierde la vida. Un acercamiento al “sentido” y al “sentido de la vida” nos dará pistas para una mejor comprensión del problema abordado.

EL SENTIDO Y SENTIDO DE LA VIDA

Cuando se plantea la noción del sentido, se entra necesariamente a la pregunta ¿qué sentido tiene la vida? ¿Cómo le doy sentido a mi vida?

Un acercamiento a la palabra *sentido*, consultando el Diccionario de la Real Academia de la lengua (2004) nos muestra once

significados, de los cuales presento cuatro: “4. Entendimiento o razón; (...) 6. Inteligencia o conocimiento con el cual se ejecutan algunas cosas; 7. Razón de ser, finalidad; (...) 11. Tiene que ver con la orientación.” En síntesis, el término *sentido* tiene que ver con el entendimiento (razón), la ejecución (acción), la finalidad (fin), y la orientación (dirección). Con respecto al sentido y sentido de la vida el filósofo J. Grondin (2005) plantea tres acepciones: “un sentido direccional: designa simplemente la dirección de un movimiento” (p. 26); “un cierto sentido «sensitivo», un olfato, una nariz para la vida” (p. 40); “una capacidad de juzgar, de apreciar la vida” (p. 42).

El sentido nos permite darle una dirección a la vida, esto es hacia donde nos queremos dirigir; así como de nuestros sentires, concretamente de la agudeza del olfato: él nos dará pistas para conducirnos de mejor manera en la vida; y el papel de nuestra razón, que nos auxilia para que implementemos nuestros mejores juicios para apreciar los momentos gratos de la vida.

Pero debemos tener presente que el *sentido* no lo traemos instalado. Esto significa que no nacemos con el *sentido* y menos con el *sentido de la vida*; éste “no es algo prefabricado, sino algo que se construye” (Eagleton, 2008, p. 73). Su elaboración es lenta, paulatina y parte de las vivencias cotidianas, que los seres humanos experimentan día a día. El sentido por esta razón se “constituye en la conciencia humana: en la conciencia del individuo (...) [que] ha sido socializado como persona” (Berger y Luckmann, 1997, p. 30). Es en el proceso de convertirse en persona que emergerá la conciencia de sí y con ella la del sentido; y esto se logra llevando a cabo de manera paulatina un trabajo de creación e invención del mismo. Ya dijimos que no lo traemos instalado, ni lo descubrimos de repente, ni lo sacamos jugando la lotería; cada uno de nosotros lo va forjando y alimentando a partir de los reveses y los logros, en la dinámica de nuestras actividades cotidianas. La evaluación de ambos permite elaborar nuevos proyectos, que tengan viabilidad, que sea posible su realización a corto y mediano plazo.

EL VIVIR EN LA COLECTIVIDAD

Nuestra vida en comunidad debe convertirse en fuente de sentido, reconociendo a los otros (padres, hermanos, tíos, maestros y amigos). Ellos jugaran un papel central en la creación del mismo. Las instituciones (familia, escuela y religión) son el referente y los espacios donde nos constituimos; su tarea consiste “en acumular sentidos y ponerlos a disposición del individuo, tanto para sus acciones en situaciones particulares como para toda su conducta de vida” (Berger y Luckmann, 1997, p. 40). Son ellas las encargadas de “gestionar” y transmitir los depósitos históricos de sentido a las generaciones jóvenes de las cuales se hacen cargo. Es importante tener presente que toda comunidad es una *comunidad de vida* y ella en buena medida, debe convertirse en una *comunidad de sentido*. Vida y sentido son dos aspectos que no pueden estar disociados, dado que *la vida sin sentido* abre el camino para vagar sin rumbo. Es aquí donde considero que las instituciones no están realizando su tarea (ese papel que durante un buen tiempo hicieron); de manera más específica me refiero a los actores de las mismas: los padres de familia, los y las maestras, y demás adultos que están a cargo de la educación de la niñez, adolescentes y jóvenes; ellos han dejado de realizar la labor de transmitir los conocimientos, saberes, valores y herramientas fundamentales, para que una persona pueda enfrentarse a los retos que le presenta la vida en una sociedad cambiante. Los mecanismos de transmisión no están funcionando y los depósitos históricos de sentido no son situados sobre quienes los necesitan. Esta realidad sin duda ha generado una crisis de sentido, lo que lleva a las personas a vagar sin rumbo fijo.

Por esta razón, debemos hacer énfasis que *el sentido* es un elemento fundamental para la vida, al respecto el maestro Beuchot expresa “La hermenéutica me ha enseñado que no se puede vivir sin sentido, que el sentido que le demos a la vida es lo que impulsa a persistir en ella, por lo menos vivirla con alegría” (2012, p. 100).

EDUCACIÓN Y EL SENTIDO DE LA VIDA

La educación juega un papel de primer orden en la construcción del sentido de la vida, dado que ella tiene como tarea la formación de los seres humanos; somos lo que la educación ha hecho de nosotros, por lo tanto ella es vital y sin temor a equivocarme es la tarea humana más importante. A continuación un breve repaso sobre la educación y del papel social que puede y debe jugar, sobre todo ante la grave situación que estamos viviendo. A la pregunta *¿qué es la educación?* algunas respuestas son: “es una experiencia de sentido” (Bárcena, 2005, p. 33); “es una actividad y un proceso en el que se lleva a una persona a desarrollar sus posibilidades y potencialidades.” (Beuchot, 1998, p. 16); “es fundamentalmente apropiación” (Primero, 2008, p. 75); “es el punto en el que decidimos si amamos el mundo lo bastante como para asumir una responsabilidad por él y así salvarlo de la ruina (...)” (Arendt, 1996, p. 208).

Sin lugar a dudas a la educación debe considerársele: una experiencia, un acontecimiento donde el sentido tiene un papel central. No es cualquier evento: es una experiencia humana donde el otro o los otros nos impactan con su humanidad; ella se lleva a cabo en el tiempo, es un proceso permanente que tiene la firme intención de crear nuevas funciones, para explotar sus potencialidades; ¿apropiación de qué? de los valores y virtudes, saberes y conocimientos básicos, de las herramientas físicas e intelectuales necesarias para vivir en una sociedad complicada y cambiante. Y el acto de amor no es menos importante; él es una fuerza que nos impulsa a realizar las tareas más enredadas (como el de educar, recordemos que Freud lo consideraba como un acto imposible). Amar algo implica responsabilizarnos de él, esto es asumir el compromiso que no podemos eludir (solo el ser humano, es un animal responsable).

LA EDUCACIÓN EN SU IMPORTANCIA

Lo anterior nos ayuda a entender porque la educación ha jugado y juega un papel de primer orden, al grado tal que el psicoanalista inglés Bruno Bettelheim expresa “(...) si se educara a los niños de manera que la vida tuviera sentido para ellos, no tendrían necesidad de ninguna ayuda especial” (1979, p. 7). Si quienes se encargan de educar a niños y niñas, a los y las adolescentes, de tal manera que la vida tuviera sentido, entonces el número de pacientes de los especialistas del campo *psi* fuera mucho menor; las generaciones jóvenes no tendrían necesidad de acudir con un especialista para que les ayude aminorar sus males psíquicos.

Pero ¿qué sucede con la educación y sus protagonistas en estos momentos?

Una primera respuesta es: amplios núcleos de la población no creen en la educación. Esto significa que al descreer de ella, han dejado de realizar tan importante tarea o simulan hacerla. Las generaciones adultas (papá, mamá, maestros y maestras, y demás adultos) han dejado de hacer una tarea fundamental: *educar a las nuevas generaciones*. Hemos olvidado que educar es sin duda, la actividad más importante del género humano. Los padres de familia aducen que *no tienen tiempo para ello*, que sus múltiples ocupaciones personales son una prioridad, y dejan a los hijos en el desamparo. Un ejemplo de ello es:

“Quiero un hijo (...) quiero que sepa inglés, que juegue bien al tenis, que sea mi amigo (o amiga), (...) que me deslumbre con su inteligencia, (...) que se adecue a mis necesidades, viajes y excursiones, que me deje tiempo para mí (...) que no me cuestione cuando crezca, (...) Y quiero que esto ocurra pronto, antes de que yo envejezca. Y además deseo que alguien se haga cargo de que todo transcurra así, como lo pido. Alguien. La niñera, la escuela, la

computadora, mi mamá, mi suegra, el terapeuta, el celular, McDonald's, el club, el gimnasio. Alguien. Que alguien se ocupe. Porque yo no tengo tiempo.” (Sinay citado por Vasen, 2008, p. 23).

Las nuevas generaciones de las *clases medias* (y no únicamente ellas) viven en el desamparo y la orfandad. En su crianza básica no están quienes deben de encargarse de ella, de la socialización primaria, además del aspecto central que es el vínculo con la madre y el padre. Después llegan a la escuela y las cosas en muchos casos no son mejores, una gran cantidad de profesores y profesoras han sido atrapados por el conformismo y la falta de compromiso para con sus alumnos.

Una segunda respuesta es: *vivimos una crisis de las transmisiones* (Duch, 1999). Hoy tenemos discursos de los adultos que no impactan en lo más mínimo a los niños y jóvenes, con frases gastadas que no tienen ningún efecto a quienes son dirigidas. Una crisis de las transmisiones es *una crisis de la palabra*; y esto, no es un asunto menor ya que los seres humanos nos formamos a fuerza de palabras.

¿Es posible constituir a un sujeto medianamente sano en el desamparo?

TRANSMISIÓN Y CRISIS DE LAS TRANSMISIONES

Pero ¿qué es la *transmisión*? y por qué se afirma ¿por qué vivimos una crisis de las transmisiones? La acción educativa tiene como su prioridad principal la *transmisión*. Toda comunidad, pueblo o sociedad, en diferentes momentos en la historia, se ha dado a tarea de transferir todo aquello que considera valioso: un hábito, una habilidad, un valor, una virtud, un saber, etc. Son los adultos quienes se han encargado de realizar esa tarea; por eso es que Durkheim expresaba: “La educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquellas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social.” Se refería a la acción *de*

transmitir de los padres, las y los profesores y demás adultos que están a cargo de la infancia, quienes tienen como tarea realizarla, educar es un papel histórico ineludible.

A continuación cuatro ideas sobre la transmisión:

“Transmitir es ofrecer a las generaciones que nos suceden un saber-vivir” (Hassoun, 1996). Para Tamayo “el docente puede ser un transmisor de enigmas” (2011, p. 49); para el maestro Beuchot “el educador (...) transmite su *phronesis* o prudencia” (2009, p. 60) y el filósofo español citado también dice que las transmisiones son “resistencias de lo humano frente al caos” (Duch, 2004, p. 160). La primera idea, significa que todo aquello que nos entregan los adultos debe servir para “saber-vivir”, para andar por la vida bien *armado*; teniendo la posibilidad de desarrollar las capacidades para enfrentar la incertidumbre, dado que las certezas que en algún momento teníamos se van desmoronando.

La segunda idea sobre la transmisión, refiere a que el docente no presenta conocimientos o saberes acabados, para que el alumno los consuma o los siga al pie de la letra (como en la doctrina); el alumno no es una conciencia-recipiente. Considero que el maestro ideal se asume como alguien que tiene una formación, que posee un conjunto amplio de conocimientos, pero está consciente que no lo sabe todo, que el mismo tiene *enigmas*. Esos son precisamente los que transmite a sus alumnos, para que ellos descifren el sentido oculto del mismo. Al enigma debe considerársele como detonante de la formación.

La tercera, versa sobre la prudencia como “sabiduría práctica”. La persona que consideramos *prudente* es aquella que tiene la virtud de tomar las decisiones apropiadas, que delibera de manera acertada sobre aspectos provechosos para la “buena vida”. Éste planteamiento de Beuchot se enlaza con la idea del saber-vivir de Hassoun (1996).

Sobre la cuarta conceptualización acerca de la transmisión, resaltamos: los seres humanos han realizado una tarea titánica y fundamental, para poder resistir y sobrevivir a los desbarajustes sociales que en diferentes épocas se repiten. La transmisión tiene como objetivo crear mecanismos de resistencia en las personas para que sea capaces de enfrentarse al caos social, dado que éste se ha convertido en una constante en el mundo actual, basta una mirada al acontecer cotidiano para dar cuenta que las cosas van mal.

Reconocer al otro

En esta acción que venimos trabajando, enfatizo que *transmitir* no es pasar un objeto, cosa o saber, de manera mecánica a las generaciones jóvenes; sino que en la acción de traspasar el saber, un elemento central es reconocer al destinatario como otro. El reconocimiento del otro como un ser capaz *de*. Al respecto Cornu plantea: “transmitir conocimiento, es reconocer en el otro la capacidad de saber ese saber, de desearlo, de entenderlo, de desarrollarlo” (2004, 29). Un acto de intervención para incitar no solo el deseo de saber, sino instituirlo como sujeto. Que será capaz de saber, sentir, conocer y crear vínculos humanos. Ello se realiza mediante la autoridad de la palabra y la fuerza del ejemplo, incidiendo de manera fundamental en la creación de un ser capaz de enfrentarse con una situación adversa y salir airoso. Para ello recupero la hipótesis de Hassoun que dice: “una parte de la compulsión de repetición, la que da cuenta de la insistencia de los hechos de la cultura (...) está al servicio de las pulsiones de vida para ayudar al sujeto a situarse frente al surgimiento de algo nuevo tremendamente inquietante (...). (1996, 74). Tal como el momento histórico que nos ha tocado vivir.

PALABRAS FINALES

Ante la evidente crisis de sentido y el incremento de los padecimientos psíquicos, que afectan a los más diversos grupos sociales, considero pertinente recuperar a Duch cuando dice: “Estoy convencido de que los pedagogos y antropólogos deberíamos ejercer de terapeutas del tiempo y del espacio humanos” (2004, p. 160). El ajuste que hago frente a la tesis del ibérico es que: padres de familia, maestros y pedagogos, debieran de ejercer el oficio de *terapeutas del tiempo y del espacio*. Tener presente no únicamente al *kronos* (tiempo medido) sino también al *Kairós* (el tiempo vivido). Es en éste, en que ocurren los momentos realmente significativos para la vida, es donde se disfruta la existencia. Con respecto al espacio o los espacios: la casa, el barrio, la escuela y los lugares de esparcimiento, ellos son vitales para vivir una vida digna.

