

ÍNDICE GENERAL

Conferencia Inaugural: **X. Renders. *Les bouleversements psychologiques au XXI^e siècle***

Conferencia L. López-Yarto. *Patologización de la cotidianidad*

EXPLORANDO LOS LÍMITES ENTRE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO

Coord. Rufino Meana

Universidad	Nombre	Título
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia	Esperanza Hidalgo Urrea esperanza.hidalgo@upb.edu.co Elena García Arboleda	¿De qué sufren los niños hoy?
Pontificia Università Gregoriana, Roma	Tim Healy healy@unigre.it	What's the problem?
Pontificia Universidad Católica de Ponce, Puerto Rico	José Angel Gandía Pabón jgandia@email.pucpr.edu	Parasufrias; o del culto al dolor, al dolor como paradigma de la psicología en el siglo XXI
Universidad del Bio Bio Chile Universidad P. Comillas	Margarita Chiang Vega mchiang@ubiobio.cl Mauricio Salazar Botello Mauricio@ubiobio.cl Antonio Núñez Partido anup@ccc.upco.es	Evaluación del clima laboral y la satisfacción como prevención de psicopatologías: Adaptación de un cuestionario

ROSTROS DE LA VIOLENCIA

Coord. Angustias Roldán

Universidad	Nombre	Título
Institut Catholique de Lille Francia	Dominique Reniers Dominique.RENIERS@ici-lille.fr	Medusa, figure du monde contemporain
Universidad Pontificia Bolivariana	Angela Esmeralda Hincapié Gomez desarrollo.social@upb.edu.co	Escuchar a las víctimas del desplazamiento forzado
St. Jerome's University Ontario, Canadá	Christopher T. Burris cburris@watarts.uwaterloo.ca John K. Rempel	Rumours of Your Demise Are Greatly Anticipated: Cognitive-Emotional Antecedents of Hate

NUEVAS ADICCIONES

Coord. María Prieto

Universidad	Nombre	Título
Universidad Católica de Pernambuco Colombia	Edilene Queiroz equeroz@unicap.br	A compulsao por modelar o corpo
Universidad de Puerto Rico en Ponce	Luis Raúl Sánchez-Peraza lsanchez@uprp.edu	La sociedad farmacéutica: la an-estesia social o la progresiva disminución de dispositivos culturales para la acción sublime
University of St Thomas Houston Texas	Elizabeth A. Maynard maynare@stthom.edu	Internet Pornography: The Psychology of Instant Gratification
Universidad Pontificia Comillas	Elena Gismero egismero@chs.upcomillas.es	Ideales vendidos, necesidades incorporadas: cambiar de cuerpo

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL CICLO VITAL

Coord. Javier Hugo Martín Holgado

Universidad	Nombre	Título
Universidad de San Buenaventura Colombia	Juan Carlos Jaramillo Estrada Juan.Jaramillo@usbmed.edu.co	La noción de trastorno psicológico a la luz de los nuevo paradigmas
Loyola Marymount University Los Angeles	Ricardo A. Machón rmachon@lmu.edu	The Neurodevelopment of Major Mental Disorders
Universidad de Valencia	E. Navarro Pardo MD. Gil Llario R. Ballester Arnal ML Gacía Sanahuja	Influencia de variables sociodemográficas en la demanda de atención sexual y en el tipo de disfunción sexual experimentada
Universidad Católica Portuguesa Porto	Antonio M. Fonseca afonseca@porto.ucp.pt	From adulthood to aging-risk and resilience

INTERVENCIÓN Y PSICOTERAPIA

Coord. Carlos Alemany

Universidad	Nombre	Título
Pontificia Universidad Católica de Chile	Carmen Gloria Hidalgo cghidalgo@puc.cl	Outreach familiar: Intervención psicoterapéutica en familias multiproblemáticas
Sacred Heart University, Connecticut, USA	Michelle Loris lorism@sacredheart.edu	Psychological Trauma: Education and Clinical for Treatment of Post Traumatic Stress Disorder
UPCOMILLAS	Inés Carrasco Galán Isabel Espinar Fellmann iespinar@chs.upcomillas.es	Trastornos de ansiedad y género: vulnerabilidad y propuestas de tratamiento
UNED UPCOMILLAS Asociación Cauces	Guillermo Gil Escudero Antonio Núñez Partido Mª José Martín Rodrigo Pedro P. Herráiz Domingo Rosa Fernández López Mónica Rodríguez Zafra	Patología y terapia de los cuidadores principales de los mayores dependientes: factores psicológicos de sobrecarga, consecuencias y vivencias comunes
UPCOMILLAS	Carlos Alemany Briz calemany@chs.upcomillas.es	El cambio terapéutico en la Psicoterapia experiencial de E. Gendlin

FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

Coord. Jesús Labrador

Universidad	Nombre	Título
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico	Norma Maldonado Santiago nmaldonado@email.pucpr.edu Wilmarie Palomo Colón	La psicoterapia como imposibilidad pedagógica
Sacred Heart University, Connecticut, USA	Kathryn Lafontana Michelle Loris lorism@sacredheart.edu	Developing a Psychology Curriculum at an American Catholic University: Integration with the Liberal Arts and Catholic Intellectual Traditions
University of Notre Dame, Indiana, USA	Susan Steibe-Pasalich Susan.steibe-pasalich.1@nd.edu	Psychotherapy Skills: The University Counseling Center as the Experiential Teacher
Universidad Católica de Chile	Andrea Machuca Dariela Sharim dsharim@puc.cl	Clínica en la Universidad
Université Catholique de L'Ouest (UCO)	Patrick Martin-Mattera martinmattera@wanadoo.fr patrick.martin@uco.fr	Enseigner quelle psychopathologie et quelles psychothérapies aujourd'hui?

EXPLORANDO LOS LÍMITES ENTRE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO

Coord. Rufino Meana

Les bouleversements psychologiques au XXI^e siècle

Conférence inaugurale par X. Renders

Professeur de psychologie clinique et Vice-recteur
aux affaires étudiantes de l'Université Catholique
de Louvain, Belgique.

Plan

- I. Une culture mondiale du déshumain.
 1. Qu'est-ce qu'une vie authentiquement humaine?
 2. Aujourd'hui, l'homme serait-il devenu superflu?
 - le bouleversement dans le rapport au travail
 - le bouleversement dans le rapport au temps
 - le bouleversement dans le rapport au savoir
- II. Les nouvelles formes de souffrance psychique.
 1. La santé mentale, selon Winnicott
 2. Les tendances lourdes de la maladie humaine au XXI^e siècle
 - les souffrances au travail
 - les souffrances sociales
 - les souffrances du corps vu
- III. Le principe d'espérance, dans un Tiers.

I. Une culture mondiale du déshumain.

Ces premières années du XXI^e siècle voient s'estomper le visage de l'homme. La philosophe du politique, Hannah Arendt, l'écrivait déjà au début des années 60 dans son livre «La condition de l'homme moderne», «Désormais, l'humanité ne va plus de soi».

1. Il est essentiel, pour aborder les bouleversements psychiques du 21^e siècle de s'appuyer sur un ensemble d'éléments qui font la spécificité d'une vie authentiquement humaine.

Une dimension centrale fonde la vie de l'homme — celle de son identité, et j'y ajoute de son identité pensée, dite, énoncée, narrée. De son identité dans le langage. De son identité liée au verbe. De son identité professée, portée en avant. L'identité de l'homme est faite de mêmeté, d'ipséité et d'altérité.

Chaque humain est à la fois semblable et différent de l'autre. Ordinaire et exceptionnel. Pour le dire autrement encore, l'identité humaine est constituée de tout ce qui touche aux différences radicales entre humains (culture, langue, religion, sexe, ...), d'une part, à leur fraternité foncière au sein de la même espèce, de l'autre (une espèce qui n'est ni animale, ni chose, ni machine, ni somme d'organes ou d'actes...).

Vivre en humain, c'est donc décliner en paroles à travers toutes les mailles de son existence qui il est — ce qui fait de lui un sujet singulier, unique, et ce qui fait de lui un sujet solidaire, indissociable de tous ses frères. Indissociables, indivisibles comme peuvent l'être un savant d'université et un grand handicapé psychique, un riche industriel américain et un misérable enfant soldat d'Afrique.

Etre humain, c'est dire — «Me voici, nous voici», ni plus, ni moins, humble(s) et grand(s).

Dimension humaine centrale, donc, que celle de l'identité.

Mais il va de soi que d'autres dimensions peuvent être greffées sur cette première, ou encore la concrétiser.

Et j'en évoque trois□

- la dimension d'intégrité□ la vie humaine implique non seulement le respect de l'être mais de ses biens, de ses ressources et de son environnement naturel. La vie humaine s'élargit à la sphère qui la nourrit.
- la dimension de croissance□ la vie humaine s'inscrit dans un processus de développement, de déploiement, de formation, d'éducation. Elle est mouvement, avancée.
- la dimension de filiation ou de génération□ la vie humaine est issue de vies qui la précèdent et suivie d'autres vies. La vie humaine s'inscrit dans la temporalité.

Pour reprendre et souligner sous une forme éthique cet ensemble d'éléments définissant l'humain, je tiens à évoquer un des plus beaux livres lus dans ma vie□ «Les dix commandements, aujourd'hui□, d'André Chouraqui (2000), seul traducteur à la fois de la Bible, du Nouveau Testament et du Coran. Chouraqui y met en parallèle ces commandements dans les livres des trois religions monothéistes. Plus, pour lui, ces commandements s'adressent à l'humanité entière du fait qu'ils contiennent le substrat de la condition humaine. Ils forment le code général d'une éthique universelle, condition suprême de la survie de l'homme. Les dix commandements rejoignent les six propositions d'engagement, toutes éminemment actuelles, promulguées en 2000 par l'ONU dans un Manifeste pour la culture de la paix.

- respecter les vies sans discrimination ni préjugé.
- rejeter les violences physique, sexuelle, psychologique en particulier envers les plus démunis tels les enfants.
- libérer ma générosité dans le partage afin de réduire l'injustice.
- écouter pour se comprendre et défendre la liberté de pensée et de culture.
- préserver la planète et ses ressources afin que d'autres générations puissent continuer à la peupler.
- réinventer la solidarité, la participation de tous et la démocratie.

Les juifs, les chrétiens et les musulmans ont à se considérer, conclut Chouraqui, comme particulièrement responsables de cet appel, tout entier contenu dans le Décalogue.