Ante la adversidad queda la resistencia, ¿*resistir* a qué? A todas las profecías de fracaso que acechan en todo momento, *oponer resistencia* porque creo que es posible luchar por una vida sin sufrimiento. Parafraseando a H. Arendt diría que *educamos porque amamos al mundo*, y hemos decidido asumir la responsabilidad ante él y, así oponernos a su destrucción.

REFERENCIAS

- Arendt, H. (1996). Crisis de la educación, en *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península.
- Bárcena, F. (2005). *La experiencia reflexiva en educación*. Barcelona: Paidós.
- Berenzon, S. (et al.). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México, en *Salud Pública de México* / vol. 55, no. 1, enero-febrero Disponible en www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11
- Berger, P. y T. Luckman (1997). *Modernismo, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. Barcelona: Paidós Estudio.
- Bettelheim, B. (1979). La lucha por el significado, en B. Bettelheim *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Crítica.

- Beuchot, M. y Luis E. Primero (2012). *Perfil de la nueva epistemología*. México: CAPUB.
- Beuchot, M. (1998). La formación de virtudes como paradigma analógico de la educación, en Revista *La vasija*, Año 1, Vol. 1, núm. 2 abril-julio 1998.
- Beuchot, M. (2009). *Hermenéutica analógica y educación multicultural*. México: Plaza y Valdez.
- Beuchot, M. (2012). *Ordo Analogiae. Interpretación y construcción del mundo*. México: UNAM.
- Castoriadis, C. (1996). La Crisis Actual del Proceso Identificatorio, en *Zona Erógena*. Nº 31 Disponible en <http://www.iutep.tec.mx/uftp/images/Descargas/materialwr/articulos/CorneliusCastoriadis-Identificacion.pdf>
- Cornu, L (2004). “Transmisión e institución del sujeto. Transmisión simbólica, sucesión y finitud”, en G. Frigerio y G. Diker (comps.). *La transmisión en las sociedades, las instituciones y los sujetos. Un concepto de la educación en acción*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Dubar, C. (2000). *La crisis de las identidades*. Barcelona: Bellaterra.
- Duch, Ll. (1999). *La educación y la crisis de la modernidad*. Barcelona: Paidós Educador.
- Duch, Ll. (2004). Retos actuales de la educación, en Lluís Duch *Estaciones del laberinto. Ensayos de antropología*. Barcelona: Herder.
- Eagleton, T. (2008). *El sentido de la vida*. Barcelona: Paidós.
- Frigerio, G. (2004). Educar: la oportunidad de deshacer profecías de fracaso, en Birgin, C. (comp.) *Contra lo inexorable*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Grondin, J. (2005). *Del sentido de la vida. Un ensayo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Hassoun, J. (1996). *Contrabandistas de la memoria*. Buenos Aires: Edic. La Flor Disponible en <https://pedagogiaydidactica.unsa.files.wordpress.com/.../hassoun-contrabandistas-de-la-...>
- Primero Rivas, L. E. (2008). La pedagogía analógica de lo cotidiano antes de la tragedia, en Antonio Valleriani (coord.). *Emancipación y tragedia en la filosofía de la educación*. México: UPN-Plaza y Valdez.
- Primero Rivas, L. E. (2013). Epistemología de lo multifactorial – o lo multifactorial como ignorancia o analogía, en Prospettiva Persona, Terano Italia www.prospettivapersona.it/.../epistemologia-de-lo-multifactorial
- Primero Rivas, L. E. (2015). Introducción: el modelo social del neoliberalismo, referencia histórica a tomar en cuenta al escribir este libro, en L. E. Primero Rivas y M. Beuchot Puente *La filosofía de la educación en clave poscolonial*. Neuquén: Círculo Hermenéutico.
- Tamayo, L. (2011). Heidegger y la transmisión, en *La lámpara de Diógenes*, Revista de Filosofía; pp. 43-54.

- Vargas Isla, L. E. (comp.) (2005). *Lecturas de la depresión*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Vasen, J. (2008). *Las certezas perdidas. Padres y maestros ante los desafíos del presente*. Buenos Aires: Paidós.

CAPÍTULO 18

CONOCER EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL DESDE LA NUEVA EPISTEMOLOGÍA

Luis Eduardo Primero Rivas¹

PRESENTACIÓN

El título de este capítulo es más una invitación para realizar una macro-investigación que un dar cuenta de ella; sin embargo, sí ofrece un avance para alcanzar la meta sugerida en tanto está escrito desde la consideración detallada de los capítulos previos los cuales, a su vez, nos permiten acercarnos a comprender el campo de la salud mental en México, al estar escritos por representantes profesionales de los hospitales psiquiátricos más relevantes de la Ciudad de México y del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, que son paradigmáticos del campo en el país.

¹ Es profesor fundador de la Universidad Pedagógica Nacional de México; co-creador, junto con Mauricio Beuchot Puente, de la propuesta de la nueva epistemología. Coordinador general del Seminario Permanente de Investigación sobre la Nueva Epistemología (SPINE).

Recordar a la nueva epistemología

Para acercarnos a una de las fuerzas conceptuales presentes en el título, debemos tener presente el perfil básico de la epistemología sugerida. A la fecha la producción bibliográfica acerca de la propuesta epistemológica que hoy examina el campo de la salud mental, y por derivación el *campo “psi”*, contempla cuatro libros registrados a pie de página² y con el actual completamos cinco, que examinan diversos significados y sentidos de la gnoseología y la epistemología contemporánea, signada como postpositivista, hermenéutica, feminista y postcolonial.

El conjunto de estas expresiones conduce a una precisión primigenia: la nueva epistemología es una renovada manera de conocer capaz de recuperar las múltiples proporciones de la realidad, identificando sus partes, vínculos o conexiones, niveles de integración, sentidos y sobre todo potenciando las diversas interpretaciones posibles de lo considerado para su intelección, para dar con la realidad de la manera más completa viable, gracias al esfuerzo colectivo de los cognoscentes.

Este significado conlleva un cambio en la manera usual de conocer en la práctica científica, actualmente especificada como de frontera, ecológica u holística, de marcando carácter social o de interés colectivo, de ahí ética y sensible, en tanto al buscar encontrar la realidad considerada, indaga sus múltiples componentes, en los cuales también existen los sentimientos en cualquiera de sus formas: sensorias, perceptivas, afectivas. Esta modificación cognitiva supone variaciones en las disposiciones con las cuales accedemos al

² *Perfil de la nueva epistemología* (2012), *La filosofía social desde la hermenéutica analógica* (2015^a), *La filosofía de la educación en clave postcolonial* (2015b) y *Desarrollos de la nueva epistemología* (2015c), que pueden ser obtenidos gratuitamente en <http://spine.upnvirtual.edu.mx>. Actualmente está en proceso editorial un nuevo libro de la propuesta, en el Sello Editorial de la Universidad del Cauca (Popayán, Colombia), que tentativamente podrá ser difundido en octubre del 2016, con el título de *Cuadernos de Epistemología* # 8.

conocimiento, y contiene una exigencia: el mundo actual ha cambiado radical y variadamente, de ahí que si deseamos conocerlo bien, debemos disponernos a adaptar nuestras capacidades cognitivas a sus transformaciones, para –digámoslo con una metáfora– *estar a la altura de los cambios históricos que nos envuelven*, pues la verdad, nos conviene.

APLICAR LA NUEVA EPISTEMOLOGÍA AL CAMPO “PSI”

La variación gnoseológica destacada conlleva una sensibilidad y consciencia histórica surgidas de los cambios mundiales acontecidos desde la mitad del siglo XX, las cuales conducen a sentir, percibir y sensibilizarse acerca de las mismas modificaciones histórico-sociales que las producen, a través de un ejercicio reflexivo que cuestiona los logros de la ciencia moderna, creada por el positivismo realmente existente, que tal como se capta de múltiples maneras creó grandes logros e igual catástrofes de diversos tipos, que por estar presentes cotidianamente, podemos dejar de nombrar para centrarnos en la crítica mencionada.

Ella realiza un detenido balance de las consecuencias de la ciencia dicha y si bien reconoce sus logros, se concentra en la promesa de “orden y progreso” impulsado por el positivismo y el Estado que lo animó, destacando que si existen será para unos pocos a nivel planetario, en cuanto los grandes capitalistas nacionales se han reducido considerablemente frente al dominio del capital transnacional-financiero y las grandes poblaciones existentes en el planeta, carecen del “orden y el progreso” prometidos por la modernidad, que evidentemente fracasó en conseguirlos. Esta circunstancia histórico-social conlleva transformaciones radicales en las maneras de vivir de los habitantes del planeta y en el rango específico de la vida humana, ha generado cambios radicales y extremos, que nos deben llevar a pensar en la forma con la cual conocemos, y la manera en que esto significa en el campo de la salud mental, y por extensión en el campo “psi”.

RECUPERAR EL SIGNIFICADO DE LA GNOSEOLOGÍA

Por diversas razones en el conocimiento cotidiano se asume que la *filosofía* es un saber complicado y abstruso; que sus términos son análogos y difíciles de entender. Más allá de buscar dar una interpretación de esta lamentable circunstancia, es preferible ofrecer términos sencillos y claros para significar mejor; y para el caso, la gnoseología –o teoría del conocimiento– es, como capacidad humana, la fuerza psico-afectiva con la cual captamos la exterioridad que nos toca en suerte y el recurso básico con el cual la interpretamos. La capacidad de conocer que poseamos es indispensable para vivir la vida, y la debemos asociar a lo que somos, de ahí que se vincule a nuestra humanidad y personalidad.

La antropología filosófica

Es, como nuestra realidad constituyente, la manera en que nos conformamos como seres humanos,³ y como *teoría* es la significación que le damos a la integración de nuestro ser y hasta sus posibilidades. De ahí, que esté íntimamente vinculada a la manera como nos conocemos –y auto-sabemos–, tanto para actuar en la realidad, como para comportarnos con *nosotres mismas* y con *les otros* y nuestro entorno. En el auto-conocernos hemos de saber de nuestra fisiología y ambiente, de ahí que sea importante saber la manera cómo funciona nuestra anatomía resaltando peculiarmente la condición integral y dinámica del sistema nervioso central que *nos tocó*

³ “Seres humanos” es un término extraño y correspondiente a la campaña de la “e” impulsada hace años en mis publicaciones, y corresponde tanto a los cambios históricos del habla del castellano –o “español”– como al triunfo social del feminismo y la emergencia de las mujeres, expresada de diversas maneras. Igual es una opción por la economía del lenguaje, que evita decir expresiones como “ellos y ellas”, “maestros y maestras” o peor, cuando para reconocer la presencia femenina, se escribe el barbarismo de “ell@s”. En el texto aparecerán varias palabras expresivas de esta concepción.

en suerte al nacer. El sistema fisiológico destacado es central en el conocer, de ahí que sea indispensable considerarlo.

El significado y sentido del sistema nervioso central humane

Es posible delimitar la *psicología* al exclusivo campo de la antropología filosófica como lo hace en este mismo libro Alberto Sanen Luna,⁴ sin embargo, también existe un consenso científico que permite hablar de la *psicología animal*, y en un caso extremo hasta la del reino vegetal, de ahí que es importante especificar el concepto de *psicología humane* y tanto más si se la asocia al sistema nervioso central que nos caracteriza como la especie que *somes*. Los estudios sobre esta manera de organizar nuestras capacidades reactivas a las informaciones que nos llegan de nuestro entorno, o nuestro exterior y/o exterioridad —esto es: sobre el sistema nervioso central humane—, avanzaron mucho desde la década de los noventas del siglo XX, y hoy sabemos con mayor precisión acerca de la morfología y fisiología tanto del cerebro como del conjunto de sus ramificaciones que le permiten operar, vía los nervios y las conexiones físico-químicas que le sirven para transmitir la información exterior, interpretarla y actuar de acuerdo a los significados y sentidos que le dé a la indagación conseguida, tanto por sus propios recursos físico-químicos (eléctricos) como por el complemento sensible y simbólico con que opera, para conformar la interioridad humane, que en definitiva estará organizada por la tríada constituida por el sistema nervioso central, las capacidades sensibles y el universo simbólico que posee el individuo humane, que por este conjunto íntegro, integrado y dinámico, se conforma como una persona.

⁴ Su capítulo es el denominado “Restituir lo psíquico; el orden de lo humano y de la ciencia”.

Recuperar el personalismo gnoseológico

Recién utilicé la expresión “individuo humane” y la recupero para signar uno de los dos extremos de nuestra realidad genérica: de un lado –el mayoritario– existimos como especie y en el otro extremo nos concretamos como seres humanos singulares, siendo así la manera de concretar al género, que igual se particulariza en organizaciones intermedias –y centrales– como son las familias, las instituciones y las naciones. Recurrimos de esta manera a tres formas clasificatorias de la antropología filosófica como simbolización sistemática, buscando mayor claridad en la argumentación, pues de esta manera el ser humane se concreta en su genericidad, particularidad y singularidad, la cual se especifica simultáneamente como *personalidad*.

Perfilar a la personalidad

La tesis expuesta asegura que la singularización del género humane especifica las condiciones de la especie, y en el contexto aquí recuperado –la presentación del sistema nervioso central y sus complementos–, cada individuo conforma su personalidad partiendo de ellas y los complementos resaltados, organizados de acuerdo al registro que cada persona haga de su actividad en la vida, de ahí que este reconocimiento (la experiencia) sea central en la conformación del complemento sensible, basado en la actividad del sistema nervioso central, concreta en la psicología que poseemos como una característica singular, que por ser *genérica* igual tiene rasgos comunes e históricos.

Desde la psicología reaccionamos al ambiente (y nuestras condiciones internas), y su primer recurso es la *sensoriedad*, nuestra capacidad de sentir. Como bien sabemos la sensoriedad debe afinarse con las percepciones, que comienzan a definir lo sentido que debe llegar hasta a identificar el gusto/disgusto; lo agradable/

desagradable; lo comestible/tóxico, capacidad que sustancia los apegos, el universo de la afectividad.

Simultáneamente a la conformación de nuestras capacidades sensibles se ha ido integrando nuestro mundo simbólico, y en él cobra especial sentido el uso de la comunicación que llegará a concretarse como lenguaje. Por este medio de sobrevivencia lograremos significar la correspondencia entre las cosas externas –incluso las partes de nuestra persona–, y las palabras que las nombran, aprendiendo a decir *papá, mamá, silla, juguete*, etcétera... Como el ser humane por su dinámica es expansivo y creciente, las palabras irán vinculándose hasta organizar una gramática, correspondiente a la social del entorno donde se cría el infante y desde ella, posteriormente, se conformarán una lógica y otras maneras de formalización del pensamiento.