2. Aujourd'hui, il faut le reconnaître bien en face, la proposition d'humanité est mise gravement en péril et même décrédibilisée. L'homme ne va plus de soi. L'homme serait-il devenu superflu Comme le note le journaliste et essayiste Jean-Claude Guillebaud, trois sœurs révolutionnent la vie, qui déstabilisent au niveau mondial l'identité de l'homme l'économie, l'informatique et la génétique. La visée de performance financière immédiate et maximale, la mise en place d'outils technologiques qui ambitionnent une maîtrise totale des processus, la chosification progressive du vivant, végétal, animal ou humain, tout cela fait peu à peu perdre à l'homme les traits de son visage. Nous entrons dans un monde sans limite, où tout semble possible, où l'humanité est réduite à l'état de masse ou de marché. Il s'agit bien d'une montée du totalitarisme, mais d'un totalitarisme d'un genre nouveau car d'une part, il s'étend à l'ensemble des continents, de l'autre, il est pour ainsi dire anonyme. Le dominateur n'est pas visible. Existe-t-il d'ailleurs réellement La logique que nous décrivons ne s'engendre-t-elle pas elle-même Ne s'emballe-t-elle pas sans contrôle

Je voudrais, par trois bouleversements qui touchent notre quotidien, illustrer cette révolution du XXI^e siècle.

Bouleversement dans le rapport au travail.

Le travail est de plus en plus coupé de son lien avec le travailleur. Les postes de travail sont délocalisés et relocalisés sans cesse. Le travailleur est interchangeable. Seul compte ou est évalué le résultat du travail, c'est-à-dire le gain qu'il produit. Le rapport de l'homme à l'ouvrage, la créativité singulière qu'il peut y mettre, l'innovation qu'il peut y apporter, le lien social dont le milieu de travail peut être le creuset, toutes ces richesses humaines, se voient aujourd'hui progressivement disqualifiées et même déniées, oubliées, sans importance.

Ce qui dorénavant fait l'entreprise de travail, c'est son organisation, sa gestion, son management, son chiffre.

Bouleversement dans le rapport au temps.

L'instant est compté pour faire, pour se déplacer, pour transmettre et communiquer. L'information est exigée en temps réel, au moment (ou presque) où se passe l'événement. Car on ne peut perdre la maîtrise de l'événement. Au fond, l'événement finit par se confondre avec son «reporting». L'événement ne peut plus véritablement se dérouler, se déployer dans le temps. Il peut de moins en moins être vécu, ressenti, pensé, narré.

Marguerite Yourcenar avait dans un de ses romans cette jolie phrase sur l'importance de la temporalité et de la durabilité : «Il faut, écrit-elle, laisser au temps sa qualité de sculpteur». Et c'est si vrai, en particulier, dans nos milieux d'éducation.

Bouleversement dans le rapport au savoir.

Ce bouleversement touche dorénavant nos milieux scientifiques et universitaires et est en passe de mettre en crise leur idéal humaniste. De nombreux collègues dénoncent à présent la réification du savoir et de la connaissance, et leur marchandisation. Comme pour le travail, coupé de la personne du chercheur ou de l'enseignant, le savoir devient un objet opératoire.

Plus il est utile à la visée économique, mieux il se vend. Le savoir validé, prêt à passer de mains en mains, bien géré, fonctionnel, se substitue à la vérité cherchée, à la vérité énoncée, partagée, débattue, à l'œuvre humaine de recherche et d'enseignement. Construire des connaissances et les proposer aux jeunes impliquent initialement un maître qui pense, un maître qui parle, un maître qui écoute.

La figure du maître écrit Jean-Pierre Lebrun, un collègue psychiatre de mon pays, «Tend à s'effacer pour céder la place à celles d'agents anonymes de diffusion de connaissances». Le dire porté par le visage de l'homme s'estompe au profit de la chose dite.

II. Les nouvelles formes de souffrance psychique.

Les nouveaux dangers du monde que nous venons d'évoquer engendrent de nouvelles formes de souffrance dans tous les milieux et gagnent progressivement toutes les parties du monde. Ces nouvelles souffrances, très logiquement, expriment globalement la perte de l'identité humaine, la réduction de l'expérience humaine, développées dans notre première partie d'exposé. Ces nouvelles souffrances vont donc se situer dans la sphère de la construction de l'humain et de son rapport à la réalité. Elles constituent, selon l'expression de Jean-Pierre Lebrun, la «clinique psychologique de la postmodernité». Maladies du rapport de l'homme à sa réalité. Maladies de l'homme à la fois éloigné de lui-même et partiellement privé d'échange avec le réel qui l'entoure.

1. Quand j'évoque en traits grossis ces bouleversements psychiques actuels, je les pense immédiatement comme l'envers de ce qui fait le fondement de la santé mentale de l'homme telle que la décrivait le psychanalyste britannique Donald Winnicott.

Pour Winnicott, la santé mentale n'est pas un état. Elle est un mouvement. Elle se construit tout au long de la vie. Elle n'est pas non plus une absence de symptômes ni de souffrance. Mais elle est ce qu'il appelle la constitution jamais achevée du vrai self, du vrai soi.

Qu'est le vrai self pour Winnicott ? L'auteur répond en trois points et vous constaterez que ces trois points rejoignent très précisément les pertes et drames de l'humain actuel.

- Premier point : le vrai self est le noyau de continuité de notre existence. Le vrai self assure l'homme qu'à travers toutes les péripéties internes et externes de son existence, un fil se maintient, un lien intégrateur, une

ligne de vie. «Le change, tout change et pourtant, je me reconnais bien là. C'est bien ma vie qui continue».

- Deuxième point le vrai self est le noyau qui me donne le sentiment que la vie vient de moi, que ma vie est force et spontanéité, authenticité du geste et de la pensée et que tout cela ne peut être contesté par quiconque. Quelque chose émane de moi, incontestablement, de manière inviolable. Comme l'on dit parfois «Et cela, personne, jamais, ne me l'enlèvera». Déjà chez l'enfant.
- Troisième et dernier point le vrai self est le noyau qui me dit, qui m'ajoute «Et la vie, elle en vaut la peine». Quelque chose de la joie qu'on peut éprouver parfois (pas toujours) le matin, à l'aube d'une journée qui s'annonce intéressante, qui vaut le coup d'être vécue. Winnicott disait «Être à soi-même sa propre fin». Pour une part.

Mais le vrai self, pour se constituer, requiert tout un travail de transformation mutuelle, de création mutuelle du sujet humain et de la réalité. Le self se construit des échanges créatifs avec le monde. La réalité externe est intériorisée et transforme l'humain, tandis que l'humain restitue au monde cette réalité, nantie de ce qu'il a pu lui-même lui conférer, de ce qui vient de lui. Pour Winnicott, cette création mutuelle de l'homme et du monde se nomme culture.

Vous le percevez, la santé mentale, pour Winnicott, est subordonnée à l'identité, à la créativité, à la joie et par dessus tout à l'expérience d'échange sans cesse renouvelé entre soi et ce qui n'est pas soi.

2. Les tendances lourdes de la maladie humaine.

En ce début du XXI^e siècle, ces tendances sont hélas, il faut le reconnaître, l'envers presque point par point de la conception winnicottienne de la santé mentale répétons-le, un être morcelé, désavoué dans ce qui émane de lui, utilisé et commandé par des mécanismes externes sur lesquels il se sent sans prise, appauvri dans son expérience d'échange avec le réel.

Présentons trois groupes de figures concrètes et nouvelles de la souffrance «Post-moderne»
1. les peurs et soumissions au travail entraînant ce qu'on appelle cliniquement, des états limites
2. les conduites sociales à risque et leur cortège de violences, en particulier chez les jeunes
3. enfin, l'extrême labilité des corps, s'ils sont réduits en images.

Souffrances au travail.

Bien des femmes et des hommes vivent au travail la précarité, le stress et le harcèlement. Je l'ai dit dans la première partie ils voient niés ou méprisés leur affectivité et le vivre ensemble au travail. La peur et la soumission les amènent à tolérer des situations d'injustice, de menace et de mensonge. Beaucoup de travailleurs, certes, ne sont pas sans discernement devant ce qui se passe, mais ces situations deviennent aujourd'hui à ce point répandues, banalisées, j'oserais presque ajouter cohérentes et rationalisées par le discours ambiant, que ces travailleurs abandonnent la protestation et entrent dans le zèle.

Ils intériorisent la logique de fonctionnement de l'entreprise. Ils renoncent d'eux-mêmes à leur conscience critique. Ils se clivent intérieurement. Là se trouve le noyau du mal au travail.

Un psychiatre du travail, Christophe Dejours, estime du reste dans son excellent ouvrage «Souffrance en France», que le risque psychique qui pèse sur les travailleurs tient moins aux excès du néo-libéralisme comme tels qu'à la rationalité du système et à sa banalisation. Vivre dans la précarité d'emploi, dans la compétition stressante et dans l'ignorance des plans qui vous gouvernent est désormais considéré comme normal, le lot de tous. Comme s'il ne pouvait en être autrement

Mais les attitudes de consentement silencieux, de peur et de honte se payent psychologiquement. Je vous parlais d'états limites, ces états qui montrent une apparence de normalité et d'adaptation sous laquelle se cachent des clivages internes menaçant l'unité du psychisme. Ces états peuvent préparer l'irruption soudaine de violence, des moments explosifs sur des scènes distinctes de celle du travail, notamment celle de la vie familiale, des suicides. Que d'exemples nous traversent l'esprit

Souffrances sociales.

Proches des premières, les souffrances sociales. Elles touchent beaucoup de jeunes hommes, dans les cités et les banlieues mais aujourd'hui, elles s'étendent à d'autres milieux comme celui des études. Nous, universitaires, commençons à être frappés de plein fouet.

Touchés par l'insécurité, la perte de travail, la ségrégation spatiale dans des quartiers discriminés, beaucoup de jeunes hommes tentent de retrouver quelques fragments d'identité perdue, d'identité masculine notamment, ou de culture perdue. Se créent de nouvelles cultures de type tribal avec leurs codes, leur hiérarchie, leur territoire à défendre, leur défi à l'autorité.

Là se développent ce que le sociologue Lebreton appelle «Les conduites à risque». Les conduites à risque sont disparates. Leur trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser et de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril. Abus de drogues ou d'alcool, violence, défis d'honneur, vols, microtrafics, automutilation, conduite de voiture à contresens sur autoroute...

Les conduites à risque peuvent être considérées comme les répliques des épreuves infligées par le social à ces jeunes. On choisit son risque plutôt que de le subir. On garde ainsi à ses propres yeux et aux yeux des autres, une forme de maîtrise, une illusoire identité¹. Les prises de risque sont de plus en plus extrêmes et inhumaines. Au fond, l'inhumain se répète, reproduit par celle ou celui qui souffre.

Le phénomène gagne à présent, je vous le disais, les milieux qui sont les nôtres, écoles et universités.

Je vais vous parler d'une réalité apparue dans ma propre université depuis très peu de temps, qui est plus ancienne et plus courante dans certains établissements d'autres pays européens : «Le binge drinking».