Volver a pensar sobre la subjetividad

En este mismo libro y en el capítulo escrito por Ricardo Blanco Beledo y co-autoras, encontramos una frase de Jacques Lacan que dice:

“Les doy una definición posible de subjetividad, formulándola como sistema organizado de símbolos, que aspiran a abarcar la totalidad de una experiencia, animarla y darle su sentido. ¿Y qué es lo que aquí estamos tratando de realizar, sino una subjetividad? Las direcciones, las aperturas sobre nuestra experiencia y nuestra práctica, que aquí aportamos están destinadas a inducirlos a proseguirlas en una acción concreta”.

La precisión realizada por Lacan acerca del término de “subjetividad” permite recuperar lo hasta ahora dicho y que históricamente se remonta a los aportes modernos de otro francés: René Descartes, quien funda una de las grandes líneas de la filosofía moderna, al centrar su pensar en el “Cogito” y en consecuencia en *alguien*

pensante que crea la realidad; esto es: en un *sujeto* que conoce y al conocer crea el ser. Este idealismo moderno ha permanecido desde las construcciones de Descartes y aún se mantienen en el pensamiento lacaniano citado por Ricardo Blanco, y por su misma constitución excluye el sentir y querer, el universo sensible de la interioridad humane, centrándose en el “sistema organizado de símbolos” mencionado por Lacan, acorde con el pensamiento cartesiano.

Considerando críticamente estas tesis y parafraseando al autor francés contemporáneo puedo decir: “Les doy una definición posible de subjetividad –que ahora deberemos llamar *interioridad humane*, incluso *personalidad*– formulándola como sistema organizado de sentimientos y símbolos,⁵ que aspiran a abarcar la totalidad de una experiencia, animarla y darle su sentido, la cual irremisiblemente se funda en el funcionamiento del sistema nervioso central y sus complementos”, incluido el exocerebro, que como *cerebro colectivo*, recupera la sensibilidad y la consciencia históricas referidas, que nos hacen humanes en nuestra historicidad propia.⁶

Esto es:

Si dejamos de entender al ser humane de acuerdo a la división realizada por la filosofía idealista, que lo polarizó en mente/cuerpo;

⁵ Igual hemos de hacer intervenir las pulsiones e instintos, como planteo en el Diagrama del ser humane, actualizado en *La filosofía de la educación en clave postcolonial* (Primero & Beuchot 2015b) p. 62. Este libro puede obtenerse gratuitamente en <http://spine.upnvirtual.edu.mx>

⁶ El término de “exocerebro” es una creación de Roger Bartra y fue formulado en su *Antropología del cerebro. La consciencia y los sistemas simbólicos*, FCE-Pre-Textos (Col. Filosofía), México, 2006 (ISBN 978-968-16-8435-8). En el año del 2007 aparece una segunda edición de este libro con una parte adicional y publicada igual por el FCE en la colección de “Filosofía” e identificada de esta manera: *Antropología del cerebro. Consciencia, cultura y libre albedrío*, FCE – Sección de Obras de Antropología, México. ISBN 978-607-16-2167-2. Partiendo de estos libros escribí el ensayo “El difícil concepto de ‘exocerebro’ de Roger Bartra”, hasta la fecha inédito.

espíritu/materia; subjetividad/objetividad y lo recuperamos en su unidad holística, integradora o totalizadora de una filosofía asociada al nuevo realismo y por ende a la nueva epistemología, entonces daremos con un acercamiento más adecuado para entendernos y auto-conocernos de mejor manera, identificándonos en nuestras tres dimensiones: genérica, particular y singular, precisando que como seres humanos singulares –*individues*– irremisiblemente poseemos condiciones genéricas mediadas por las particularidades familiares y nacionales que nos correspondan; al tiempo que por la experiencia vivida, procesamos y nos apropiamos de lo que nos ha dado la vida de manera individual, y que la integración de lo vivido, tamizado por la experiencia –incluyente del cerebro colectivo de nuestro entorno–, crea nuestra personalidad, que actúa de acuerdo a la gramática que la anima.

De aquí que seamos personas

Que actuamos con una *personalidad* que de acuerdo a su organización operará en la realidad, según nuestras capacidades y potencias, expresivas de la manera como estamos constituidos. Esto es: por *sus hechos los conoceréis*...

Dicho de otro modo: desde la interpretación de lo que hacemos, podremos remontarnos a sus génesis e impulsos –psíquicos, reflexivos y/o racionales–, y comprendiéndolos daremos con la realidad de lo que somos, si nos auto-interpretamos o si recibimos ayuda en esta tarea por alguien especialista en la psicoterapia, cualquiera de las activas en el campo “psi”.

Desde esta tesis podemos avanzar en:

La presencia de la nueva epistemología en los autores publicados en este libro

En la sintética presentación inicial de la epistemología propuesta excluí deliberadamente uno de sus rasgos centrales: el aportado por la antropología de la ciencia, construcción simbólica que permite identificar las condiciones reales y cotidianas con las cuales se produce la ciencia, siempre producto de las comunidades de intelectuales, operando vía grupos de trabajo científico, reunidos, en el mejor de los casos, como equipos de investigación.

Esta característica del hacer científico aparece explícita e implícitamente en diversos capítulos de este volumen, y podemos destacar su presencia en el texto de José Ibarreche Beltrán cuando afirma:

“En las condiciones anteriores [las referidas al influjo del positivismo y del capitalismo en la medicina, incluida la psiquiátrica], hace más de veinte años intentar crear formas de atención psicoterapéutica y grupal en una institución psiquiátrica no era fácil. Sin embargo, en el Hospital *Fray Bernardino* se iniciaron proyectos como “la terapia institucional”, “los grupos de reflexión” y “los grupos operativos”. Desde entonces y hasta la fecha, se llevan a cabo en el Hospital múltiples abordajes psicoterapéuticos diseñados exclusivamente para las condiciones que una Institución de ésta dimensión amerita”.

El trabajo así convocado fue resultado indispensable de grupos de trabajo, impulsados por el cambio epistemológico surgido después del año de 1950, como lo ha documentado la nueva epistemología. El autor del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez* poco más adelante convoca implícitamente lo dicho al escribir: “Es en esta última [la dimensión ética de la psicoterapia] donde la postura fenomenológico-hermenéutica ha ofrecido importantes aportes a los aspectos axiológicos de la psicoterapia. Es por tal motivo que los procesos subjetivos, la empatía, la intuición, lo cualitativo, y lo emocional prevalecen sobre otros procesos epistémicos. El quehacer psicoterapéutico en el Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino*

Álvarez se encuentra inmerso en el paradigma psicoterapéutico contemporáneo”. Estas tesis pueden ser aprovechadas ampliamente, sin embargo, debemos ser parcos en su presentación.

Otro autor de este mismo hospital psiquiátrico, Juan Ignacio Rosales Barrera, escribe:

“Pero junto con los avances de la biología, las ciencias sociales también han aportado conocimientos fundamentales que inciden de manera directa o indirecta en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de muchos enfermos mentales. El concepto mismo de *etiopatogenia* en psiquiatría, al igual que ocurre en otras especialidades médicas, ha cambiado, y ha adquirido una connotación multifactorial que propicia el desarrollo de modelos integrales más acordes con la realidad. De manera análoga, las comunidades terapéuticas y otros modelos de rehabilitación psicosocial, juegan un papel importante en el complejo proceso por el que muchos enfermos deben transitar para alcanzar su plena y productiva reinserción en el ámbito familiar y social”⁷

La presencia de los cambios epistemológicos referidos es palpable en la frase previa, y hay que destacar un concepto estelar de la nueva epistemología, planteada como multifactorial,⁸ en tanto Rosales Barrera la menciona explícitamente, pues corresponde a los cambios dichos, necesariamente presentes en los colectivos científicos que estén en la frontera del saber o cerca de ella.

El asunto de lo multifactorial, central en la nueva epistemología, también surge en la palabra de Beatriz Cerda De la O en su capítulo “Diversidad sexual y discriminación”, tanto en su significado y sentido generales, como en frases centrales como esta: “La sexualidad

⁷ En honor a la precisión investigativa, es importante resaltar que esta frase de inicio fue publicada en Juan Ramón de la Fuente y Gerhard Heinze Martin, “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, en *Revista de Salud Mental*, Vol. 37, No. 6, noviembre-diciembre 2014, pp. 525-526.

⁸ Véase sobre “Epistemología de lo multifactorial: o lo multifactorial como ignorancia o analogía”, publicado el 17 de julio del 2013, en el *Bleg Laboratorio Educativo del Centro Ricerche Personaliste* di Teramo in *Prospettiva Persona*, Teramo, Italia; véase en <http://www.prospettivapersona.it/bleg/articolo.php?id=56>

es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten o expresen todos...”. O de manera directa y explícita: “La sexualidad como la entendemos en la actualidad abarca la interacción de múltiples y complejos factores a lo largo de un *continuum* que sería imposible homogeneizar. Sin embargo, este concepto con sus complejidades, no surgió fácilmente. Es producto de la lucha social por las libertades y la búsqueda del respeto a los derechos sexuales, que muchas organizaciones civiles de todo el mundo han buscado desde hace ya algún tiempo y que persisten hasta la actualidad”.

Como apreciamos, además de lo multifactorial, en su posición igual se expresa la sensibilidad y consciencia históricas que hemos destacado, como relevantes en el cambio de actitud cognitiva destacada.

Recuperar la antropología de la ciencia

Las modificaciones epistemológicas, asociadas a los saberes de frontera, significan en la antropología de la ciencia, y en este sentido Marco Antonio Loyda Alemán, del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro*, comienza su capítulo afirmando: “En el marco de éste coloquio la socorrida triada [*Psicoanálisis-psicoanalista-institución*], nos servirá como referente y guía para plantear, desde lo llamado *conocimiento y experiencia*, algunas ideas que de manera particular, son de mi interés y deseo compartir con ustedes para que juntos, nos convoquemos a repensar y problematizar las veces que sean necesarias, una forma de (re)presentarse no solo el área que compete al psicoanálisis, sino de manera general en el hacer del mundo *psi*.”

La antropología de la ciencia está sin nombre en su planteamiento, sin embargo, se hace presente de una manera creativa, en cuando la triada dicha *–psicoanálisis-psicoanalista-institución–* convoca un recurso analítico de la nueva epistemología, cuando

recurre a sistemas de clasificación para desagregar lo considerado haciéndolo más inteligible. Simultáneamente, el particularizar entre la profesión –el psicoanálisis– la persona –el psicoanalista– y la institución, aporta a contextualizar las prácticas profesionales en su dimensión concreta, y es un argumento que puede aplicarse a otros muchos lugares estudiados y analizables por la antropología de la ciencia, y por ende la nueva epistemología.

También Loyda Alemán utiliza otra característica de la nueva epistemología por su lado hermenéutico: es indispensablemente *dialógica*, pues la ciencia se construye en la comunicación y en el ofrecimiento de intercambiar saberes, que se establecen tanto intra-institucionalmente como al exterior de los lugares de trabajo, pues la ciencia es necesariamente colectiva. De aquí que igual asevere: “Sabemos que cada institución, cualquiera que se pueda pensar y cualquiera que sea su origen para la que fue creada, está constituida por un objetivo a representar para el exterior e interior de la misma, así como su hacer, que involucra *un presunto hacer* y *un real hacer* que establece desde su intimidad, una manera particular de funcionar y hacer con los discursos, con sus discursos en ese hacerse representar Institucional”.

El autor del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro* igual convoca la sensibilidad y consciencia histórica mencionadas, al afirmar:

“Nuevas epistemologías, nuevos conocimientos, intercambios, otros paradigmas en las ciencias, disciplinas y saberes *psi*, demandan no solo un esfuerzo teórico de un discurrir de lo ya hecho con miras a algo novedoso y aplicable a todos o a algunos, y a solucionar problemas del y en el sujeto, sino ahora pareciera que se busca incidir en su medio, en su estar y ser en un contexto social de un mejor vivir y no solo se circunscribe a la psicopatología, que por suerte ya no se encuentra (actualmente) suministrada a un sector que hace algunos siglos se denominaba *locura*, a esa locura que la nave de Foucault llevaba a mal puerto... Ni a lo que actualmente se le considera y mira benévolamente desde hace algunas décadas como Salud Mental y su atención”.

Otro autor del Hospital Psiquiátrico Infantil, mencionado previamente, expresa claramente el contexto resaltado, escribiendo:

“Cabe entonces mencionar que el marco epistémico actual que tiene por título de procedencia el naturalismo y cuyo refinamiento ha sido brindado por un positivismo unívoco, tiene su interés principal en la cuantificación de hechos obtenidos por parte del observador de ellos y no por la experiencia de las cosas como tal –sean sujetos e incluso el observador mismo–. Pero como señala Aristipo de Cirene “la matemática, no puede ser la ciencia rectora, ya que no nos habla del bien y el mal”... un actuar sin referencia a la complejidad del entramado de nuestra mente y sociedad, elimina al sujeto y (probablemente sin desearlo) tampoco considera las consecuencias de dicho acto. Sirvan como ejemplos de lo inasible por este modelo de masificación numérica; la particularidad de la vivencia histórica, la aprehensión de los hechos de conciencia, la percepción del tiempo vivido, la ruptura social, el desvanecimiento del respeto, etc. Todas estas son cuestiones incuantificables, lo cual no las torna indescriptibles y apreciables”.

De la afirmación de Alberto Sanen Luna se pueden obtener muchas implicaciones y desarrollos, no obstante, es mejor recuperar de él esta nueva aseveración:

“Para revertir este efecto de desaparición del objeto y del sujeto portador de él, es indispensable considerar que el modelo “siempre se queda corto y no llega a la identidad con el referente” (Díaz, 2005, p. 11). No observarlo y continuar en la línea de construir una ciencia y solo una, unívoca y equívoca empuja a que lo psíquico, verdadero motor de estas disciplinas, sea expulsado. Los discursos que abogan por el empirismo como único medio de validación, olvidan que el propio empirismo no está desligado de la subjetividad, pues para ser exactos «sin subjetividad no hay experiencia»... y esta última, decía a grandes rasgos Montaigne... es siempre intransmisible pues en todo caso es la marca de agua que imprimimos en nuestros actos”.⁹

⁹ Es importante destacar que el autor del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro*, refiere directamente a la nueva epistemología en su texto, al afirmar:

Los capítulos correspondientes a *les* autores del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, de igual manera se acercan al cambio epistemológico destacado, y en el texto “Intervención breve para familiares de consumidores de alcohol” de Guillermina Natera y Fransilvania Callejas, el modelo construido para avanzar en opciones de abordaje al grave problema social convocado, se hace considerando la multifactoriedad y el papel activo de las personas, en un acercamiento antropológico que ofrece una idea nítida de la nueva epistemología: debe avanzar en una ciencia con “rostro humano” y debe tener un claro contenido ético como se percibe en el capítulo aquí citado.

Este mismo sentido lo podemos encontrar en el avance de otro modelo de intervención, el planteado por Marcela Biagini Alarcon—co-coordinadora de este libro— con el título de “Modelo de Intervención psicoterapéutica grupal para mujeres receptoras de violencia”, que igual recupera una tesis significativa y muy apreciada por la nueva epistemología: la asociación indispensable entre el microcosmos y el macrocosmos, planteado en el texto de Biagini como: “El grupo de psicoterapia se convierte en un microcosmos social, en una representación en miniatura del universo social de cada paciente... El concepto de microcosmos social es bidireccional; no sólo la conducta exterior se manifiesta en el grupo, sino que la conducta aprendida en el grupo posteriormente se lleva al medio ambiente social del paciente, y aparecen alteraciones en su conducta interpersonal fuera del grupo”.

“Lograr reposicionar lo psíquico solo es posible al pensar una nueva manera de aproximarnos al campo de la ciencia; punta de lanza resulta una lectura del mundo bajo los señalamientos de la “hermenéutica analógica icónica” (Primero, 2015, p. 22), que puede brindar con el suficiente rigor y a la vez apertura, las posibilidades de re-habitar el espacio de la ciencia. Se trata de comprender que “hay una vulgaridad y una bajeza en toda acción que solo se concibe para lo inmediato, es decir a fin de cuentas para nuestra vida. Y hay una nobleza muy grande en la energía liberada de la opresión del presente” (Levinas, 1974, p. 54) es por tanto un avanzar hacia el futuro re-corriendo nuestro pasado”.

En el otro capítulo escrito por Marcela Biagini –“Psicoterapia focalizada en la transferencia [PFT]”– encontramos el mismo sentido de una epistemología con rostro humano pues leemos: “Existe [en la manera psicoterapéutica presentada] la suposición relativa a que es la relación humana cálida la que permite el crecimiento del paciente; sin embargo, es el análisis de la transferencia lo que permite gradualmente al paciente aceptar una nueva relación como algo de valor que puede usar para su crecimiento. Con estos pacientes la alianza terapéutica es una consecuencia del tratamiento, no una precondition; es el resultado de la resolución sistemática de los aspectos negativos de la transferencia”.

Y esta tesis *humanista* se concreta en un recurso técnico de la PFT, presentado así por Biagini: “Estrategia 4: Trabajar con la capacidad del paciente para experimentar una relación en forma diferente. La exploración que realiza el paciente de su relación con el terapeuta y el aumento del conocimiento respecto a las distorsiones que puede provocar en ésta, le permiten gradualmente experimentar esta relación en forma más sana, más realista y balanceada; ello se ve acompañado por una modulación de los afectos extremos. A medida que la relación con el terapeuta evoluciona, el paciente y el terapeuta pueden revisar como esta nueva capacidad para experimentar las relaciones de forma compleja, pero matizada, empieza a extenderse a otras relaciones significativas”.

El conjunto de su propuesta se centra en una hermenéutica convocada sin identificación precisa, que si la interpretamos considerando sus frases –“relación en forma más sana, más realista y balanceada; ello se ve acompañado por una modulación de los afectos extremos”– podría ser eventualmente asociada a la hermenéutica analógica que fundamenta a la nueva epistemología, como puede leerse en el mismo capítulo de Mauricio Beuchot en este libro:

“Hay algo que necesita el ser humano, y es el equilibrio emocional. Las pulsiones lo agobian, pero puede darles su adecuada proporción, para que se dé entre ellas un balance conveniente. Esto es lo que los griegos llamaron *analogía*,

y que consistía en una disposición armoniosa de las pulsiones. No en su negación, sino en su encauzamiento...

“De hecho, la analogía es el reconocimiento de los límites de nuestro conocimiento para alcanzar la univocidad, pero también los límites de la voluntad para evitar abandonarse a la equivocidad. Por lo general, tiene que renunciar a la comprensión unívoca, pero también tiene que defenderse del equívoco, que es incompreensión”.

Esta misma tendencia histórica, que igual se asocia con la tesis de una ciencia con rostro humano, aparece en el capítulo citado de Iván Arango de Montis cuando escribe:

“Los modelos de tratamiento que empíricamente han demostrado eficacia comparten las características de ser *manualizados*, estructurados, basados en evidencia, requieren de supervisión de casos, pueden incluir el uso de psicofármacos, exigen la configuración de un equipo de trabajo, así el contacto con familiares para propósitos de su participación en el tratamiento e intervenciones de tipo psicoeducativo en alguna de las fases del tratamiento”.

Significamos como queda dicho la frase trascrita, por su similitud con los “modelos de intervención” trabajados en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, y su aseveración explícita de “contacto con familiares” y el recurso a “intervenciones de tipo psicoeducativo”, que igual se han asociado con un acercamiento humanista.

Presencia de la epistemología feminista

Casi finalizando estas reflexiones destaco otro aspecto de la nueva epistemología en el libro ahora considerado, en esta ocasión recuperando el capítulo de Margarita de la Cruz López, del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, titulado “Una mirada al significado de ser mujer en la urbe metropolitana del

siglo XXI”, en tanto si bien ella omite referir a la epistemología feminista en alguna de sus grandes autoras,¹⁰ en sus palabras damos con ella como logramos apreciar enseguida:

“¿Qué significado tiene ser mujer en este siglo ante la persistencia del sistema opresivo patriarcal? Esta pregunta tiene más de un significado, ya que en esencia podría resultar sencilla la respuesta, pero detrás trae consigo historia, cambios en la misma, creencias, roles, estereotipos, decisiones, simbolismos, atravesados por la identidad cultural, económica y social, según el contexto de desarrollo de cada mujer y su etapa en el ciclo de vida. Por ejemplo no es lo mismo la concepción de ser mujer en una comunidad indígena marginada por la pobreza, por la falta de accesos a oportunidades de educación... que ser mujer en una urbe metropolitana, donde se han tenido avances en materia de equidad de género, los cuales podemos evidenciar con el cambio de roles y creencias tradicionales de la concepción de la mujer...”.

En esta frase es nítida la presencia de la nueva epistemología, y sin duda lo es la de la manera de entender y hacer ciencia desde las conceptualizaciones feministas, muy bien presentadas por la autora del INP; y con este recuento de los autores citados de los dos hospitales psiquiátricos considerados y del INP, que nos acompañaron en este primer esfuerzo de llevar la nueva epistemología a la comprensión del campo “psi”, podemos avanzar a las:

PALABRAS DE CIERRE EN LA ACTUAL REFLEXIÓN

En la breve presentación de la nueva epistemología con la cual iniciamos este capítulo también se la caracterizó como *postcolonial*, y en el recuento acabado de realizar sobre su presencia en la palabra

¹⁰ Como puede considerarse tanto en las referidas en *Perfil de la nueva epistemología* (p. 42 nota 46), como en la intervención de Alejandra Araiza que puede consultarse en el video ubicado en <http://spine.upnvirtual.edu.mx>

de *les* autores que publican en este libro, esta peculiaridad está explícitamente ausente y tácitamente activa: el postcolonialismo igual significa *atrevernos a pensar y construir* más allá de los límites establecidos por Occidente, y sin duda el recuento realizado indica que la nítida presencia de la nueva epistemología en los autores mencionados, más allá de su consciencia singular, es una realidad avanzando en la comprensión de nuestros entornos concretos y actuando con los recursos de los cuales podemos disponer, que existen independientemente de las limitaciones de diversos tipos que nos aquejan.

Boaventura de Souza Santos es uno de los más conocidos autores de la propuesta de una nueva epistemología, que en sus términos aparece como del Sur,¹¹ en una denominación que técnicamente conduce lejos, no obstante, es orgánicamente una sugerencia de emancipación epistemológica para *atreverse a pensar por nosotros mismos*, situación que paulatinamente va aconteciendo, incluso más allá de nuestras circunstancias singulares, en tanto la nueva epistemología es una corriente cognitiva social que nos rebasa en nuestra individualidades, y construye renovados saberes que llegan a cada vez mayores campos de la acción y la reflexión colectivas.

La epistemología emergente destacada está lejos de ser una moda y es una permanencia que construimos y paulatinamente se instaura consiguiendo mayores logros al realizar la ciencia humanizada que percibimos en *diverses* autores, que si bien conserva parámetros de medición formal o matematizables, los re-significa para aprovechar su información con fines de beneficio social, que incluso conllevan la baja de los costos en los tratamientos del campo “psi”, lo cual es sin duda, una afectación a los intereses de las grandes empresas farmacéuticas, promotoras de tratamientos centrados en la química y tendencialmente de un sentido comercial, antes que humanístico y ético.

¹¹ Téngase presente su libro *Una epistemología del Sur*, co-edición Siglo XXI-CLACSO, México (ISBN 978-607-03-0056-1), 2009.

De lo conseguido se pueden sacar mayores conclusiones, situadas en diversos órdenes y si conseguimos continuar el trabajo iniciado las podremos sistematizar con mayor significado en un trabajo colectivo que nos reúna para obtener mayores beneficios, entre los cuales deberemos destacar los vinculados a las acciones de prevención, de organización colectiva para mermar la incidencia y aumento de las enfermedades mentales, las cuales, como está demostrado, aumentan exponencialmente afectando la actividad de los hospitales que las atienden, que se ven superados en sus capacidades de servicio careciendo de pocas opciones para ampliarlas, por diversas circunstancias, entre las cuales destaca el bajo financiamiento a la problemática social que atienden.

No obstante las dificultades presentes y las que se pueden avizorar en el corto plazo, es viable continuar trabajando para aumentar la capacidad de atención a los graves problemas existentes, y más si podemos lograr promover o incluso crear organizaciones de la Sociedad Civil capaces de trabajar en y con las familias, con metas de prevención y apoyo eficaz a la población abierta, que por falta de información y recursos operativos, es más vulnerable al agravamiento de los problemas psico-emotivos de sus participantes, los cuales pudieran ser atendidos en sus primeras etapas antes que su avance haga más difícil y costoso su tratamiento. Esto entre otras posibilidad de acción, asociadas a los modelos de intervención y tratamiento elaborados en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, muestras palpables que podemos pensar desde el Sur.

Usted leyó atentamente este extenso libro, y seguro tiene sentimientos y pensamientos para procesar y aprovechar, que tendrán curso activo y productivo en la acción colectiva organizada, viabilidad que podremos construir de diversas maneras, pues los recursos están listos para ello.

REFERENCIAS

- Bartra Roger (2006). *Antropología del cerebro. La consciencia y los sistemas simbólicos*. México: FCE-Pre-Textos (Col. Filosofía).
- Beuchot Puente M. y Primero Rivas L. E. (2012). *Perfil de la nueva epistemología*, México: Publicaciones académicas CAPUB.
- Beuchot Puente M. y Primero Rivas L. E. (2015a). *La filosofía social desde la hermenéutica analógica*. Neuquén, Argentina: Ed. Círculo Hermenéutico.
- Primero Rivas L. E. y Beuchot Puente M. *La filosofía de la educación en clave postcolonial*. Neuquén, Argentina: Ed. Círculo Hermenéutico.
- Primero Rivas L. E. y Beuchot Puente M. (2015c). *Desarrollos de la nueva epistemología*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Primero Rivas L. E. (2013). Epistemología de lo multifactorial: o lo multifactorial como ignorancia o analogía, publicado el 17 de julio del 2013, en el *Bleg Laboratorio Educativo del Centro Ricerche Personaliste* di Teramo in *Prospettiva Persona*, Teramo, Italia; véase en <http://www.prospettivapersona.it/bleg/articolo.php?id=56>
- Araiza Alejandra (2016). Aportes para una epistemología feminista, video en ubicado en <http://spine.upnvirtual.edu.mx>
- Santos, Boaventura de Sousa (2009). *Una epistemología del Sur*. México: Siglo XXI-CLACSO.

ANEXO

CONSIDERACIONES PARA PROMOVER LA CONFORMACIÓN DE *FAMILIAS ACTIVAS*

Idea y texto de Luis Eduardo Primero Rivas

PRESENTACIÓN

Este documento ofrece un perfil básico de la familia definiendo su realidad y concepto; comunicando una caracterización de su situación presente, vía la consideración de siete factores para interpretar consistente y sintéticamente la circunstancia que hoy la rodea, reflexionada en su generalidad, a pesar de saberse su extrema especificación contemporánea, concreta en diversos tipos de familias: las nucleares, monoparentales, las extensas y hasta las reconocidas en algunos lugares como integradas por matrimonios del mismo sexo.

Esta comunicación igual responde la pregunta “¿Qué debemos hacer?”, formulada luego de la caracterización ofrecida sobre la situación familiar existente, y con ello anuncia el documento anexo que ofrece el *borrador base* para conformar una nueva Organización de la Sociedad Civil, que logre aportar adecuadamente a la solución posible y parcial de los problemas destacados, bajo el nombre de *FAMILIAS ACTIVAS*, o aquel que llegue a consensarse entre quienes se interesen en el proyecto.

El documento concluye con una recomendación que deberá tomarse muy en serio para fortalecer la realización del propósito promovido y entiende que las siete caracterizaciones destacadas pueden ser asumidas como metas a cumplir, en los programas de trabajo contruidos por la cooperativa.

Perfilado el material que leerá pasemos a meditar sobre:

LA FAMILIA ACTUAL

En el borrador de las BASES CONSTITUTIVAS DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA DE PRODUCCIÓN *FAMILIAS ACTIVAS* –*FACTIVAS*–, S. C. de R. L. de C. V., usted encontrará tres de definiciones de la familia, que afirman: “las familias [serán] entendidas como los núcleos centrales de la organización colectiva y/o social; el primer espacio de formación de la humanidad y el influjo inicial colectivo para la formación de la personalidad”, las cuales ofrecen una concepción básica para entender la realidad y el concepto de familia, fundada en su centralidad e indispensabilidad en la organización colectiva y social, a través de la formación de la personalidad de los hijos e hijas nacidos en sus entornos, pues conforman el influjo inicial que los integran. Para bien, para mal, o para la indiferencia tan marcada en esta época.