Le binge drinking vise l'ivresse la plus rapide possible, jusqu'à la perte de conscience. Il s'agit souvent de consommer des mélanges d'alcool et d'autres produits, drogues ou médicaments. Binge veut dire bombe. Le

¹ Voir Pascale Jamoulle «Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires». Ed. La découverte. Paris, 2005

«Binge drinking» cherche en effet l'éclatement, l'explosion, le décollement du sol, le saut hors de la réalité.

Hélas, nous avons connu récemment deux accidents mortels d'étudiants qui se livraient à ces conduites à risque. Ces accidents résultaient littéralement de sauts sous l'effet d'une consommation effrénée entraînant une perte du sens de la réalité, des jeunes sautent dans le vide du haut d'un mur et s'éclatent au sol.

De tels drames illustrent, de manière paroxystique, cette perte d'identité ici recherchée. Ces jeunes sont allés jusqu'à la mort, mais le binge drinking s'installe comme un sorte de fragment de culture il comporte des codes, se donne en spectacle. C'est jouer à se perdre devant les autres, se renier, s'oublier, s'offrir en transmutation au regard des autres.

D'une manière générale, l'ivresse extrême, répétée, même espacée, entraîne des détériorations mentales avec troubles de l'attention, de la mémoire, ralentissement cognitif etc...

Comment comprendre l'apparition de telles expressions dans des milieux apparemment plus protégés que sont les milieux d'éducation ?

Ce serait faire bon marché que de les considérer seulement comme des transgressions d'interdits, propres à l'adolescence, telles qu'on en connaît tant d'autres et depuis toujours. On est ici, me semble-t-il, une fois encore, devant d'authentiques souffrances chez des jeunes, sans doute plus fragiles au départ, qui cherchent à se dégager d'un univers social qui les écrase, pour exister autrement.

Et c'est vrai, la compétition violente entre étudiants envahit progressivement nos universités, par exemple dans les concours de sélection à l'entrée de certaines facultés.

Souffrances du corps vu.

Je l'ai abordé d'une manière latérale dans mon exposé le monde est en perte d'humanité parce qu'il privilégie le produit, le résultat, la forme extérieure, au détriment du processus et du rapport intime, subjectif, de l'homme à son agir et aux autres. L'image l'emporte, et massivement l'image sur écran qui réduit la réalité à deux dimensions. L'écran, dirais-je,

amplifie la perte du rapport de l'homme à la réalité et le prive, encore une fois, d'expérience directe.

Dans les consultations de psychopathologie aujourd'hui, les troubles de l'enveloppe corporelle sont de plus en plus nombreux : somatisations, agitation physique ou langagière, hyperactivité, mobilité incessante, sautillement permanent.

Notre époque, écrit Michel Bounan dans son ouvrage « La folle histoire du monde », se donne en images, en spectacle. Elle est caractérisée par une sorte d'hystérie collective.

On peut comprendre devant la difficulté maintes fois évoquée ici d'être soi, de construire ce noyau intime d'existence qu'est le vrai self, l'homme d'aujourd'hui cherche à répondre extérieurement à ce qui lui est demandé : soigner l'apparence qu'il donne. Il veut désespérément coller à l'image qu'il croit attendre de lui par autrui. L'identité ne vaut que dans le regard du semblable. Souci incessant du corps vu. Souci, on peut le dire, à corps perdu.

Et le corps de l'homme produit des symptômes. Il réagit à cette violence qui lui est imposée, de plus en plus désaccordée qu'il est au cri intérieur qui monte de ses entrailles et tente de se faire entendre.

C'est un corps affolé et douloureux qui est présenté au clinicien d'aujourd'hui.

Le clinicien dont la visée sera dès lors de faire retrouver la parole de soi à celle ou celui qui souffre d'une vie en long et en large, privée de sa troisième dimension, la profondeur.

III. Le principe d'espérance, dans un Tiers.

Réaliser les bouleversements psychologiques en cours et tenter d'appréhender les souffrances d'une culture mondiale du déshumain sont en soi des pas très importants pour redonner place à l'homme et à sa santé mentale.

Une assemblée internationale d'universitaires catholiques qui met en chantier ces questions s'inscrit au cœur d'une vocation. Nous, universitaires chrétiens, avons la

responsabilité toute particulière de faire de nos espaces de recherche et d'éducation des lieux d'amour de la vie humaine, lieux de promotion de la dignité de tout homme dans lequel, comme chrétien, je veux reconnaître un autre visage, celui du Christ, fils de Dieu.

André Chouraqui nous rappelait à cette responsabilité que nous chrétiens portons tout particulièrement aux côtés des fils du Décalogue, nos frères juifs et musulmans.

Permettez que je vous narre une expérience très modeste et débutante de démocratisation de l'accès à l'enseignement supérieur dont j'ai pris l'initiative comme vice-recteur aux affaires étudiantes, dans mon université.

Plusieurs études montrent que chez nous en Belgique, ce qui fait obstacle à l'accès des jeunes de milieux défavorisés à l'université, c'est moins l'argent que le poids des représentations sociales. On appartient à une famille, à un milieu, voire à une école ou à une région où il apparaît presque impensable de poursuivre des études. L'université est imaginée comme un autre univers, une autre planète.

Nous nous sommes décidés à mener une expérience de rapprochement entre notre université et les jeunes d'une école installée dans une région très défavorisée de mon pays sur les plans économique, social et culturel à la fois. Le chômage est tel que dans certaines familles, les jeunes n'ont vu ni leurs parents ni leurs grands-parents occuper un emploi. Ces jeunes, inscrits dans des filières scolaires professionnelles, ne poursuivent des études que très exceptionnellement au-delà de l'âge obligatoire.

Rapprochement, familiarisation, rencontre. Apprendre à se connaître réciproquement. Depuis deux ans, des collègues professeurs de notre université et moi donnons une journée de cours du niveau de première année universitaire dans leur école, aux élèves en fin de cycle : droit, mathématiques, français à l'université, philosophie, psychologie. C'est le saisissement : « Des profs d'univ ici ». Et on comprend leur langue. Pas tout, c'est un peu difficile. Ces professeurs semblent passionnés par ce qu'ils savent. Au fond, les études, cela peut être intéressant. Quelques mois après, visite des élèves dans notre ville universitaire. Découverte, cette fois, de vrais cours, de laboratoires, de bibliothèques. Contacts avec nos étudiants : « Ils sont habillés comme nous. On a visité leur logement. Et la vaisselle n'était pas faite ».

Enthousiasme de tous des élèves de l'école et de leurs professeurs, de nos professeurs et de nos étudiants. Fin de la première année d'expérience, l'été passé deux fois plus d'élèves qu'habituellement décident de poursuivre les études. L'université organise cette année pour eux un suivi méthodologique, socio-pédagogique pour leur offrir les meilleures chances de réussite.

Rencontre humaine. Expérience à toute petite échelle.

Au fond, nous nous présentons jeunes de là-bas et «*lieux*» de chez nous comme humains s'énonçant, disant leur identité et leur exception, dans un cadre où professeurs d'université et élèves socialement disqualifiés se reconnaissent comme semblables. «*Ils parlent comme nous*».

De tels moments atténuent la discrimination, mettent en connexion les cultures, favorisent des espaces d'intégration. Dans de minuscules proportions, nous œuvrons tous, les jeunes les premiers, à une prévention des conduites à risques, de leur cortège de violences et de perte de contact avec la réalité.

L'espérance dans un Tiers. Ce qui fonde l'humain, c'est de se penser et de se dire, dans sa différence et sa similitude avec autrui. C'est en vérité le langage qui fait Tiers, qui fonde le sujet humain, qui lui permet de sortir de la masse. Car le langage transcende l'homme. Il le précède, lui préexiste. Je me suis humanisé en entrant dans le langage issu d'avant et de plus haut. Le bouleversement humain d'aujourd'hui pourrait aussi être compris comme le résultat d'une mutation dans le rapport au langage. Comme le savoir, le langage peut être rabaissé au statut d'objet ou encore d'outil. Il n'est plus reconnu dans sa dimension d'antériorité, dans sa dimension extérieure et transcendantale. Il n'est plus reconnu comme Tiers. Il n'est plus attendu. Il est comme un instrument d'usage et de proximité, à portée de main. Si la dimension tierce n'est pas instaurée et restaurée, si l'attente de ce qui vient d'ailleurs est bouchée, que reste-t-il à désirer? Que reste-t-il qui puisse mettre l'humain en mouvement, en quête, en construction de son vrai self? Que reste-t-il de la santé mentale?

La place donnée au Tiers logique est d'une certaine façon une place vacante, une place vide, qui littéralement laisse à désirer. Elle est indispensable à l'humain. Encore une fois, elle le fonde car c'est là que peuvent aller et venir les mots pour se dire.

Nous chrétiens avons la chance du don de la foi. Dans notre foi, qui toujours va et vient nous éprouvons la nécessité de cette place vide ouverte au Tiers. La religion chrétienne est celle du tombeau vide, car le tombeau vide laisse à désirer le Verbe ressuscité.

La place vide, la place du Tiers assure la survie de l'humain. Pensons à notre responsabilité sur toute possibilité de l'ouvrir pour sauver l'homme.

Dans la sphère du pouvoir par exemple, écrit encore le psychiatre Jean-Pierre Lebrun, c'est l'existence du lieu vide, du lieu tiers qui assure la démocratie. Car aucun individu, aucun groupe, aucun monarque ni parti unique ne peut alors s'y coller, le boucher, lui être consubstantiel. Le lieu vide du pouvoir écarte la tentation totalitaire.

Mais à l'échelle mondiale, à ce niveau où s'est amorcé notre diagnostic de déshumanisation, quel pourrait être ce lieu vide ? Ce lieu tiers ? Ce lieu d'où l'on peut attendre autre chose ? Ce lieu point encore trop touché par le « choc économique » et son cortège de bouleversements psychologiques ?

A mes yeux, il porte un nom. C'est l'Afrique.

Il est précisément en absence de cette réunion. Sa place est vide. Ce qu'on peut attendre de l'Afrique pour transcender les mutations actuelles est encore à écrire.

Dans la joie et l'espérance, tous ensemble.

Patologización de la cotidianidad.

Luis López-Yarto Elizalde

Universidad Pontificia Comillas, Madrid

Me han pedido que diga dos palabras acerca de “*Patologización de la cotidianidad*”, tema que demandaría en esta mesa, sin duda, la presencia de un profundo conocedor de la sociedad en cuyo seno tiene lugar la vida cotidiana. De una persona que hubiera vivido muy en contacto con las exigencias que esa vida cotidiana hace pesar sobre el individuo que la habita y en ella se desarrolla, trabaja, ama y muere. De alguien familiarizado con las luchas de la psicología por comprender el dolor que acompaña a los hombres y las mujeres de nuestros días en el transcurrir menudo de sus relaciones consigo mismos y con sus compañeros de viaje, y que fuera sensible a las frustraciones que les aquejan, a los procesos mentales que les permiten afrontarlas y adaptarse a ellas, y, a su manea peculiar, convivir con las circunstancias de su entorno.

Nada de eso encuentro en mi bagaje, y la tarea se me representa inabarcable. Por eso al comenzar la preparación de esta exposición he recordado con afecto la actitud del viejo profesor Edward G. Tolman, cuando el año 1948 emprendía la tarea de iluminar la conexión entre la estrechez mental y algunos tipos de conducta anormales. Pedía que no se tomaran demasiado en serio sus consideraciones. Haciendo un juego de palabras con la palabra “ratas”, decía “Los míos son simplemente razonamientos (rat-tiocinations) que un psicólogo de ratas (rat-psychologist) les ofrece gratis”². Déjenme que juegue yo con la palabra “edad”. Lo que sigue no son sino algunas consideraciones, desde luego también gratuitas, sobre las personas que comparten con nosotros esta edad del mundo, hechas por alguien que la única credencial que puede presentar para hacerlo es su propia edad.

² Tolman, E.C., *Cognitive maps in rats and men*, *The Psychological Review*, 1948, 55, 189-208.

Introducción:

Para hablar de patologización es casi necesario adoptar una actitud de profeta de catástrofes. Se nos figura ya asombrosamente antigua la primera dis-topía (palabra que pretende parodiar torpemente el término utopía) que hizo verdadera fortuna. Me refiero a la novela de Orwell *1984*, escrita bajo la inercia de la Segunda Mundial y de los grandes autoritarismos de la primera mitad del siglo XX (era 1948). Hace medio siglo ya, y sin embargo siguen convocándose congresos para ver de describir el control patógeno que las circunstancias de nuestro tiempo ejercen sobre la persona humana. Los profetas de catástrofes no han desaparecido, sino que se han hecho más frecuentes. Quizá partimos de la vaga sensación de que “algo le pasa a nuestro mundo”. Algo que merece atención y que podría mejorar con adecuado tratamiento. A lo largo de toda la segunda mitad del siglo XX unas voces y otras hacen esfuerzos por alcanzar un diagnóstico global.

Una característica de nuestro mundo que sorprendió hace tiempo a la psicología fue la ***aceleración del cambio***. Cuando en 1970 Alvin y Heidi Toffler escribieron *El Shock del Futuro*, se sorprendían (y nos sorprendían a todos) con su visión un tanto apocalíptica, y provocaron en sus lectores una reacción admirada de auto-reconocimiento. ***La aceleración de los cambios*** a que se estaba sometiendo al ser humano parecía ser tan rápida, decían, que era de temer el momento en el que no pudiera ya soportar tal presión transformadora. Su afirmación parecía recordar a las de los que predecían trastornos graves para el cuerpo humano cuando aparecieron los primeros automóviles capaces de alcanzar los cincuenta kilómetros a la hora. Pero junto a la aceleración de los cambios, la pareja de futurólogos subrayaba rasgos emergentes de lo que parecían ser prácticas alarmantes de nuestra vida cotidiana: no era una de las menores ***la provisionalidad***, aplicada no sólo a la materialidad de los omnipresentes cubiertos de plástico, a las servilletas de papel, o a las máquinas de fotos de un solo uso, sino también a realidades de índole tan íntima como la amistad. Estamos en un mundo, decían, en que todo se ha convertido en material de usar y tirar. El afecto también y la pareja, la lealtad a la propia profesión y la amistad. Las condiciones de vida han logrado que todas estas realidades de índole profundamente humana hayan pasado a ser material de usar y tirar.

Ahora han pasado treinta y cinco años, y aquel primer libro de los Toffler parece ingenuo, en algunos aspectos, a más de uno. Quizá también a sus mismos autores, que han seguido escribiendo y evolucionando en sus perspectivas. El *shock del futuro* no ha dejado de ser, también él mismo, algo sumamente provisional. Resulta que los libros que pretenden predecir el futuro son también material de usar y tirar.

En 1980 Ch. Lasch llamaba a nuestra época **“la era del narcisismo”**. El suyo era de nuevo un diagnóstico alarmante. “Nuestros ejecutivos, decía citando a Maccoby, tienen muy poca capacidad para la intimidad personal y para el compromiso. Es casi seguro que tienen pocos sentimientos de lealtad hacia el lugar en que trabajan o hacia los amigos que frecuentan”³. Las consecuencias deducibles parecían corroborar las de Kernberg, que hablando del narcisista lo describía como “tremendamente corruptible y capaz de justificar con facilidad la inmoralidad”⁴. ¿Estamos de veras en la era del narcisismo? La discusión no ha cesado en los últimos veinticinco años, y bajo unos prismas u otros, es tema que merece mayor constatación. Lo que no se puede negar es que el calificativo narcisista supone un esfuerzo por caracterizar nuestro tiempo como caldo de cultivo para la patología. Un agudo observador como el periodista Tom Wolfe escribía, casi a la vez que Lasch, su ensayo **“The Me Decade”**⁵, la década del Yo Mismo, que tanta fortuna hizo, y en el que mostraba su alarma ante una generación obsesionada con la autorrealización personal, con deseos desmesurados, cada vez más alejados de sus verdaderos logros, indudablemente centrada en sí misma. El apelativo hizo rápida fortuna, y pronto se comenzó a hablar de la **Me Generation**.

Una nueva calificación para nuestro tiempo ha tenido éxito a fines del siglo XX. La escritora Sarah Dunant edita, junto con Roy Porter, en 1996 el ensayo **“La era de la ansiedad”** (The Age of Anxiety)⁶, que ha ayudado a dar título a estudios empíricos posteriores que citaremos más adelante. Pero, ¿se puede llamar con justicia a nuestro tiempo la era de la ansiedad, con más motivo que a épocas anteriores? ¿Se estará cumpliendo en nuestros días la profecía que hacía Rollo May en 1977, cuando

³ Ver Lasch, Ch., **The culture of narcissism**, London 1980.

⁴ Kernberg, O.F., “Borderline personality organisation”, **Journal of A. Psychoanal, Assoc**, 15 (1967), 661-685.

⁵ Wolfe, Tom, “The Me Decade, and the Third Great Awakening”, en la colección de artículos **Mauve Gloves and Madman, Clutter and Vine**, N.Y., 1976.

⁶ Dunant, S. y Porter, R., **The Age of Anxiety**, Londres, 1996.

anunciaba la llegada de una marea imparable de ansiedad que se infiltraría insidiosamente en nuestras vidas de hombres tecnificados y previsores?⁷

La verdad es que los hombres y las mujeres que caminan por nuestras calles, en general con prisas, llevando en sus manos bolsas de usar y tirar que contienen envases, a su vez provisionales, con utensilios que acaban de comprar y que pronto quedarán obsoletos y serán pronto reemplazados por otros; hombres y mujeres que gobiernan su día a día por medio de aparatos electrónicos que deberían hacer más sencilla su vida y proporcionarles un cierto sentido de omnipotencia, sin embargo son personas que van por el mundo heridos por males que marcan dolorosamente su vida cotidiana.

Este inmediato pasado nos deja a las puertas de hoy mismo. En forma descriptiva vamos a acercarnos a las fuentes de nuestro mal. Podríamos dividir los males cotidianos de forma funcional, observando la forma en que se han alterado las tres fuentes tradicionales de normalidad y de equilibrio emocional en nuestro mundo. Las tres fuentes de donde mana la sangre de nuestras más habituales heridas. Déjenme sintetizar así nuestra situación formulando tres hipótesis: Vivimos a la búsqueda de una madre, nos afanamos por encontrar un padre, y somos incapaces de establecer buenas relaciones con nuestros hermanos. Son los tres breves capítulos que siguen.

1. Una generación a la búsqueda de una madre.

Con todos sus cuestionamientos metodológicos, no tenemos más remedio que citar al comenzar este apartado el estudio con pretensiones de longitudinal que llevó a cabo la joven psicóloga Jean Twenge, en California, y que constituyó una llamada de alerta sobre la salud mental de nuestro tiempo⁸. Twenge parte de una pregunta acuciante: “¿Por qué la juventud de mi país, que es la más asertiva, la más culta y la que confía más en sí misma de las que haya habido nunca, es a la vez la que se siente peor de las que hemos conocido?” Y se dispone a probar su afirmación. En un ejercicio de meta-análisis interesante, analiza 150 estudios cuyas muestras, sumadas, alcanzan la impresionante cifra de 40.192 estudiantes universitarios y 12.056 niños en edad escolar.

⁷ May, R., *The Meaning of Anxiety*, New York, 1950.

⁸ Twenge, Jean M., *Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism 1952-1993*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (2000), pp. 1007-1021.

Los estudios se llevaron a cabo entre 1952 y 1993, casi el medio siglo que acabamos de terminar. La publicación de su estudio tiene fecha del año 2.000.

Las conclusiones son dramáticas. El estado de ansiedad (no las meras reacciones de ansiedad dependientes de situaciones específicas), los niveles de ansiedad en niños, adolescentes y jóvenes universitarios han venido experimentando un aumento lineal de magnitud nada desdeñable entre 1952 y 1999. Y tras la publicación de las conclusiones del estudio la tendencia no parece haber cambiado de signo. Jean Twenge se dice asombrada por algunas de las variables que, según su estudio, pueden ser calificadas de culpables de este hecho. Su búsqueda se dirigió, en un exhaustivo trabajo de archivo, a los mayores depósitos de estadísticas a los que pudo tener acceso: estadísticas de criminalidad, número de divorcios, de la entrada de la mujer en el mundo laboral, y de otras realidades sociales. Su conclusión apunta a un concepto de nuevo cuño que nos puede hacer reflexionar sobre una cuasi patología de nuestra edad: **la desconexión social**.

Merece la pena detenerse un poco en este concepto. ¿Estamos verdaderamente desconectados? Quizá fue aquel momento en que las gentes del campo se arrancaban de sus raíces para buscar una vida mejor en el ambiente urbano, cuando algunas de aquellas raíces comenzaron a quedarse al aire y sin protección. Movimientos masivos de traslado a la ciudad, donde todos los sueños iban a poder realizarse, terminaban en una vida de pacotilla. **Little boxes, little boxes**⁹, protestaban los cantautores de la época. Casas diminutas como pequeñas cajitas de madera, universidades diminutas en sus horizontes que ahogaban a la vez aspiraciones y humanidad. Los procesos de urbanización y especialización parecen haber acabado en una desconexión social profunda.