La expresión *la familia es la célula de la sociedad* es muy conocida, y esta afirmación común convoca adecuadamente su importancia, al tiempo que señala una contradicción gigantesca: la familia es efectivamente la célula de la sociedad –esto es: el inicio del ser social y su unidad fundamental–, al tiempo que la sociedad fundada en ella –nuestra organización colectiva actual–, por su dinámica histórica y concreta, la descuida, avasalla y lentamente la disuelve a través de múltiples procesos explicados por una interpretación multifactorial, que aquí sólo podrá apenas esbozarse de acuerdo a la siguiente lista:

- 1) La dinámica activa en nuestra contemporaneidad del tipo de trabajo vigente, obliga a padres y madres a ocuparse en dis-

tintas actividades laborales, productivas y/o de ocupaciones diversas para conseguir sus fuentes de financiamiento, con lo cual apenas les queda tiempo para la atención y crianza de sus hijos e hijas –*hijes* en lo sucesivo¹– con lo cual se sitúan en prácticas descuidadas y negligentes, que producen la indiferencia en la formación infantil, tan marcada en esta época, como afirmamos líneas atrás.

- 2) Además de la ocupación laboral, productiva y/o de sobrevivencia, padres y madres se ven en la irremisible y forzosa necesidad de descansar, pues de lo contrario al día siguiente, o en la próxima semana, estarán en desventaja para realizar sus actividades, con lo cual ponen en riesgo la acción con la cual obtienen su sustento. Esta humana y forzosa actividad de descanso –y en el mejor de los casos de diversión–, es una condición humana y social, que le resta tiempo al cuidado y atención de la buena crianza de *les hijes*.
- 3) En la actual sociedad la llamada *educación de padres* es una ausencia masiva, pues si bien pueden localizarse cursos para la formación en la paternidad y maternidad, la mayoría de la población de nuestros países y naciones, está lejana de ellos, por diversas razones, entre las cuales destaca las dos señaladas en los puntos precedentes. En otros momentos históricos, cuando la sociedad carecía del dinamismo acelerado de la actual, y la vida cotidiana era más lenta y estable, la educación para la crianza de *les hijes* podía estar ausente, pues la sociedad en su conjunto indicaba cómo formarlos, y sus organizaciones y/o instituciones ayudaban a ello. Hoy la realidad ha cambiado profunda, extensa e

¹ Basado en el concepto de *economía del lenguaje*; en la necesidad histórica de reconocer la existencia de los hijos e hijas, de ellos y ellas, de padres y madres, etcétera, y evitando la práctica actual de utilizar el símbolo de @ para tratar de economizar letras, escribiendo barbarismos como ell@s, hij@s..., utilizaré palabras terminadas en “e”, para convocar un solo término que abarque el género masculino y femenino y/o sus diversas variaciones contemporáneas.

interactivamente, y la educación para la buena crianza es una necesidad, que hasta la fecha está insatisfecha.

- 4) El cuarto factor explicativo de los procesos disolventes de la familia en la actualidad, se encuentra en los nuevos papeles históricos que deben realizar las mujeres. En una sociedad anterior, las mujeres tenían actividades socialmente establecidas que las mantenían en y cercanas a la familia; pero con el crecimiento de la pobreza, vinculada al desarrollo del capitalismo en su etapa actual, las mujeres tuvieron que comenzar a asumir actividades que paulatinamente las fueron sacando de su centralidad familiar, hasta que este desplazamiento creó el *movimiento feminista*, el cual impulsa y argumenta sobre la “liberación femenina”, generando una situación social productora de diversas polarizaciones extremas; y en el contexto que debemos subrayar, madres lejanas de la familia y la crianza de sus *hijas*, encargados a trabajadoras domésticas, guarderías, familia extensa, *abueles*, o simplemente confiados a la Escuela, cuando al estar en edad de llegar a la Educación Básica, son *depositados* en ella, a la que se desplaza gran parte de las obligaciones de su buena crianza. En este punto, es común la expresión “Los mando a la Escuela para que les eduquen”.
- 5) El quinto se refiere precisamente a la situación educativa de nuestros países y naciones, en la cual –como se puede reseñar ampliamente– el sistema educativo nacional (que alberga a la Educación Escolar y la formación más amplia generada por diversos actores educativos), adolece de grandes fallas, deficiencias, insuficiencias, fracasos, desaciertos y limitaciones, que generan una incertidumbre formativa activa en la mayoría de la población la cual, al final de cuentas, ignora cómo responder a los desafíos de la actualidad.
- 6) El sexto factor destacado convoca la dinámica del Estado que organiza nuestras sociedades, el conocido como *Estado Moderno*, que por su propia dinámica basada en la conjugación

de intereses particulares, la mayoría de las veces centrados en partidos políticos y/o grupos de presión, ha tenido que privilegiar sus partes más oscuras favoreciendo prácticas para-legales y en algunos casos claramente delictivas, como aquellas vinculadas con el crimen organizado, particularmente con el narcotráfico y la trata de personas. Es conocido el impacto destructivo que el narcotráfico tiene sobre la familia –sea como producción, distribución y/o consumo de sus productos–, y este es un claro factor disolvente de ella frente al cual, el mismo Estado, se ve patentemente superado y de múltiples maneras.

- 7) El séptimo factor destacado organiza la suma de los seis previos concreto en la disolución de la personalidad en la actualidad, generada como un producto de la época, expresado en el aumento de las enfermedades somáticas y mentales, como se puede apreciar con la información que tenemos a mano. La personalidad difusa, se expresa desde la falta de integración de las personas en sus capacidades funcionales, sensibles e intelectuales, hasta los estados graves en los cuales se articulan enfermedades mentales, que cada vez tienen más solicitados los servicios de los hospitales psiquiátricos, públicos y privados; pasando por el aumento del estrés, el consecuente consumo de estupefacientes para mitigar los dolores *del alma* y reemplazar un doloroso mundo real por el ficticio producido por la droga.

Una lista impactante pero parcial

La enumeración previa sin duda convoca una realidad impactante, mas es incompleta pues la disolución de la familia actual tiene que ver aún con más factores; no obstante, el recuento precedente permite una concepción bastante precisa acerca de lo dicho, y conduce a preguntarse:

Entonces ¿Qué debemos hacer?

Los significados surgidos de la lista precedente, el recuento de las dificultades en la mayoría de las familias que conocemos –en las cuales se pueden identificar uno o varios problemas serios–, el aumento de la violencia en nuestro país y en otros muchos otros; las estadísticas que registran el aumento de los divorcios, las separaciones conyugales, *les hijos* abandonados; los índices de suicidios, los aumentos en las enfermedades mentales, las recaídas de los pacientes que se tornan habituales en los sanatorios psiquiátricos; las madres adolescentes y una lista interminable de situaciones críticas asociadas a las personas y por ende a las familias, hacen palpable que las actuaciones políticas, privadas y de la sociedad civil organizada, realizadas hasta ahora si bien son valiosas e indispensables, son insuficientes, y que debe buscarse conformar una nueva Organización de la Sociedad Civil que por su diseño logre mayor eficacia que la obtenida por sus similares, con las cuales tendrá que convivir productivamente.

Así, es viable conjuntar y conjugar esfuerzos de diversas personas para crear una Organización de la Sociedad Civil con la forma de una Cooperativa, que diseñada con las Bases Constitutivas adjuntas, logre realizar su “objeto social” en un proceso lento, progresivo, seguro y eficaz, basado en un diseño administrativo pensado cuidadosamente, bajo el supuesto que la gran falla en las Organizaciones de la Sociedad Civil, es su carencia de una administración que de inicio las dote de un financiamiento favorable a su constitución, estabilización y crecimiento.

Cuando se recupera la historia de la Sociedad Civil organizada se encuentra que su eclosión en México inicia después del terremoto de 1985, y que desde aquel entonces ha visto el nacimiento y desaparición de muchas Organizaciones, la mayoría con la forma de Asociaciones Civiles.

Como sabemos, un país como México se integra por tres grandes sectores sociales: el político, propio del Estado; el de la Iniciativa Privada y el de la sociedad civil organizada, que actúa vía las

Instituciones de Asistencia Privada, las mencionadas Asociaciones Civiles, y las cooperativas, formaciones que por su Ley respectiva y posibilidades administrativas y operativas, permiten un mayor poder de realización que las IAP's y las AC's.

Las bases constitutivas adjuntas ofrecen el diseño cuidadoso de *FAMILIAS ACTIVAS*, y el secreto de su triunfo se encuentra en el diseño administrativo referido, que igual puede presentarse por escrito, de tal forma de orientar la consecución de la persona o personas que puedan asumirlo, quienes deben tener un perfil profesional idóneo para el cargo, y las capacidades de actuación y gestión acordes a un buen desempeño profesional.

**BASES CONSTITUTIVAS DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA
DE PRODUCCIÓN FAMILIAS ACTIVAS –FACTIVAS–, S. C. DE R. L.
DE C.V. CON DOMICILIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

CAPÍTULO I

**DE LA DENOMINACIÓN, DOMICILIO, DURACIÓN,
Y OBJETO DE LA SOCIEDAD**

CLÁUSULA 1ª.- La sociedad se denomina **FAMILIAS ACTIVAS, S. C. DE R. L. DE C.V.** que para actos futuros en su denominación, se podrá también mencionar solo como **FACTIVAS, SC DE RL DE CV** o solamente **FACTIVAS**.

CLAUSULA 2ª.- El domicilio de la sociedad para todos los efectos se fijará en el Ciudad de México, de los Estados Unidos Mexicanos, sin perjuicio de establecer las agencias, sucursales, corresponsalías o representaciones en la República Mexicana o en el Extranjero.

CLÁUSULA 3ª.- La duración de la sociedad será por tiempo indefinido, su ejercicio social será de un año, contando del primero de enero al 31 de diciembre Su primer ejercicio social comprenderá desde la fecha de registro de la Cooperativa en el registro público de Comercio hasta el 31 de diciembre siguiente.

CLÁUSULA 4ª.- El objeto social de la sociedad será:

- A.** Trabajar en común en producir acciones, organizaciones operativas, saberes, investigaciones científicas e instrumentales, trabajos de promoción y organización social, favorables al apoyo que deben tener las familias –entendidas como los núcleos centrales de la organización colectiva y/o social; el primer espacio de formación de la humanidad y el influjo inicial colectivo para la formación de la personalidad–; para su conformación, desarrollo, crecimiento, tranquilidad y bienestar.

Estas actividades se realizarán a través de producir y realizar proyectos educativos, organizativos, de auto-ayuda, de prevención, intervención, sanación y financiamiento, para generar las acciones, relaciones y productos, favorables a cumplir con el párrafo anterior.

Para esto se podrá recurrir a conformar equipos de trabajo profesional; publicar libros, revistas y todo tipo de material didáctico que apoye al desarrollo familiar; sea por el propio esfuerzo de sus socios y/o contratando servicios profesionales para ello; así como realizar eventos para difundir, promover y comerciar todo lo que favorezca al ámbito educativo, operativo y saludable familiar; en materia de capacitación, formación, recreación y crecimiento, tanto de los socios como de los solicitantes de sus productos y servicios. También FACTIVAS podrá contratarse con empresas públicas y privadas, en el interior del país y en el extranjero, para cumplir sus fines y promoverlos.

- B.** Trabajar en común en diseñar y realizar proyectos locales, nacionales, regionales, internacionales y/o mundiales con criterios científicos y civiles inter, multi, transculturales y disciplinarios, para responder adecuadamente al objeto de trabajo de la Cooperativa, con la meta de ofrecer productos y servicios profesionales en cualquier

ra de sus tipos, formas y modos, a través de promover y cualificar la investigación, difusión y ampliación de los vínculos de sus asociados y entre profesionales de diferentes áreas del saber científico, académico, técnico y tecnológico, que tengan que ver con la realidad familiar y sus contextos.

- C. Trabajar en común para el desarrollo de diferentes tipos de estrategias formales, informales o especiales vinculadas al objeto de trabajo de la Cooperativa; promoviendo la filosofía cooperativa y el desarrollo comunitario, formando y sensibilizando a sus socios y a la comunidad a la cual estén dirigidos sus productos y servicios, estimulando el mejor aprovechamiento y actualización de los recursos humanos, técnicos y el desarrollo operativo existente.
- D. Trabajar en común en reproducir y publicar todo tipo de materiales que sirvan a estos objetivos, sea de manera independiente o en co-edición con otros organismos; en versiones impresas en papel y/o electrónicas, o con cualquier forma de soporte material, como discos compactos o memorias "USB", o los nuevos aditamentos generados y que se generen por la industria de la informática.
- E. Trabajar en común en asesorar y apoyar a instituciones públicas y privadas, a organismos locales, regionales, nacionales e internacionales relacionados con el objeto de trabajo, que así lo soliciten, con programas y estrategias generadoras de investigación académica, administración y gestión sobre la familia y sus contextos directos, ya sea en forma independiente o conjunta con otras organizaciones.
- F. Trabajar en común en favorecer las actividades y estrategias administrativas y operativas de la FACTIVE y sus socios en su ámbito de ejercicio cooperativo, con un criterio de amplia colaboración interinstitucional e interprofesional, e incluso la vinculación con programas de servicio social para los estudiantes del nivel superior que tengan que cumplir este requisito legal para titulación en carreras afines al objeto de trabajo.
- G. Trabajar en común para promover el conocimiento, el arte, la cultura; la innovación y la tecnología; contribuir a la promoción de virtudes como son el respeto, la tolerancia, el bien común, la protección del medio ambiente, la legalidad, la libre expresión, la equidad y los derechos humanos de la comunidad en la que se desarrolle, todo esto a nivel nacional e internacional, destacando de manera especial el ámbito familiar y sus contextos.
- H. Trabajar en común para el diseño, desarrollo e implementación de portales y páginas de Internet así como de software empaquetado y a la medida; automatización de procesos; diseño y administración de base de datos; internet, extranet/intranet; E-administración y firma digital; sistemas de información geográfica; aplicaciones en movilidad, creatividad y diseño gráfico; infraestructura informática; redes y telecomunicaciones; soporte técnico, mantenimiento correctivo y preventivo; contratarse con personas físicas y morales, empresas de gobierno y particulares que lo requieran en la República Mexicana y en el extranjero, orientados al objeto y razón social de la Cooperativa, considerando de manera particular los extensos recursos de apoyo requeridos por sus socios y sus familias.
- I. Trabajar en común para la educación y capacitación continua de los miembros de la cooperativa y del público en general, para formarlos en los diferentes títulos y grados académicos, artes y oficios que formen parte de las actividades del objeto social, con valor curricular en educación media y superior; vía internet y a través de centros comunitarios, escuelas e instituciones implementados y administrados por la Cooperativa, en cuanto se deben impulsar todo tipo de estudios sobre la familia y sus contextos.
- J. Trabajar en común para impartir conocimientos vía Internet, dentro de las áreas científicas, técnicas, humanísticas, filosóficas, artísticas, legal y de salud como parte de cursos y campañas; o con la intención de obtener valor curricular en los niveles básico, medio y superior a efecto de lograr su oficialización y reconocimiento para

comunidades generales y/o abiertas, indígenas y grupos marginados, ya sea en su lengua vernácula o en cualquier idioma que un usuario lo requiera, para contratarse con personas físicas y morales, empresas de gobierno y particulares tanto en la República Mexicana como en el extranjero. Es importante prever el trabajo en situaciones inter, multi o poli culturales.

- K. Trabajar en común en el diseño, organización e implementación de estudios o proyectos de viabilidad socioeconómica, socio-ambiental, financiera, de inversión, de mercadotecnia o de desarrollo específico para el sector cooperativo, las micros, pequeñas y medianas empresas o personas físicas o morales que lo soliciten en el interior del país y el extranjero, en tanto **FACTIVAS** también debe apoyar el desarrollo familiar.
- L. Trabajar en común para recibir y canalizar toda clase de herencias, legados, donativos, préstamos y créditos en dinero o en especie con el fin de administrarlos, conforme a la Ciudad de México de la materia, sin ningún fin lucrativo de alguna especie.
- M. Trabajar en común para elaborar, publicar y difundir los estudios y resultados de investigaciones sobre las materias que incidan en el desarrollo de la filosofía cooperativa nacional e internacional y todo lo relacionado con la capacitación en línea, instrucción y formación de cualquier tipo de personas así como del personal de cualquier empresa, en el interior del país y el extranjero.
- N. Adquirir en común por cualquier medio legal toda clase de bienes y servicios necesarios para cumplir con el objeto social.
- O. En su calidad de empresa colectiva, realizar la celebración de actas, acuerdos, convenios y contratos con toda clase de personas físicas o morales del sector público y privado conducentes al desarrollo de las actividades comprendidas en los incisos anteriores.
- P. Trabajar en común en toda clase de actos de comercio, pudiendo comprar y vender nacional e internacionalmente; en la construcción, fabricación, intermediación, comisión, transportes, importación y exportación de toda clase de materiales, equipos, accesorios, artículos y mercancías, sistemas, maquinaria, materia prima, infraestructura y en general toda clase de bienes y servicios que se utilicen en diversas obras donde estén involucradas todas las formas del objeto de trabajo de la Cooperativa incluidas en los incisos anteriores.
- Q. Trabajar en común en contratar activa o pasivamente toda clase de prestación de servicios, celebrar contratos y convenios, así como adquirir o por cualquier otro título poseer y explotar patentes, marcas industriales, nombres comerciales, opciones y preferencias, derechos patrimoniales, de propiedad literaria, industrial, artística o concesiones de cualquier autoridad.
- R. Formar parte de otras sociedades con objetos de trabajo similares.
- S. Emitir, girar, endosar, avalar y negociar toda clase de títulos de crédito, que se relacionen con el objeto social de la Cooperativa.
- T. Adquirir acciones, participaciones, partes de interés y obligaciones de toda clase de empresas o sociedades, formar parte de ellas y entrar en comandita dentro de los límites permitidos por la Ciudad de México.
- U. Adquirir en común por cualquier medio legal toda clase de bienes y servicios necesarios para cumplir con el objeto social.
- V. Tramitar en común por cualquier medio legal los permisos para portar anuncios publicitarios en cualquier medio.
- W. Establecer las secciones o sucursales en el ámbito nacional e internacional que sean necesarias, para la consecución del objeto social.
- X. Establecer los almacenes y talleres para el mantenimiento y reparación de sus equipos, vehículos y sistemas en general.

- Y.** Establecer una sección de consumo para obtener en común toda clase de bienes y servicios para distribuirlos entre los socios o beneficiarios, a fin de satisfacer necesidades personales, las de sus hogares y sus familias.
- Z.** Adquirir en común los bienes muebles e inmuebles y financiamientos que se requieran para desarrollar las actividades encaminadas a cumplir con el objeto social.
- AA.** Realizar las actividades de transporte y maniobras, acarreo, carga y descarga de las mercancías y demás bienes muebles que adquiera, así como los que distribuya con sus socios, familiares y beneficiarios.
- AB.** Crear una sección de vivienda para proporcionar por cualquier medio legal, habitaciones para los socios o beneficiarios que lo soliciten, de conformidad con el reglamento especial que ésta actividad requiera.
- AC.** Tener la capacidad de la creación de fideicomisos encaminados a llevar a cabo cualquiera de los propósitos del objeto social de la cooperativa de acuerdo con los reglamentos especiales que para tal propósito se elaboren.
- AD.** Realizar sus actividades bajo un código ético que privilegie y fortalezca los principios de:
Ayuda y cuidado mutuo, responsabilidad, democracia, igualdad, equidad y solidaridad, así como los de transparencia, responsabilidad social y compromiso con los demás.
- AE.** Poner en práctica permanentemente los siguientes principios:
 - I. Libertad de asociación y retiro voluntario de los socios.
 - II. Administración democrática.
 - III. Limitación de intereses a algunas aportaciones de los socios si así se pactara.
 - IV. Distribución de los rendimientos en proporción a la participación de los socios.
 - V. Autonomía e independencia.
 - VI. Fomento de la educación cooperativa y la economía cooperativa.
 - VII. Participación en la integración cooperativa.
 - VIII. Respeto al derecho individual de los socios de pertenecer a cualquier partido político o asociación religiosa.
 - IX. No discriminación por aspecto físico, edad, condición social, enfermedad, padecimiento o preferencia sexual.
 - X. Promoción de la cultura ecológica.

CLÁUSULA 5ª. - La sociedad cooperativa adopta el régimen de **Responsabilidad Limitada**.

CLÁUSULA 6ª. - En el curso de las presentes Bases Constitutivas se usarán convencionalmente, los siguientes términos:

- a. El Registro, por el Registro Público de Comercio.
- b. La Cooperativa, por la Sociedad Cooperativa **Familias Activas, SC DE RL DE CV**.
- c. La Ciudad de México, por la Ciudad de México General de Sociedades Cooperativas.

CAPÍTULO II

DE LOS SOCIOS

CLÁUSULA 7ª. - Para ser socio de la Cooperativa se requiere, además de que ésta esté en posibilidad de ampliar su plaza de socio, que:

- A) La persona física que solicite ser parte de **FACTIVAS** tenga la vocación, experiencia, habilidad y calificación que le permita desempeñar a plenitud el trabajo que se le asigne de acuerdo al objeto de la cooperativa y al reglamento de adhesión de nuevos socios.
- B) Haya trabajado en forma permanente, física o intelectualmente, en cualquiera de las actividades inherentes al objeto de la Cooperativa.
- C) Suscriba por lo menos un certificado de aportación conforme lo establecido en el artículo 50 y 51 de la Ciudad de México.
- D) Sea mayor de dieciocho años, presentar una solicitud de ingreso como socio ante el Consejo de Administración o Administrador de la Cooperativa, y haya recibido o esté dispuesto a recibir un curso básico de cooperativismo.
- E) Suscriba la Filosofía Cooperativa de **FACTIVAS**, donde se la presenta como una Empresa Social Cooperativa, solidaria, de colaboración mutua, de comunicación eficaz, eficiente y oportuna, así como de estar inspirada por un Código Ético de cuidado mutuo.

CLÁUSULA 8ª. - “Todo extranjero que en el acto de la constitución o en cualquier tiempo ulterior, adquiera un interés o participación social en la sociedad, se considera por ese simple hecho como mexicano respecto de uno y otra, y se entenderá que conviene en no invocar la protección de su gobierno, bajo la pena, en caso de faltar a su convenio, de perder dicho interés o participación en beneficio de la nación mexicana.”

CLÁUSULA 9ª. - Son derechos y obligaciones de los socios:

- A) Responder con su trabajo personal, en el proceso productivo y/o en labores de apoyo, con la puntualidad, calidad, disciplina y productividad exigidos;
- B) Responder con el valor de los certificados de aportación que suscriban, de todas las operaciones realizadas y obligaciones contraídas por la Cooperativa mientras formen parte de la misma;
- C) Concurrir a las asambleas generales ordinarias y extraordinarias y ejercer en ellas el derecho de voz y voto;
- D) Cuidar de la conservación de los bienes de la Cooperativa; y de sus propios miembros.
- E) Tener un solo voto sea cual fuere el número de certificados de aportación que hubiere suscrito;
- F) Elegir y ser elegido para los cargos directivos de la cooperativa;
- G) Solicitar y obtener de los consejos, comisiones o directivos toda clase de informes respecto a las actividades y operaciones de la cooperativa;
- H) Concurrir a los cursos de educación y capacitación que la sociedad promueva internamente, o los que se organicen con otras instituciones; esta actividad de formación debe ser realizada al menos una vez por año.
- I) Mantener con los socios la mayor solidaridad y buenas relaciones, obteniendo así la estima, confianza y simpatía de todos los miembros de la cooperativa para

mantener la unidad y colaboración mutua indispensables para el buen éxito del objeto social;

- J) Participar de los excedentes netos en proporción del trabajo realizado; según se acuerde en una asamblea regular y/o extraordinaria y quede asentado en el acta respectiva.
- K) Separarse voluntariamente de la Cooperativa, recuperar el valor de sus certificados de aportación y otros haberes acumulados dentro del plazo acordado por la Cooperativa, con la deducción de sus adeudos;
- L) Cumplir con las demás disposiciones en la Ciudad de México, en las presentes bases, y los reglamentos interiores que ponga en vigor la Cooperativa y con los acuerdos de las asambleas generales.

CLÁUSULA 10ª.- El Consejo de Administración, para la admisión de nuevos socios, los aceptará provisionalmente, observando su capacidad, compromiso e identificación con los principios cooperativos durante el tiempo necesario, hasta que su candidatura pueda ser presentada a la Asamblea General, la cual emitirá una resolución definitiva.

CLÁUSULA 11ª. - La calidad de socio de la Cooperativa se pierde por:

- a) Muerte;
- b) Renuncia voluntaria;
- c) Exclusión, e
- d) Impedimento legal para desempeñar el trabajo que le corresponde.

CLÁUSULA 12ª. - Son causas de exclusión de un socio de la Cooperativa:

- a) No liquidar el valor de los certificados de aportación que hubiera suscrito dentro del plazo señalado en estas bases, en el reglamento o acuerdo de la Asamblea General que haya decretado un aumento de capital;
- b) Negarse sin motivo justificado a desempeñar los cargos, puestos o comisiones que le encomiende la asamblea general o los órganos de la Cooperativa;
- c) Causar por negligencia, descuido, dolo o incompetencia, perjuicios graves a la sociedad en sus bienes, derechos o intereses en general y que administrativamente puedan comprobarse;
- d) Faltar al desempeño de su trabajo en la Cooperativa sin permiso o causa justificada durante tres días en un periodo de treinta días;
- e) Desempeñar sus labores sin la intensidad y calidad requeridas y;
- f) Faltar al cumplimiento de cualquier otra obligación, a estas bases y los reglamentos que esta Cooperativa expida o acuerdos de asamblea general, y cuando cause perjuicios graves a la Cooperativa.

CLÁUSULA 13ª. - Ante la inconformidad por la exclusión, el afectado podrá acudir ante la autoridad correspondiente, conforme a lo señalado en el artículo 9 de la Ciudad de México.

CLÁUSULA 14ª. -En el caso de fallecimiento de un socio, la persona que se haga cargo total o parcial de quienes dependían del socio económicamente, tendrá derecho a formar parte de la Cooperativa siempre que reúna los requerimientos establecidos en la cláusula 7 de estas bases, así como a:

- a) Los certificados de aportación que tuviera suscritos.
- b) El excedente neto acumulado durante el ejercicio social correspondiente.

CLÁUSULA 15ª. - Los socios podrán separarse voluntariamente de la Cooperativa presentando por escrito su renuncia al Consejo de Administración, el cual resolverá provisoriamente sobre ella. Si la Asamblea General considera procedente la renuncia y la aprueba, esta resolución tendrá efectos de separación voluntaria del miembro y cesación de su responsabilidad para las operaciones que se realicen con posterioridad a la fecha de presentación del escrito de renuncia.

CLÁUSULA 16ª. - Cuando se tengan que devolver a los socios, a sus beneficiarios, herederos o representantes legales las cantidades correspondientes a certificados de aportación suscritos, y en su caso la parte proporcional del excedente neto a que tuvieran derecho hasta la fecha en que se dejen de pertenecer a la Cooperativa, la devolución se hará descontando de su importe los adeudos y responsabilidades que el socio tuviere para con la Cooperativa.

CLÁUSULA 17ª. - Al efectuarse la devolución del importe de los Certificados de Aportación se recogerán los documentos para su cancelación haciéndose la anotación correspondiente en el libro talonario y además se levantará acta especial de liquidación que firmará el Consejo de Administración y/o Administrador; el interesado, sus beneficiarios, herederos o representantes legales y dos testigos, en la que deberán constar los números de Certificados de Aportación cancelados.

CAPÍTULO III

DEL RÉGIMEN ECONÓMICO

CLÁUSULA 18ª. - El patrimonio de la cooperativa está compuesto por el capital social. Fondo de reserva legal, otras reservas establecidas por las asambleas, por los donativos, subsidios, herencias y legados hechos a favor de la Cooperativa, los cuales no serán reparables y por los excedentes anuales obtenidos.