Aldous Huxley, y no deja de ser curiosa la constatación histórica, fue un día invitado a tener una conferencia, arropado por su popularidad, en un centro psicológico

⁹ *Little boxes on the hillside, Little boxes made of ticky tacky, / Little boxes on the hillside, little boxes all the same.* En 1962 se hizo popular la canción protesta de **Malvina Reynolds**, que criticaba el modo de vida de los enormes barrios uniformados, de pequeñas viviendas de madera, que rodeaban las grandes ciudades americanas. *And the people in the houses all went to the university. Where they were put in boxes and they came out all the same. And there's doctors and there's lawyers, and business executives. And they're all made out of ticky tacky / and they all look just the same.*

humanístico, entre cuyos objetivos estaba el muy contracultural de encontrar una manera de vivir que rompiera los estrechos límites de las exigencias que imponen las instituciones modernas. Se imponía recuperar la calidez y la espontaneidad, entrando en contacto con la naturaleza, en contacto directo con otros seres humanos vividos al desnudo, y también en contacto con la droga des-inhibidora y capaz de transportar instantáneamente a un mundo alejado del sistema. El Centro se llamaba Esalen, y se inauguraba ese mismo día. Huxley habló como sabía hacerlo, derramando a orillas de Pacífico cataratas de crítico humor, narrando una vez más la historia de su “mundo feliz”. Su pensamiento y su palabra denunciaron una vez más a los cuatro vientos la inminencia del advenimiento de un nuevo útero materno, éste ya de características mecánicas, que lanzaba a la vida personas sin afecto, y en perfecta y eficaz soledad. No he podido evitar poner delante de mis ojos y los de ustedes la contradicción de Aldous Huxley hablando en Esalen. Huxley señalaba con el dedo la realidad huérfana y mecanizada que presentía. Esalen ponía sus ojos, ávidamente, en la utopía que no dejaba de desear.

Que existe una mayor desconexión social en nuestro tiempo es un hecho. La amistad ya no es sólo algo provisional, como decía Toffler, sino que ha perdido immediatez. Debe realizarse a una excesiva distancia en la mayoría de los casos. Una cita con un amigo, que iba a tener yo hace poco tiempo, fue pospuesta porque mi amigo debía llevar a su hijo a jugar al fútbol con sus compañeros de juego (era un sábado). No se trataba de un juego callejero para el que bastara salir a la calle y comenzar a dar patadas a un balón. El campo era reglamentario, y estaba lo suficientemente lejos de su casa como para que fuera necesario usar el coche para encontrarse con los demás compañeros del equipo. Una vez acabado el partido no habría comentarios ni bromas sobre lo sucedido, me dijo. Cada uno volvería al coche de su padre para marchar de nuevo a casa. Si los miembros del equipo deseaban verse otra vez, salvo en el caso de que fueran compañeros de colegio, habrían de esperar quizá una semana y depender de la buena voluntad de un conductor de automóvil.

Cuando esos niños lleguen a casa en un día entre semana, es muy probable que les espere un cierto vacío. La madre no habrá vuelto aún de trabajar, y ellos deberán prepararse algo para merendar sin ayuda de nadie. No sería raro que un divorcio reciente haya estructurado su familia en forma que haga el contacto todavía más difícil.

O que el deseo legítimo de llevar adelante una carrera, por supuesto muy competitiva, haya ampliado el campo de intereses de la madre mucho más allá de los límites de su casa.

Podemos conjeturar como habrá vivido en sus primeros, y todavía cercanos años, este joven futbolista el dilema infantil entre los sanos sentimientos iniciales de omnipotencia y los de impotencia. Solemos decir que el niño suele sentirse omnipotente porque se ve envuelto en un cariño siempre presente y siempre solícito a sus más mínimos deseos. Y que se siente impotente porque carece aún de recursos para lidiar con un mundo, que en casi todos los aspectos le es superior, que resulta inabarcable y que le impone una fuerte dependencia. Si no está tan garantizado el afecto cotidiano, su omnipotencia se puede trasladar a otros terrenos más asequibles. Uno de ellos es el manejo de pequeños ingenios electrónicos, que le dan una vaga sensación de controlar el entorno; un entorno que reacciona obedientemente ante la mera pulsación de un botón. Es una nueva, aunque fría, manera de omnipotencia, que amenaza con encontrar su prolongación en la edad adulta, y que sitúa a los individuos en un constante peligro de impotencia al menor fallo. La compañía que proporciona la electrónica es una compañía sustituta y artificial que apenas puede disimular el sentimiento de abandono.

Richard Sennett, en su lúcido estudio sobre la vida urbana¹⁰, se extiende en explicar el fenómeno de la aparición de lo que llama la familia intensa. En lo que toca a la disminución de puntos de contacto, también él nota que la desconexión existente tiene que ver con los cambios que se han producido en la familia. El movimiento de ascenso en riqueza material ha ido de la mano de un movimiento de retraimiento social. Se da progresivamente una huída a las urbanizaciones, y eso trae consigo una “nueva pauta de relaciones, encarnada por una vida familiar más concentrada e intensa”. Desde hace años se viene hablando de que la nueva religión es el “*familismo*”. Una peculiar forma de “vida familiar intensa” aparece como defensa a la amenazante vida urbana. Noten cuáles son las notas de una familia intensa:

- a. las interacciones que existen en la familia son consideradas como un microcosmos de todas las clases de interacción que existen en el mundo social en general (y eso supone un empobrecimiento, pues en el mundo social caben

¹⁰ Richard Sennett, *Vida urbana e identidad personal*, Península, Barcelona, 2001 (1ª ed. Inglés 1970).

muchos más modos de relación). No se espera encontrar nada fuera de la familia que no se pueda encontrar dentro de ella.

- b. La vida familiar intensa reduce a los integrantes a niveles de igualdad. Los padres tratan de ser camaradas de los hijos. De nuevo encontramos que la familia intensa es una familia sin madre y también una familia sin padre). Es una familia de iguales que aspiran a ser amigos.

Estas dos convicciones, para Sennet, limitan la vida familiar y la vida social. Ambas proporcionan nueva base para justificar y explicar a la vez la realidad de la *desconexión social*.

Volviendo al estudio de Twenge, que hemos tomado como pretexto, leemos que la desconexión hizo crecer el neuroticismo, y que el crecimiento del neuroticismo aumentó a su vez la dificultad de conexión social. Hemos construido un mundo demasiado solitario del que es difícil salir. Twenge se ha atrevido a señalar causas al hecho, y va enumerando algunas de las constataciones que su estudio señala como más claras: Tasas de divorcio en aumento, disminución del índice de natalidad que priva de hermanos y compañeros de juego. Pero Twenge observa, sobre todo, que se ha ido consolidando, sin que apenas lo advirtamos, un modelo individualista de felicidad y de desarrollo personal que es nefasto para el sentimiento de seguridad personal.

Desde las formulaciones de los primeros humanistas ha cobrado carta de ciudadanía en el lenguaje cotidiano el ideal de la *realización personal*. La herida del abandono puede estar en el origen de esa búsqueda de la propia realización y de la localización de la identidad en la intimidad del propio yo. Pero perseguir sin más anclajes la realización del propio yo como ideal de felicidad – con sus diferentes nombres que han pasado al lenguaje corriente: autorrealización, plenitud personal, liberación interior – es lanzarse a la búsqueda de algo difuso, que no se puede referir a parámetros visibles, que impone una obligación huidiza, y pocas veces alcanzable, de ser feliz. La vía real hacia la salvación, proclama más de una psicología, parece estar en experimentar profundamente la vida, en vivir experiencias intensas, vitales y totalizantes. Se puede decir que el ideal de felicidad impuesto a las personas de nuestro tiempo, hecho de avidez infinita y de cierto repliegue al jardín interior, nos sitúa casi siempre al borde del fracaso. Si sólo es feliz el que ha logrado una vivencia íntima de

plenitud, un estado personal de “haber llegado a ser todo lo que puedo ser”, nadie tiene datos fehacientes que le permitan decir con verdad mínimamente comprobable “soy feliz”. Y el que lo diga hoy está en grave peligro de decir lo contrario mañana.

En este sentido sí podemos decir que nos hemos embarcado en una cultura del narcisismo, y que no sabemos dar buena cura a nuestro mal. Porque la forma de educar que imponemos a nuestros educadores, la forma que adoptan para dar testimonio los testigos de valores de nuestro entorno, cultiva como ideal una búsqueda exageradamente intrapsíquica de la felicidad. En mi opinión a la psicología le interesa examinar con más atención si no estaremos aquejados del mismo mal que queremos remediar los profesionales de la ayuda psicológica. M. Beldoch¹¹ escribía hace ya algunos años que “quizá las grandes descripciones de madurez y salud mental que han constituido para muchos un ideal de funcionamiento personal, al menos desde los años setenta, se han convertido en una caricatura. Quizá el ideal ha contraído también él la enfermedad del narcisismo”. Preguntado en una ocasión William Schulz acerca de los objetivos de su terapia, respondió: “es lograr ese sentimiento que nos viene de la realización de todo nuestro potencial”¹². Una formulación que todavía puede muy bien abonar la omnipotencia de nuestras socialmente desconectadas generaciones.

Hoy día, en que la visita al psicólogo, la intervención psicológica en muy diversos contextos, ha pasado a formar parte de nuestra cotidianeidad, hay que tener el valor de preguntarse, y hacerlo en los foros adecuados, si no estamos proporcionando a las personas que acuden a buscar ayuda, unos interlocutores que, desde puntos de arranque teóricamente lúcidos, acaban imponiendo prácticas que caminan hacia objetivos poco realistas y poco sanos.

Paradójicamente, nuestra cultura del cultivo personal y la autorrealización, ha provocado con frecuencia un alarmante descompromiso social con instancias que están más allá de nuestra propia piel. La proclamación gozosa de que cada uno es responsable de su propio bienestar, libera sospechosamente del compromiso de implicarse en el bienestar de los demás. Y de nuevo vemos aumentar la desconexión social a un nivel más universal.

¹¹ Beldoch, M., “*The therapeutic as narcissistic*”, **Salgamurdi**, 20 (1972), 136.

¹² Schulz, W., **Joy**, N.Y. 1960, p. 17

Por otra parte nuestra generación, en su búsqueda de un calor maternal que atienda a sus necesidades ilimitadas, ha descubierto el cuerpo como fuente de demandas cada vez más claras. En una cultura en la que se tienden a borrar las diferencias entre lo consciente y lo inconsciente, entre juego y trabajo, entre fantasía y realidad, se debilitan también las fronteras entre cuerpo y psique de manera casi total. Asistimos, a un momento de extraordinario protagonismo de lo corporal.

No es nuestro propósito ocuparnos aquí del auge de las formas de atención psicológica llamadas corporales, sino del surgimiento de una actitud de cultivo de lo corporal que lleva consigo el aroma de la patologización de lo cotidiano. Es interesante volver la atención aquí, como fenómenos en conexión con el ideal de felicidad y con la exaltación de lo corporal, la exageración de la atención al cuerpo de los que gozan, y probablemente sufren, esa preocupación que se ha dado en llamar vigorexia. Los que atienden de forma tan desmedida al perfil muscular, siempre sometidos a la tiranía del aspecto atlético. O la otra preocupación paralela. La de aquellos que cuidan obsesivamente la ingesta de alimentos sanos, no adulterados. Los fieles de la orthorexia, que han dado origen a subculturas bien aprovechadas por el comercio y la industria. Vemos a nuestro alrededor a nuestros contemporáneos en una actitud de perpetua preparación para algo. Del que abrillanta el instrumento que un día le será necesario para su presentación en sociedad, pero que no acaba de abandonar el regazo materno, y por tanto no acaba de probar si el instrumento es ya útil para algo. Situación en la que todo ideal es todavía posible, antes de entrar por fin en la batalla que supone el momento del establecimiento de límites y el choque con la realidad. Cuerpos siempre en preparación, con acceso muy temprano a un sexo también preparatorio, en una situación placentera que no invita al crecimiento. Hijos que permanecen en el hogar más de la cuenta, sin realizar del todo una separación que ni parece necesaria, ni produciría al sujeto renta alguna apreciable¹³.

En un mundo de presencia maternal ansiosamente anhelada amenaza seriamente una sensación desolada de abandono. Muchas conductas patológicas no son sino formas de defenderse provisionalmente de ella. Y basta con estos ejemplos por ahora.

2. Una generación sin padre.

¹³ Así Barraca, Jorge, **Hijos que no se van**, Bilbao, 2000.

Cuarenta años después podemos tomar prestado el título a Alexander Mitscherlich¹⁴ para designar un segundo aspecto de nuestra realidad que introduce patología en la cotidianeidad de nuestras vidas. Nuestra sociedad no está sana, parecía decir el autor alemán, porque carece de ese elemento impulsor de iniciativas, provocador de independencia y alteridad, que es a la vez alguien que ha sabido despertar la rabia de nuestra afirmación personal, y la pelea de nuestros ideales con la realidad. Alguien que desde la lejanía de su autoridad ha tenido credibilidad suficiente como para provocar en nosotros la interiorización de un mundo de valores al que nos hemos podido adherir, y de constelaciones de actitudes de gran calado que han orientado cognitivamente y afectivamente nuestra conducta de adultos.

Es cierto que en la segunda mitad del siglo XX hemos asistido a la crisis de los viejos autoritarismos. Cuando Adorno y su equipo, en los últimos años 40, elaboraban el estudio de California que culminó en la monumental “Personalidad Autoritaria”¹⁵, la Psicología y todas las ciencias humanas estaban reaccionando contra una situación dramática de la que deseaban proteger a la civilización. Habían vivido un exceso intolerable de guía paterna. Habían conocido la asfixia de las dictaduras, y creían su deber poner la Psicología al servicio formas democráticas “no directivas”. No olvidemos la intencionalidad política de los que elaboran Escala F en 1950 (la F de su título inicial de “fascismo”).

Han pasado cincuenta años, y, con todas las excepciones que se quiera, en nuestros países occidentales seguimos viviendo la culpabilidad de los autoritarismos. Ya no estamos tan necesitados de las advertencias de Adorno. El padre que nos guía no es en general un líder autoritario; se ha convertido más bien en un líder dimisionario.

En su magistral, y muy reciente, estudio sobre las exigencias psicológicas de la vida actual, Robert Kegan¹⁶ sintetiza así las cualidades que debe tener un entorno para facilitar el crecimiento de sus miembros. “Las personas crecerán más, dice, donde experimenten a diario una mezcla entre apoyo y desafío. Los entornos que conceden demasiado peso al desafío, sin el apoyo social adecuado, son tóxicos, promueven actitudes defensivas y de constricción. Y los que conceden demasiado peso al apoyo sin

¹⁴ Mitscherlich, A., *Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft*, München, 1963.

¹⁵ Adorno, Th. W. et al., *The Authoritarian Personality*, N.Y., 1950.

¹⁶ Kegan, R., *In over our heads. The mental demands of modern life*, Cambridge, Mas. 1998, p. 42 ss.

promover desafíos estimulantes, terminan siendo aburridos y poniendo sordina a la motivación”. Poco después concluye: “Nuestra cultura obtiene altas calificaciones en la asignatura del desafío, pero, ¿cómo vamos en la parte del apoyo social?” (...) “y los desafíos son dolorosos cuando no cuentan con suficiente apoyo. Producen rabia, desesperanza, futilidad o disociación, que algunos adolescentes formulan así ¿pero que es lo que se quiere de mí?”

Una sociedad sin padre es una sociedad sin suficiente soporte para afrontar los desafíos de un mundo que avanza muy rápido en complejidad, y que puede hacerse, poco a poco, inabarcable y amenazador.

Por otra parte esa paternidad vacante está sometida a enorme presión. El mismo Kegan, en una cita tomada del libro citado más arriba, explica el resultado de sus encuestas a padres, cuando les pregunta qué es lo que más necesitan sus hijos. Las listas, nos narra, suelen decir, más o menos así: “Necesitan Amor, Comprensión, Flexibilidad, Apertura, Calidez, Humor, Mente Abierta, Capacidad de escucha, Respeto por la individualidad del niño, Que nos tomemos interés por lo que al niño le interesa”.

“Lo que falta en esas listas – opina Kegan - es la necesidad que tiene un hijo de que sus padres actúen según sus convicciones, que ejerzan cierto control, que se demuestren indignados cuando están en su derecho, e incluso que se muestren moralmente ofendidos si es el caso (...) Poder, Autoridad y Control son palabras que incomodan mucho, especialmente en contextos en los que el amor es protagonista”¹⁷.

Quizá a ningún personaje de la tragicomedia actual compete tanto el calificativo de “*desbordado*”¹⁸ o de “*saturado*”¹⁹ como al padre de nuestros días. Y apuntan síntomas de disfuncionalidad, en una sociedad en la que nadie parece tener fuerza suficiente para hacer frente a la dura tarea de encarnar la figura paterna con cierto garbo. Hay una relación problemática con las normas (los límites, las odiosas prohibiciones, que ya no son objeto de rebelión solamente en la adolescencia), y eso ha hecho que muchas instancias sociales abdiquen de responsabilidades que parecían ineludibles,

¹⁷ Kegan, R., op. Cit. pag. 79.

¹⁸ “*Desbordados*” es la traducción que se ha dado en su versión española al título del libro de Robert Kegan que vamos a citar más de una vez, y que en inglés recibe el nombre de “*In over our heads*”.

¹⁹ El “*Yo saturado*” es como se ha traducido al castellano el título del libro de Kenneth J. Gergen “*The saturated self, Dilemmas of Identity in Contemporary Society*”.

depositando sobre los hombros del individuo normal una dosis de responsabilidad personal, que apenas es capaz de soportar.

En 1986 Ulrich Beck²⁰ escribía su dramática - y polémica - descripción de la Sociedad del riesgo. En 1999 Markus Dorman²¹ retomaba el tema con rotundidad: El siglo XX heredó en su día, de su predecesor, el siglo XIX, la estimulante lucha por la igualdad, y la realista batalla por lograr satisfacer necesidades perentorias en una sociedad de desigualdades indignantes y de elementales carencias. Con un folleto de ideales en una mano, y una honesta azada en la otra, los hijos de la primera mitad del siglo XX se lanzaban cada día a la batalla de transformar el mundo. Pero, cuando el siglo llegaba a su fin, todo ha experimentado una evolución drástica. Lo que se puede compartir en nuestros días no son necesidades elementales, sino miedos universales. Se han globalizado los riesgos, y eso nos proporciona la tremenda sensación de vivir en un colectivo humano que tiene en común, más que nada, el temor.

El desarrollo de la investigación y la ciencia, pese a todas las quejas, ha sido espectacular. El mundo se ha convertido en un lugar profundamente conocido por unos pocos, y progresivamente incomprensible para los más. El ciudadano normal está huérfano. Carece de la formación científica suficiente, y lo sabe. Le dicen que la carrera del progreso le puede conducir a la destrucción final, pero ni siquiera es capaz de medir los riesgos de la modernización imparable que se le va imponiendo. No puede tampoco calibrar las terribles profecías sobre lo que puede acarrear esa modernización, pregonadas a diario por los medios de comunicación. No es capaz de explicar del todo las complejidades de la biotecnología, de la astrofísica, o del tan traído y llevado cambio climático. Intuimos los peligros, pero estamos mal dotados para aportar soluciones. Así, al ciudadano normal no le queda sino vivir en común el terrible miedo que siente aquel que se sabe castrado y no tiene a quién acudir. Otros, lejanos y desconocidos, tendrán que acudir a los graves problemas que parecen amenazar a nuestra vida cotidiana.

El hombre de fines del siglo XX y comienzos de XXI, no ha sido maltratado por un padre tiránico, pero tampoco encuentra un guía en su camino que le apoye y le sirva de modelo. Recurriendo a ella, casi parodiando, una terminología psicodinámica,

²⁰ Beck, Ulrich, **Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne**, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1986. Trad española en Paidós, Barcelona.

²¹ Dormann, Markus, **Das Risikogesellschaft in das Gegenwart**, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1999.

podríamos decir que al debilitamiento de la norma superyoica, ha sucedido el imperio de un inalcanzable ideal del Yo. Y el resultado es insufrible: Estamos comenzando a darnos cuenta de que no damos la talla.

Pero ¿es que sabemos tan siquiera cuál es la talla que debemos dar? Ni en el ámbito de la familia, ni en el de la sociedad más amplia, queda lleno el tremendo hueco de la figura paterna. Y ahí estás pobrecillo hombre común, inerme ante la realidad, que diría Kafka. “Hombrecillo común, no sabes nada”. Estás solo ante la turba de los especialistas, la sociedad de los agoreros, que prueban sus asertos con muy expresivas imágenes de televisión y nos hacen alarmantemente presentes los problemas, y muy poco presentes sus soluciones. Otros sabrán si los progresos de la biotecnología conducen a la solución de problemas o a la destrucción de la raza humana. Otros son, sin duda, los que saben si el calentamiento del planeta es un fenómeno cíclico y transitorio, o si se trata ya del principio del fin. Esos otros son los sabios, los bien informados, los especialistas que dedican su vida al estudio en valles remotos de países privilegiados. Nosotros somos como niños expuestos a todos los peligros, pero que todo lo ignoran.

El domingo 18 de febrero pasado, la portada del extraordinario dominical del periódico El Mundo estaba ocupada por una gran foto de la Puerta de Alcalá de Madrid rodeada de dunas. El titular de mayor tamaño decía: “Año 2050. Madrid es un desierto. Más de la mitad del suelo fértil español está ya muerto”. El alarmante reportaje ocupaba 17 de sus páginas interiores.