CLÁUSULA 19ª. - El Capital Social será variable. Las aportaciones de los socios al capital social efectuadas en dinero para su adhesión a la Cooperativa se expresará en la suscripción y pago de un certificado de aportación con valor de \$3,000.00 pesos 00/100 M.N. por cada socio y los certificados de aportación excedentes o voluntarios de igual valor. Sólo estos últimos podrán percibir intereses. La Cooperativa cuenta en este momento en caja con la suma de \$¿?,000.00 pesos 00/100 M.N., por el valor exhibido de los aportes de los socios correspondiente a \$¿?,000.00 pesos 00/100 M.N. cada uno.

Para efecto de esta cláusula, la Cooperativa deberá contar con un libro talonario de certificados de aportación el cual deberá contener; valor, folio, los datos de la Cooperativa, nombre del socio, fecha de la asamblea en la que fue aceptado, los artículos de la Ciudad de México en el que el socio se basa y deberán ser autorizados por el Consejo de Administración o Administrador.

CLÁUSULA 20ª. - Cada socio al ser admitido deberá exhibir por lo menos, el 10% del valor de los certificados de aportación que hubiere suscrito y cubrir el saldo en un plazo que no exceda de un año a partir de la fecha de su ingreso. Cada socio al momento de incorporarse en este acto constitutivo, entrega un aporte de \$¿?,000.00 pesos 00/100 M.N., y liquidará el resto de su certificado de aportación (\$¿?,000.00 pesos 00/100 M.N.) en el transcurso de un año que es el plazo estipulado por la Ciudad de México.

En caso de que un socio no hubiere cubierto íntegramente el valor de los certificados de aportación suscritos, dentro de un plazo y condiciones señaladas en el párrafo anterior, quedará excluido de la Cooperativa.

CLÁUSULA 21ª. - Los Certificados de Aportación serán nominativos e indivisibles de igual valor e inalterables, se expedirán al quedar íntegramente pagado su importe y solamente podrán transferirse de acuerdo a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 50 de la Ciudad de México. Con fundamento en el Art. 63 de la Ciudad de México, la Cooperativa podrá emitir certificados de aportación para capital de riesgo por tiempo determinado.

CLÁUSULA 22ª. - Las aportaciones que no sean en efectivo, se valorarán de común acuerdo entre el socio de que se trate y el Consejo de Administración o Administrador.

CLÁUSULA 23ª. - En caso de devolución de los Certificados de Aportación, ésta se hará al finalizar el ejercicio social y después de practicar el balance general, salvo el caso de que la Asamblea General o el Consejo de Administración o Administrador acuerde que se haga la devolución inmediata si las condiciones económicas de la Cooperativa lo permiten.

CLÁUSULA 24ª. - Cuando la Asamblea General aumente el capital, todos los socios, quedan obligados a suscribir el aumento en la forma y términos que acuerde la Asamblea General y cuando ésta determine reducir el capital que se juzgue excedente, se hará la devolución a los socios que posean mayor número de Certificados de Aportación o a prorrata, si todos son poseedores de igual número de Certificados.

CLÁUSULA 25ª. - Fondo de Reserva de conformidad en lo dispuesto por los Art. 54 y 55 de la Ciudad de México, el Fondo de Reserva se constituirá con el 20% de los rendimientos correspondientes a cada ejercicio social y será limitado hasta alcanzar el 25% del capital social.

Se efectuará al finalizar el ejercicio social en el que hubiere pérdidas líquidas o en el momento de una emergencia, debiendo en estos casos ser reconstituido hasta alcanzar el límite señalado en el párrafo anterior; no es repartible, razón por la cual los socios que se retiren o sean excluidos no pueden alegar participación del mismo.

CLÁUSULA 26ª. - Fondo de Previsión Social, de acuerdo con lo dispuesto por los Art. 57 y 58 de la Ciudad de México el Fondo de Previsión Social será ilimitado y podrá ser aumentado o disminuido por la Asamblea General, y se destinará preferentemente para cubrir las prestaciones que no cubra el Instituto Mexicano del Seguro Social y pago de cuotas a dicho Instituto.

CLÁUSULA 27ª. - El Fondo de Educación Cooperativa se constituirá con el 2% de los excedentes netos de la Cooperativa y se separará mensualmente, podrá acordarse su aumento o disminución en Asamblea General.

CLÁUSULA 28ª. - El Fondo de Educación Cooperativa se destinará a cubrir el costo de los programas en materia de educación cooperativa que establezca la Cooperativa o lo que en coordinación con otras cooperativas o entidades de promoción cooperativa se realicen para capacitar a los socios como cooperativistas, a los directivos en el mejor desempeño de sus funciones, y a los empleados administrativos para una eficiente y moderna administración.

CLÁUSULA 29ª. - La Cooperativa manejará sus Fondos a través de la institución Bancaria que le preste mejores servicios, y los cheques que expida llevarán la firma del Consejo de Administración o Administrador o de cualquier persona que estos designen.

CLÁUSULA 30ª. - Excedentes, una vez cubiertos los gastos de todo tipo, incluidos los intereses sobre el capital; separadas las provisiones a los Fondos de Previsión Social y Educación Cooperativa, se determinará el excedente neto, el cual se distribuirá de la siguiente forma: del total se destinará el 20% a Fondo de Reserva, hasta completar el 25% del capital social y los porcentos establecidos por la Asamblea General para otras reservas especiales, el "excedente a repartir", se distribuirá entre los socios en proporción al valor del trabajo realizado durante el año calendario, sumando todos los anticipos dados a los socios; la suma total de rendimientos líquidos. Esta división da como resultado un factor que se multiplica por el importe de los rendimientos que correspondieron a cada socio. En los gastos mencionados se deberá considerar los propios de la representación de la Cooperativa, sea en viajes nacionales o internacionales, y gestión con proveedores, clientes o interesados.

CAPÍTULO IV

DEL FUNCIONAMIENTO Y LA ADMINISTRACIÓN

CLÁUSULA 31ª. - La Administración, Dirección y Vigilancia.- Mientras la Cooperativa cuente con diez socio o menos, tendrá una estructura administrativa simplificada, de acuerdo a los artículos 43, inciso segundo, y 45, inciso final, de la Ciudad de México de Cooperativas. Cuando la cooperativa tenga más de diez socios, deberá adoptar la estructura normal señalada en la Ciudad de México. La Sociedad Cooperativa ha adoptado la estructura normal señalada por la Ciudad de México nombrando el Consejo de Administración y el Consejo de Vigilancia que corresponde al número de socios incorporados que es de ¿? socios fundadores.

CLÁUSULA 32ª. - La Asamblea General es la autoridad suprema, y sus acuerdos obligan a todos los socios, presentes, ausentes y disidentes, siempre que se hubieren tomado conforme a lo que establece la Ciudad de México, estas bases y los reglamentos que se establecieran.

CLÁUSULA 33ª. - En cumplimiento de lo ordenado en el artículo 36 de la Ciudad de México, la Asamblea General resolverá sobre todos los asuntos y problemas de importancia para la Cooperativa y establecerá las reglas generales que deben normar el funcionamiento social, y además, deberá conocer de:

- a) Los planes económicos conforme a los cuales realizará sus operaciones la Cooperativa.
- b) El presupuesto de ingresos y egresos que sirva de base para la ejecución de los planes económicos.
- c) El plan financiero de la Cooperativa.
- d) El Reglamento de Administración de la Cooperativa.
- e) El monto, forma y solvencia de las garantías que otorguen los funcionarios y empleados de la Cooperativa que manejen los fondos y bienes durante su gestión.
- f) La determinación del porcentaje que sirva de base para la constitución del Fondo de Amortización y Depreciación, y
- g) Cualquier otro asunto que interese a la marcha general de la Cooperativa.

CLÁUSULA 34ª.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 39 de la Ciudad de México; la Cooperativa puede adoptar el sistema de votos por poder; el apoderado deberá ser socio de la Cooperativa y solamente podrá emitir su voto y el de dos representados.

CLÁUSULA 35ª. - Las Asambleas Generales serán ordinarias y extraordinarias. Las ordinarias se celebrarán una vez al año durante el segundo semestre del año; y las extraordinarias cada vez que las circunstancias lo requieran. Podrán ser convocadas por acuerdo del Consejo de Administración o Administrador; o por el Consejo de Vigilancia o por petición escrita a lo menos del 20% de los socios y serán presididas por el Consejo de Administración, independientemente de quien haya convocado.

CLÁUSULA 36ª. - Las Asambleas Generales se constituirán legalmente con la asistencia del 50% más uno de los socio y sus resoluciones se tomarán por el acuerdo de los socios equivalentes al 50% más uno y si ésta no se lleva a cabo por falta de *quórum*, se convocará por segunda vez por lo menos 5 días naturales de anticipación en los mismos términos que la primera convocatoria y se celebrarán en este caso, con el número de socios que concurran, siendo válidos los acuerdos que se tomen por la mayoría de los socios asistentes, teniendo derecho a un voto cada socio, independientemente de sus aportaciones.

Para la elección de los Consejos y Comisiones, de la modificación de las Bases Constitutivas de la Cooperativa, en todo caso se requerirá que la Asamblea General cuente con un *quórum* equivalente a las 2/3 partes de los socios de la Cooperativa y los acuerdos serán válidos si se toman por las mismas 2/3 partes de los socios de la Cooperativa.

CLÁUSULA 37ª. - Las convocatorias para la celebración de Asambleas Generales deberán expedirse en forma escrita, conforme a lo dispuesto en el artículo 16 fracción X y artículo 37 de la Ciudad de México. Por lo que la primera convocatoria deberá convocarse por lo menos con siete días naturales de anticipación; de no reunirse el *quórum* legal se volverá a convocar con cinco días naturales de anticipación y se llevará a cabo la Asamblea con el número de socios que asistan, sean cual fueren los puntos a tratar. La convocatoria deberá ser exhibida en un lugar visible del domicilio social de la cooperativa, misma que deberá contener la respectiva orden del día; se entregará en forma directa a cada socio o por correo certificado. Es importante registrar que en una Asamblea General se asentará la comunicación electrónica a los socios, así como el registro por este medio de la información de las Asambleas.

CLÁUSULA 38ª. - De los acuerdos o resoluciones tomadas en las Asambleas Generales ordinarias o extraordinarias, se levantarán Actas que deberán ser inscritas invariablemente en el Libro de Actas de Asambleas Generales.

CLÁUSULA 39ª. - Los Consejos de Administración y de Vigilancia, y Comisiones durarán en su función cuatro años; serán nombrados por la Asamblea General en votación nominal y sólo podrán ser relectos para el mismo cargo cuando por lo menos las dos terceras partes de la Asamblea General lo aprueben.

CLÁUSULA 40ª. - El Consejo de Administración estará formado por lo menos por tres miembros que ocuparán los cargos de Presidente, Secretario y Vocal. Los miembros del Consejo de Administración no tendrán suplentes, sus faltas temporales serán suplidas en el orden progresivo de sus designaciones. El Consejo de Administración, será el órgano Ejecutivo de la Asamblea General y tendrán conjuntamente o por separado la representación de la Sociedad Cooperativa y el uso de la firma social. Por lo que el Consejo de Administración

y/o Gerente Administrativo/Representante Legal, además de llevar la firma social, tendrá las siguientes facultades y responsabilidades:

- A)** Representar a la Sociedad Cooperativa en toda clase de negocios;
- B)** Tendrán poder general para pleitos y cobranzas, para actos de administración y de riguroso dominio, con todas las facultades generales y las especiales que requieran cláusula especial conforme a la Ciudad de México, de conformidad con los tres primeros párrafos del Artículo dos mil quinientos cincuenta y cuatro del Código Civil del Ciudad de México, y sus correlativos en las entidades de la República Mexicana en donde se ejercita, inclusive las especiales, enunciadas en los artículos dos mil quinientos setenta y cuatro, dos mil quinientos ochenta y siete y dos mil quinientos noventa y tres del Código Civil vigente en el Ciudad de México y sus correlativos en los demás estados de la República Mexicana en donde se ejercita; podrá celebrar los convenios y contratos que se refieran a los objetos sociales y sin que ello implique limitación de las facultades anteriores. Podrá articular y absolver posiciones, promover juicios de amparo y desistirse de los mismos; presentar querellas y otorgar perdón cuando proceda; representar a la Cooperativa ante toda clase de autoridades civiles, judiciales, administrativas y del trabajo, celebrando con o ante ellas toda clase de convenios y renunciaciones y podrá transigir los negocios que afecten a la Cooperativa; otorgar toda clase de poderes y revocarlos, podrá suscribir con cualquier carácter títulos de crédito, abrir y cancelar cuentas bancarias de conformidad con el artículo noveno de la Ciudad de México General de títulos de Crédito;
- C)** Delegar las facultades que estime procedentes en los comisionados o gerentes que designe;
- D)** Cuidar de la buena marcha de las operaciones sociales y de su expansión en el mercado;
- E)** Proteger y cuidar de los bienes físicos, recursos financieros y valores, propiedad de la Cooperativa, así como de las personas socias de la Cooperativa, manteniendo, además, sus inventarios y contabilidad actualizados;
- F)** Practicar todas las operaciones necesarias para lograr el objeto social de la Cooperativa y celebrar los actos y contratos respectivos;
- G)** Elaborar el Plan Operativo Anual, para someterlo a consideración de la Asamblea General;
- H)** Someter a la consideración de la Asamblea el Proyecto de Distribución de Excedentes;
- I)** Adquirir acciones o derechos de empresas mercantiles, con el objeto de lograr una mejor articulación en la respectiva rama industrial o de servicios;
- J)** Sancionar con multas y suspender a los socios, con o sin derecho a remuneración, y aprobar su eventual exclusión, la cual debe ser ratificada por la Asamblea General;
- K)** Ordenar la elaboración del balance general y estado de resultados, con sus respectivos anexos, al 31 de diciembre de cada año, someterlos a consideración del Consejo de Vigilancia y de la Asamblea General;
- L)** En general todo aquello que procure el mejor manejo de los intereses sociales, económicos y financieros de la Sociedad Cooperativa y sus relaciones con el medio en donde se desenvuelve.

CLÁUSULA 41ª.- Para ser miembro del Consejo de Administración o Gerente Administrativo se requiere:

- A) Ser mexicano de nacimiento o naturalizado.
- B) Saber leer y escribir; además de cumplir con lo estipulado en la cláusula séptima;
- C) Suscribir, por lo menos, un Certificado de Aportación, y
- D) Observar buena conducta dentro y fuera de la Cooperativa, y en su caso, haber cumplido satisfactoriamente las comisiones que le hubiere conferido la Cooperativa.