Cuando Kegan, desde su punto de vista irreprochablemente evolutivista cognitivo, demanda, en el momento actual, el paso a un cuarto orden de conciencia que haga frente a los grandes retos del mundo que afrontamos, halla que este cuarto orden de conciencia apenas existe, en las diversas poblaciones objeto de su estudio. “*El fenómeno de estar **mentalmente “desbordado”** se difunde más y más²²*”, confiesa.

La sociedad sin padre se encuentra desbordada. Nuestro mundo exige personas que no se limiten simplemente a ser sujetos que experimentan el paso de la corriente psicológica por el centro de sus vidas, sino que sean los verdaderos autores de esas vidas. En el tiempo presente, nuestro yo se ha visto reducido a una nueva manera de

²² Kegan, R., Op. Cit. pag. 191 ss.

soledad: ahora cada uno de nosotros es el autor, el constructor y el crítico de su propia experiencia. Cada uno de nosotros es el responsable regulador de las partes que lo componen. Ha quedado a pecho descubierto ante una manera nueva de relacionarse con la realidad, que le permite ser el que gobierna sus asuntos, en vez de dejar que sean sus asuntos los que le gobiernan a él²³. El horizonte puede ser magnífico, pero esa es una agobiante tarea.

3. La quiebra de la fraternidad: caos en las relaciones con los hermanos.

Twenge subrayaba, en el estudio que nos sirvió de pretexto al comienzo²⁴, el dato de que el ciudadano medio de los países occidentales de reducida natalidad, no ha gozado, ni tampoco sufrido, a muchos hermanos en el ámbito familiar. Pero para todos surgieron súbitamente los iguales con la escolarización, y a todos introdujeron en un mundo en el que la relación difícilmente puede ser llamada fraternal.

Fenómenos como la *home schooling*, la escuela en casa, que no es ya práctica ajena, si bien muy minoritaria todavía en nuestro país, supone un esfuerzo de algunos padres por paliar la entrada de sus hijos en un ámbito de relaciones a su juicio excesivamente caótico. Más de un autor ha señalado que, en nuestro mundo, se está haciendo más trabajoso elaborar una identidad personal. Aquella etapa de exploración²⁵, en la que una persona desarrollaba sus intereses a través de la fantasía, comprobaba luego sus capacidades, y ponía por fin a prueba los valores que realmente quería hacer suyos, antes de instalarse en un nicho social que le perteneciese, se ha prologado de manera inusitada. Los hijos prolongan su estancia en casa, como dijimos más arriba²⁶, y no solamente por razones económicas. En realidad a muchos les atenaza el miedo a entrar en una sociedad para la que nadie es capaz de prepararles del todo. Los hermanos no han desaparecido, sino que nos invaden hasta el infinito. Como formula Kenneth Gergen con un término que ha llegado a ser popular²⁷, el Yo se halla en **estado de saturación**. Las tecnologías de alto nivel son culpables de una sobrecarga que está llegando a un punto difícilmente soportable.

²³ Kegan, R., op. cit., pag. 133.

²⁴ Twenge, Jean M., *Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism 1952-1993*, **Journal of Personality and Social Psychology**, 79 (2000), pp. 1007-1021.

²⁵ Marcia, James, "The relational roots of Identity", en J. Kroger (ed.), **Discussions on Ego Identity**. Londres, 1993, 101-120.

²⁶ Cfr. Barraca, Jorge, **Hijos que no se van**. Desclée de Brower, Bilbao 2000.

²⁷ Gergen, Kenneth J., **The Saturated self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life**, NY, 1992. Trad. española "El Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo", Barcelona 1997.

La enumeración de Gergen puede parecer a unos ingenua y a otros alarmante, pero no deja de ser real. La popularización del transporte aéreo suprimió en su día muchas barreras que la distancia imponía a las relaciones. Pero son las innovaciones en la comunicación producida por las nuevas tecnologías las que más preocupan a Gergen unos años después: Ellas han sido la gran causa de la proliferación de las relaciones, y de que se hayan suprimido las dos grandes barreras que les afectaban en el pasado: la lentitud y el coste. Desaparecidas éstas la multiplicación de relaciones origina un aumento notable de roles simultáneos que parece necesario representar. Roles que se mantienen con inusitada perseverancia, ya que el pasado prolonga su existencia con gran nitidez, por medio de grabaciones de todo tipo, y los muchos “presentes” se simultanean, aumentando la presión que ejercen sobre el yo. Es una realidad el hecho de que los medios de comunicación han logrado convertir en una parte visible del aquí y ahora inmediato a innumerables relaciones que hasta ahora pertenecían a la lejanía espacial o temporal, y que, por tanto deberían quedar relegadas sin esfuerzo a un olvido provisional y relajado²⁸. Un espacio que debería ser sólo nuestro, es invadido por el ruido ensordecedor de un tumulto de palabras no solicitadas. *“Nuestra esfera privada ha dejado de ser el escenario donde se desenvuelve el drama del sujeto que se pelea con sus objetos (...); ya no existimos como dramaturgos ni como actores, sino como terminales de redes de computadoras múltiples”*, dice el autor citando a Baudrillard. Es cierto que el Yo se halla en estado de saturación. Estamos solos, pero no logramos un espacio de calma para encontrarnos con nosotros mismos.

Imaginen, si eso les hace sonreír, la confusión de escenarios, tiempos y roles que se da en una visita a unos amigos, que nos obligan a presenciar, en el salón de su casa, y en forma de video doméstico, la boda de una hija, que tuvo lugar hace semanas y con el que se empeñan en traer el pasado al presente. Desearían esclavizar nuestra atención, pero la proyección es interrumpida varias veces por llamadas al móvil. Son varios presentes que irrumpen haciendo planes de futuro. Y, por fin, una sorpresa. Aparece sin avisar la misma hija de la boda, que desea saludar a sus padres desde la pantalla del ordenador. La misma que en el video aparece vestida de novia, se nos acerca en bikini desde el Caribe en tiempo real, donde celebra su luna de miel, para desearnos lo mejor con su propia voz.

²⁸ Gergen, K.J., op. cit. pag. 81 y ss.

Curiosamente el mismo cotidiano y cálido hogar, refugio estructurado de intimidades hasta hace poco, se ha convertido en un lugar que, desde su interior, da pie para que nos invada la presencias de amigos, compañeros, clientes, o desconocidos quizá muy lejanos, ante los que adoptamos actitudes y roles complementarios y apenas sucesivos. Gergen introduce el término de *multifrenia* para describir un síndrome que en su opinión está invadiendo nuestra vida diaria. Multifrenia, como intenta indicar su nombre, consiste en la aparición de tan abundante información y tan intensa proliferación de vínculos, que logra que se vaya esfumando un sentido del Yo relativamente coherente. La experiencia es de contradicción con uno mismo, y de que nuestro *yo comienza a ser colonizado*²⁹. Buscábamos con ansiedad compañía afectiva, y nos hemos encontrado inesperadamente víctimas de un saqueo emocional.

No es de extrañar que suceda algún repliegue estratégico. Se ha hecho popular entre nosotros el término *burnout* para designar una situación cada vez más frecuente en algunas profesiones de ayuda. Más de un autor, al describir el fenómeno, habla de que las circunstancias laborales del mundo actual tienden a provocar un agotamiento emocional que acaba en la tendencia a despersonalizar a aquellos con los que tratamos, una capacidad de reducirlos a la categoría de objetos, de modo que cualquier alejamiento y menor implicación en su trato queden justificados. Y alguna vez se añade a este núcleo duro del burnout el nacimiento de un clima de cinismo descarnado. Quizá este agotamiento emocional, esta despersonalización del otro, e incluso esta actitud de cinismo, no sean sino un intento de escapar a la colonización del Yo que amenaza tantas veces en las turbulencias de algunos puestos de trabajo³⁰.

Cuando Riesman escribía en 1950 “La muchedumbre solitaria”³¹, propugnaba tres tipos de personalidades vigentes en su momento: La persona gobernada por la tradición. La persona gobernada desde dentro de sí misma, la persona gobernada por otras personas desde afuera. Y si bien confesaba su convicción de que este último tipo de personas era imprescindible para un engrasado funcionamiento de la sociedad, se lamentaba de su proliferación en los días objeto de su estudio. No era sano llenar nuestros puestos de trabajo o de ocio con personas que desean más ser amadas que

²⁹ Gergen, K.J. op.cit. p. 100-101

³⁰ Cfr. Lázaro, Santa, **Cenizas de un ideal: estudio sobre el proceso de Burnout en trabajadores sociales**. Univ. P. Comillas, Madrid 2005. Se puede consultar también Maslach, C., Saufeli, W.B. y Marek, T., **Professional Burnout: Recent Developments in theory and research**. London, 1993.

³¹ Riesman, D. y Glazer, Nathan, **The Lonely Crowd**, Bridgeport, 1950

estimadas. Que han perdido rotundidad y creatividad. Que son demasiado impersonales y sumisas.

Estamos lejos de Riesman, y no porque nuestra multitud haya salido de su solitaria. Sino porque ahora la muchedumbre nos ofrece una enorme e insidiosa saturación de modelos y estilos de vida con los que compararnos; nos proporciona una sucesión tal de imágenes que prometen compañía en forma de fuegos artificiales, nos lleva a hacer identificaciones tan banales en su trivialidad y tan abundantes, que nuestro yo se va disolviendo en un mar de posibilidades.

Estamos en una sociedad en la que los hermanos se reflejan virtualmente en espejos que se multiplican hasta el infinito. Precisamente por lo que tienen de multiplicación de expectativas, se han convertido en unos competidores de rostro hostil que hacen resurgir el miedo a la inadecuación y a inferioridad. Quizá podamos dar la talla (después de todo somos una juventud sobradamente preparada), pero, mirando a tanto como se nos pide, estamos seguros de no estar a la altura de las circunstancias.

Les hago partícipes de una anécdota reciente. Un viejo conocido me cuenta que, por fin, ha descubierto la amistad. Persona de éxito profesional evidente, aunque no poco solitaria, mantiene su soltería todavía en la cincuentena. Pero ahora, me dice, “he descubierto la fuerza del chateo y la verdadera utilidad del ordenador”. Le dan las tantas de la noche hablando, según me dice, de cosas que nunca hubiera sido capaz de decir a nadie. El anonimato le seduce, y más aún la falta de control. Nunca había puesto en palabras realidades de su intimidad sexual como en muchas noches de ordenador a altas horas de la madrugada. Ha servido de apoyo para madres abandonadas en México, confidente de profesores fracasados en Cerdeña, protegido de una envolvente y ávida mujer madura de Valencia. Últimamente dice haber descubierto su lado homosexual: ¡lo dice con tanta naturalidad que parece un proceso instantáneo y sencillo! Que gran experiencia cambiar de sexo en las conversaciones, ser personajes de muy diversa edad y profesión. Recientemente cree haberse enamorado.