CLÁUSULA 42ª.- En el caso de fallecimiento de un miembro del Consejo de Administración deberá convocarse a Asamblea extraordinaria dentro de un plazo no mayor de 30 días, contados a partir de la fecha del deceso, para elegir a un nuevo Consejero o Administrador.

CLÁUSULA 43ª.- Los miembros del Consejo de Administración y/o Gerente Administrativo podrán ser removidos por la Asamblea General cuando incurran en alguna de las causas señaladas en el artículo 38 fracciones, I, II y III de la Ciudad de México o falten al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la cláusula 40 de estas Bases.

CLÁUSULA 44ª.- Los miembros del Consejo de Administración y/o Gerente Administrativo que efectúen o permitan efectuar actos notoriamente contrarios a los intereses de la Cooperativa o infrinjan las disposiciones de la Ciudad de México, de estas Bases, los Reglamentos o acuerdos de la Asamblea General en perjuicio de la Cooperativa, responderán en los términos de las garantías otorgadas, sin perjuicio de las sanciones a que se hagan acreedores. El miembro del Consejo de Administración que desee salvar su responsabilidad solicitará que se deje constancia en el Acta respectiva, de su inconformidad con la operación u operaciones que pretenda llevar a cabo el referido Consejo.

CLÁUSULA 45ª.- Los miembros del Consejo de Vigilancia, durarán en su cargo el mismo tiempo que el Consejo de Administración y/o Gerente Administrativo; serán elegidos en Asamblea General y podrán ser reelegidos sólo con una votación mayor a los dos tercios de los socios. En el caso del Consejo de Vigilancia estará integrado por tres miembros e igual número de suplentes, que desempeñarán los cargos de Presidente, Secretario y Vocal en los términos del artículo 45 de la Ciudad de México.

CLÁUSULA 46ª.- Son facultades y obligaciones del Consejo de Vigilancia o Comisionado de Vigilancia además de la señalada en el artículo 46 de la Ciudad de México, las siguientes:

- I. Vigilar que se cumpla lo dispuesto en los Reglamentos que ponga en vigor la Cooperativa, así como los acuerdos de la Asamblea General legalmente tomados;
- II. Establecer los sistemas adecuados conforme a los cuales normará sus funciones como órgano especial de control administrativo; asistir a las juntas del Consejo de Administración; revisar los libros y toda la documentación sustentante de la contabilidad; la documentación administrativa; la correspondencia con los clientes, proveedores, socio y asalariados; los estados de cuenta y todos los documentos bancarios; los inventarios de bienes y mercancías; libros de Actas y otros libros sociales; y todo otro documento que se refiera a operaciones o actividades de la Cooperativa. El Administrador, los Gerentes y Comisionados, los mandos medios y el personal de apoyo, están obligados a facilitarle con prontitud toda la documentación que se le solicite;

- III. Periódicamente deberá efectuar arquezos de caja sorpresivos; conciliaciones bancarias a cualquier fecha; revisión de saldos de deudores, especialmente las cuentas del Administrador; de los Gerentes o Comisionados, de los Socios y de los trabajadores asalariados, y clientes deudores; comprobación de la efectividad de los controles de los presupuestos y su seguimiento;
- IV. Anualmente le corresponde presenciar y colaborar en la toma del inventario físico de fin de año y su valorización; en la comprobación del arqueo de caja; en la conciliación bancaria; y dar opinión sobre los resultados de las operaciones, teniendo como base los estados financieros que serán presentados a la Asamblea General;
- V. El Consejo de Vigilancia deberá elaborar un informe anual de sus actividades y resultados, para ser presentado a la Asamblea General, al Gerente Administrativo y al Consejo de Administración.

CLÁUSULA 47ª.- Los miembros del Consejo de Vigilancia podrán ser removidos por la Asamblea General cuando falten al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la cláusula 46 de estas Bases.

CLÁUSULA 48ª.- El miembro de cualquiera de los Consejos que faltare injustificadamente a las juntas de que forma parte, incurrirá en una multa equivalente a un día de anticipos que le correspondan por concepto del trabajo que desempeñe en la Cooperativa, y si faltare a tres consecutivamente, se le considerará dimitente de su cargo, independientemente del pago de las multas correspondientes.

CLÁUSULA 49ª.- Las multas a las que se refieren las presentes bases se aplicarán a incrementar el Fondo de Educación Cooperativa. Si el Secretario del Consejo de Administración no efectúa los descuentos correspondientes, responderá con el importe de sus anticipos.

CLÁUSULA 50ª.- Las actividades de la Cooperativa, necesarias para cumplir el objeto social se realizarán de conformidad con el Reglamento de Administración, aprobado en Asamblea General.

CLÁUSULA 51ª.- La Comisión de Conciliación y Arbitraje será una comisión que se creará incidentalmente, se integrará con tres miembros; presidente, secretario y vocal, que serán electos en Asamblea General, y durará en sus funciones únicamente el tiempo que sea necesario para resolver el caso. La Comisión tendrá como objeto conocer de las controversias que se susciten entre los órganos de la sociedad, los socios y los asalariados, que le sean turnados por escrito acompañados de las pruebas correspondientes para su estudio y dictamen, que resolverá dentro de los veinte días siguientes a la fecha en que se le hubiere sometido el caso, salvo que la situación sometida a su consideración requiera de mayor tiempo para su esclarecimiento.

La resolución se notificará por escrito a las partes, pudiendo ser recurrida ante la Asamblea General para cuyo efecto, el Consejo de Administración y/o el Gerente Administrativo, deberá incluir este punto en el Orden del Día de la convocatoria respectiva.

CLÁUSULA 52ª.- La Comisión de Previsión Social, estará integrada por tres miembros, Presidente, Secretario y Tesorero, que serán designados en Asamblea General por mayoría de votos y durarán en sus cargos igual tiempo que el establecido para el Consejo de Administración y el Consejo de Vigilancia.

Dicha Comisión tendrá a su cargo el Fondo de Previsión Social y lo aplicará de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 26 de estas Bases, debiendo rendir el informe correspon-

diente ante la asamblea general que conozca del resultado de las operaciones realizadas durante el ejercicio social respectivo.

CLÁUSULA 53ª.- La Comisión de Educación Cooperativa, estará integrada por tres miembros; presidente, secretario y tesorero, electos en Asamblea General por mayoría de votos y durarán en sus cargos el mismo tiempo que el designado para el Consejo de Administración y el Consejo de Vigilancia, pudiendo ser removidos en cualquier tiempo en Asamblea General si no cumplen debidamente su cometido.

Dicha comisión tendrá como objeto fundamental, instruir y educar permanentemente a los miembros de la Sociedad Cooperativa acerca de sus obligaciones y derechos en calidad de socio, así como fomentar la educación en la economía solidaria, la cultura ecológica y la ética del cuidado; todo en cumplimiento de lo establecido por el artículo 6 fracción V, y 47 de la Ciudad de México, asimismo, tendrá a su cargo el Fondo de Educación Cooperativa y lo aplicará de conformidad con el presupuesto respectivo, aprobado en Asamblea General, debiendo rendir el informe de su actuación ante la Asamblea General que conozca del resultado de las operaciones efectuadas durante el ejercicio social correspondiente.

CAPÍTULO V

DE LA CONTABILIDAD

CLÁUSULA 54ª. – Los administradores de la Cooperativa están obligados a llevar una contabilidad fidedigna y actualizada de todas las operaciones sociales, única forma de dar debida cuenta de los dineros entregados por los socios para su administración, de acuerdo a las normas establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

CLÁUSULA 55ª.- El ejercicio anual deberá concluir el 31 de diciembre de cada año, fecha en la cual se deberá tomar el inventario de los bienes físicos y de los valores, hacer arqueos de caja, conciliar las cuentas bancarias y comprobar la relación de deudores y acreedores, cerrar los libros de contabilidad, elaborar el balance general, el estado de resultados y los anexos que se estimen necesarios.

Los libros de contabilidad serán libro mayor, libro diario, libro de inventarios y balances, o en registros electromagnéticos.

CLÁUSULA 56ª.- Libros sociales.- Deberán abrirse el libro de Actas de las Asambleas Generales, y libros de Actas de los Consejos y de los Comisionados.

CAPÍTULO VI

DE LA DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA SOCIEDAD

CLÁUSULA 57ª.- La Cooperativa podrá disolverse en forma voluntaria, por haber cumplido su objetivo social o porque el estado económico de la sociedad no permita continuar con las operaciones, mediante resolución fundada de la Asamblea General adoptada por los dos tercios de los socios presentes; todos los bienes y fondos de Previsión Social, Educación Cooperativa, Fondos de Reserva y los bienes que se hubiesen comprado con los donativos

recibidos por la Cooperativa pasarán a otra cooperativa o bien a la Secretaría de Salud o a la Secretaría de Educación Pública.

En caso de quiebra o suspensión de pagos, los órganos jurisdiccionales correspondientes se pronunciarán sobre la materia y aplicarán las disposiciones legales correspondientes.

Si la Cooperativa se disuelve por fusión con otra cooperativa, la sociedad fusionante tomará a su cargo los derechos y obligaciones de la empresa fusionada.

CLÁUSULA 58ª.- Disuelta la Cooperativa se pondrá en liquidación en los términos de los artículos 68, 69, 70, 71 de la Ciudad de México.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 59ª.- La Cooperativa en las fuertes demandas de trabajo, podrá contratar personal asalariado, de conformidad con el artículo 65 de la Ciudad de México.

- A)** Cuando las circunstancias extraordinarias o imprevistas de la producción o los servicios lo exijan.
- B)** Para la ejecución de obras determinadas;
- C)** Para trabajos eventuales o por tiempo determinado o indeterminado, distintos a los requeridos por el objeto social de la cooperativa.
- D)** Para la sustitución temporal de un socio hasta por seis meses en un año, y
- E)** Por la necesidad de incorporar personal especializado altamente calificado.

CLÁUSULA 60ª.- Cuando la Cooperativa requiera por necesidad de expansión admitir a más socios, el Consejo de Administración tendrá la obligación de emitir una convocatoria para tal efecto, teniendo preferencia para ello, sus trabajadores, a quienes se les valorará por su antigüedad, desempeño, capacidad y en su caso por su especialización.

CLÁUSULA 61ª.- Con el fin de defender sus intereses y aplicar economías de escala, la Sociedad Cooperativa podrá integrarse con otras cooperativas de la misma rama u otras ramas, para formar federaciones o uniones respectivamente. Para el cumplimiento de lo anterior, el Consejo de Administración y/o el Gerente Administrativo, decidirá la conveniencia y nombrará a los representantes obteniendo la ratificación respectiva en la primera Asamblea General que se realice.

CLÁUSULA 62ª.- Estas bases sólo podrán modificarse en Asamblea General donde concurren las dos terceras partes de los socios y de conformidad con el artículo 19 de la Ciudad de México.

TRANSITORIOS

Primero.- El capital social inicial de la sociedad es la suma de \$¿?,000.00 pesos 00/100 MN (XXX mil pesos 00/100 MN.), suma que está dividida en ¿? certificados de aportación, con valor de \$3,000.00 pesos 00/100 MN. (Tres mil pesos 00/100 MN.) cada uno. A la fecha, los socios han cancelado \$¿?,000.00 pesos 00/100 MN., cada uno del valor total del certificado de aportación, que es el valor exhibido; y el valor pendiente de pago de \$¿?,000.00 pesos 00/100 MN., se pagará por cada socio en su totalidad en el transcurso de un año, según los términos acordados y vigentes en la Ciudad de México.

RECOMENDACIÓN FINAL DE ESTAS CONSIDERACIONES...

Es viable iniciar este proyecto conformando un Grupo Promotor de *FAMILIAS ACTIVAS*, que incluso logre hasta registrar notarialmente a la Cooperativa; no obstante, su meta básica inicial debe concentrarlo en conseguir al Administrador de *FACTIVAS*, quien entre sus primeras encomiendas debe diseñar proyectos de obtención de fondos, pues sin obtener financiamiento será imposible avanzar adecuada y prontamente.

Finalmente: este documento y su adjunto, es un borrador que seguramente podrá enriquecerse desde su participación, si acuerda que algo podrá lograrse con un proyecto como el aquí planteado.

Propuesta elaborada por Luis Eduardo Primero Rivas en marzo del 2013 y actualizada al mes de julio del 2016.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Aurelio Nuño Mayer *Secretario de Educación Pública*
Salvador Jara Guerrero *Subsecretario de Educación Superior*

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

Tenoch Esaú Cedillo Ávalos *Rector*
Mónica Angélica Calvo López *Secretaria Académica*
Romel Cervantes Angeles *Secretario Administrativo*
Alejandra Javier Jacuinde *Directora de Planeación*
Martha Isela García Peregrina *Directora de Servicios Jurídicos*
Fernando Velázquez Merlo *Director de Biblioteca y Apoyo Académico*
Xóchitl Leticia Moreno Fernández *Directora de Unidades UPN*
Alejandro Gallardo Cano *Director de Difusión y Extensión Universitaria*

COORDINADORES DE ÁREA ACADÉMICA

Lucila Parga Romero *Política Educativa, Procesos Institucionales y Gestión*
Jorge Tirzo Gómez *Diversidad e Interculturalidad*
Pedro Bollás García *Aprendizaje y Enseñanza en Ciencias, Humanidades y Artes*
Carlos Ramírez Sámano *Tecnologías de la Información y Modelos Alternativos*
Iván Rodolfo Escalante Herrera *Teoría Pedagógica y Formación Docente*

COMITÉ EDITORIAL UPN

Tenoch Esaú Cedillo Ávalos *Presidente*
Mónica Angélica Calvo López *Secretaria Ejecutiva*
Alejandro Gallardo Cano *Coordinador Técnico*

Vocales académicos

Carlos Lagunas Villagómez
María Guadalupe Díaz Tepepa
Ana Lidia Magdalena Domínguez Ruiz
Verónica Hoyos Aguilar
María del Rosario Soto Lescale
Martín Antonio Medina Arteaga

Subdirectora de Fomento Editorial *Griselda Mayela Crisóstomo Alcántara*
Formación *María Eugenia Hernández Arriola*
Diseño de portada *Jesica Coronado Zarco*

Esta primera edición de *La nueva epistemología y la salud mental en México* estuvo a cargo de la Subdirección de Fomento Editorial, de la Dirección de Difusión y Extensión Universitaria, de la Universidad Pedagógica Nacional y se publicó el 6 de abril de 2017.