¿Quién es el que se ha enamorado?, le pregunto yo. Y sobre todo, ¿de quién? No parece importar. Quizá, después de todo, tenga razón Peter Berger cuando afirma rotundamente que “El hombre moderno sufre una permanente crisis de identidad”³².

En el libro que siguió a su exitoso “La era del narcisismo”, Christopher Lasch, lanza su alarmante tesis de la **reducción al mínimo del núcleo personal** en el hombre de nuestros días³³. “En tiempos turbios, dice, la vida cotidiana se convierte en un ejercicio de supervivencia. Se vive al día. No se mira atrás al menos que sea para sucumbir a una nostalgia debilitante. Y si se mira adelante es para ver cómo uno puede asegurarse frente a los desastres que casi todo el mundo espera ahora. Bajo estas condiciones tener un **núcleo personal (selfhood)** se convierte en un lujo fuera de lugar, en un tiempo en que reina la austeridad. Tener un núcleo personal (selfhood) implica una historia personal, una familia, unos amigos, un sentido del lugar. Bajo asedio, el yo se contrae en un núcleo defensivo, armado contra la adversidad. El equilibrio emocional pide un yo mínimo, no el yo imperial de tiempo atrás”

La osadía de redactar unas Conclusiones provisionales.

Fue Miguel Hernández el que me ha inspirado el hablar de tres heridas que sangran por todos nuestros poros en el momento actual de la historia. La herida de andar a la búsqueda de una madre acogedora y un poco asfixiante, de la que también surja el impulso para un día escapar a toda prisa. La herida de carecer de una figura coherente de padre, firme, motivadora, contra la que, a la vez, poder rebelarse sin miedo a destruirla. La herida tremenda de tener que presenciar impasibles la quiebra de una más cercana y auténtica fraternidad, que no reduzca nuestra identidad a mínimos, sino que la potencie.

Quiero hacer atrevidamente mi proclama:

a. ***Nos resulta urgente recuperar el grupo.*** Seguramente este Congreso no va a considerar entre sus soluciones terapéuticas el recurso al viejo, confortable, y a veces doloroso clima del grupo. Y sin embargo es difícil ser exagerado cuando se pondera lo

³² Berger, P. L., Berger, B., Kellner, H., **The Homeless Mind: Modernization and Consciousness**, N.Y. 1974.

³³ Christopher Lasch, *The minimal self: Psychic survival in troubled times*, New York – London, 1984.

renovador de los sentimientos que se desarrollan en nosotros cuando entramos a formar parte de un grupo. Se puede decir que en las situaciones grupales reviven sutilmente muchas de las más radicales y decisivas emociones que están en el origen de nuestras patologías cotidianas. Grupo y Madre no son realidades ajenas desde el punto de vista emocional. En ambas situaciones (Grupo y Madre) está presente la lucha entre dos polos: el polo de fundirse con otro mayor que yo, que ayuda a evitar la sensación de fragilidad y soledad personales, y el polo de vivirse aislado, separado y desprotegido o quizá, también, de quedar sofocado por un mundo que no deja espacio para la expansión. En las dos situaciones se viven experiencias de satisfacción y experiencias de frustración muy semejantes. Y por eso en el grupo es posible reconducir útilmente procesos básicos del desarrollo emocional.

En el grupo se viven también, y muy poderosamente, sentimientos que tienen que ver con la antigua relación Hijo-Padre. Entrar en un grupo mínimamente estructurado suscita inmediatamente en nosotros el surgir de las viejas tensiones entre la rebeldía y el sometimiento frente a la autoridad. Tensiones que dan lugar, de forma muy viva, a situaciones de rivalidad y redefinición entre hermanos/iguales.

No deseamos dejarnos invadir por una cotidianeidad patológica: Pues bien, intentemos revivir sanamente los núcleos que la hacen insana. Ha llegado el momento de repensar nuestras pertenencias. Necesitamos del roce del grupo: de un grupo humano en el que es posible dialogar, encontrar una ubicación satisfactoria, y mantener una identidad personal sin diluirse en un todo mayor que nosotros mismos. De un grupo en el que emerja con vigor (y sin pudor) el liderazgo, y en el que se permita que surjan modelos de identificación abarcables. Un grupo en el que podamos recibir información y podamos establecer vínculos sin sentirnos desbordados. Como ven rompo una lanza a favor del grupo como estructura terapéutica muy apta.

b. Hay que recuperar la búsqueda de la identidad. La Psicología vuelve en estos días la vista con renovado interés a la recuperación del sentido de la vida³⁴. Hemos caído muchas veces en la cuenta de nuestro vacío interior. Necesitamos afrontar ya el dolor de haber renunciado a todo aquello que nos ayudaba a tener un propósito y que nos permitía dar razón de nuestro existir. Quizá si reconocemos la razón de nuestra

³⁴ Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M., **Positive Psychology: An Introduction**, 2000

inquietud más profunda, podremos encontrar razones válidas para esperar que una identidad habite en nosotros. Nuestra cotidianeidad siempre urgente ha perdido de vista que, teniendo tantas necesidades satisfechas, tenemos sin embargo hambre de sentido. La proliferación de anuncios que dan cuenta de actividades de meditación trascendental, de yoga, o de contacto con filosofías eclécticas y de sabor experimental, levantan con frecuencia en nosotros la sospecha de una situación de carencia elemental de sentido. Vivimos en un mundo diario con magníficas carreteras y una bastante completa red de ferrocarril suburbano, que sabe muy bien trasportarse, pero que no sabe exactamente a donde va.

La gran terapia de crear un espacio interior logra que se vaya elaborando, con la pausa que es preciso, una imagen de mi mismo orientada e inteligible. Imagen que será sana si es rica en matices, si es flexible, clara, contrastada con la realidad, y, por qué no decirlo, con un punto de provisionalidad.

c. Hay que volver a adquirir compromisos. Hemos estado tan preocupados por la propia autorrealización, que no hemos tenido tiempo para atender a la realización de planes en los que las necesidades de otras personas que comparten con nosotros el mundo tengan también su lugar. Hemos defendido con tanto celo nuestras maltrechas prerrogativas, que hemos olvidado empresas de más amplio vuelo.

Sólo es posible fecundar con vida propia algún surco, si hemos hecho nuestras las grandes causas de los hombres y hacemos el esfuerzo por alentarlas y ayudar a que vayan adelante. Cuando se mira más allá de nuestros estrechos límites (¡los límites de la generación del Yo Mismo!) hacia el ancho mundo, que ya no es ancho ni ajeno, sino cercano y laborable, es posible aún verse impelidos al compromiso.

d. Y por fin hay que reinstalar en nuestros ordenadores interiores el sentido del humor.

El sentido del humor es una actitud fundamental del ser humano: Uno se define como humorista por su postura frente a las cosas, frente a sí mismo, frente a las personas que se mueven a su alrededor y frente al mundo en que le ha tocado vivir. La relativización en la que nos ha entrenado el pensamiento posmoderno, el descrédito en que ha sumido a la misma verdad, deben ser llevados un punto más allá, hasta el humor.

En un mundo de abundancia y de colonización del yo, siguen coexistiendo dos posturas básicas ante la vida³⁵: La postura elementalmente frívola frente a la vida, para la que casi nada tiene sentido, y la seriedad, para la que todo tiene sentido. El frívolo no cree tomarse nada en serio, parece reírse de todo, es descomprometido y no exento de cinismo. El oficialmente serio cree que nada ni nadie deben ser objetos de burla, nunca tiene algo gracioso para decir y se incomoda si se burlan de él. “El humorista es aquel que ha sabido desarrollar una actitud vital que revela la frivolidad de lo serio y la seriedad de lo frívolo”, describe acertadamente Kleiber.

Frente al vacío de la frivolidad el serio se sobrevalora a sí mismo en nombre de la dignidad, y sobrevalora a todo lo que le rodea. Le reconocemos cuando convierte sus compromisos vitales en empresas fundamentalistas de carácter absoluto. El serio no es que no sonría, sino que va con la mirada perdida en aquello en lo que ha depositado su entusiasmo y a lo que reconoce un gran valor, y no tienen tiempo ni energías para detenerse a establecer relaciones amigables con los personajes de relieve secundario en la historia de su vida. Se le puede llamar neo dogmático, sea en la realidad partidario de la alimentación sin colorantes o acerbo crítico del arte informalista, de la nueva música o del consumismo galopante.

La frivolidad no necesita ni desea ser descrita. Descomprometida y aparentemente feliz, ríe siempre sin darse cuenta de que no sabe bien por qué se ríe.

¿Habrá una actitud que expanda a nuestro alrededor una sana y terapéutica cotidianeidad? Todavía nos queda el **Humor**, como a Bogart y a Ingrid Bergman, en los duros días de Casablanca, aún les quedaba París.

El humorista verdadero nunca reduce las cosas a la injusta desvalorización de los puros medios. Ni es tan ingenuo como para creerse que las cosas son fines absolutos. Él está convencido de su valor real pero relativo, porque las cree fines subordinados a otros fines, en una cadena sin fin que va bien enganchada a una fuente de sentido.

El humorista rompe de manera afectuosa y humilde, de manera no hostil, con el orden cotidiano de significados, en un intento espontáneo por restituir a cada cosa su lugar en el cosmos, a cada personaje de la vida su lugar en el universo social, a cada

³⁵ Roxana Kreimer, **Artes del buen vivir**, Bs. As. 2005

sentimiento su lugar en el universo personal. Gracias al humor puede enfrentarse con cariño, a la realidad. La realidad de nuestro tiempo es dura. Tiene, según dicen los organizadores de este Congreso, múltiples aspectos patógenos, y, como es natural tendemos a ocultarla. El humor, como si se tratase de unas gafas de sol en verano, nos permite mirar de frente a la realidad.

La psicología y las ciencias sociales en general, la patología y sus múltiples pretendidos remedios, son sólo instrumentos. Valen y hay que acercarse a ellos con entusiasmo porque sabemos que valen. Pero no son sino fines subordinados siempre en revisión. Por eso nos entregamos a su estudio y al trabajo que imponen con la sonrisa de la relatividad. Con la humilde apertura del humor.

En 1979 se dio a conocer en España un libro de carácter divulgativo, publicado poco antes en inglés por Raymond A. Moody, y cuyo título era “Risa después de la risa: el poder curativo del Humor”. Basta repasar la bibliografía del libro de Moody, que contiene una bibliografía con títulos numerados del 1 al 64, para advertir que ha pasado mucho tiempo desde su publicación. En 2002 el Profesor Carlos Alemany y Ángel Rodríguez Idígoras editaban “El Valor terapéutico del humor”. Su listado de bibliografía contenía ya 228 estudios sobre el humor, muchos de ellos en español, y añaden aún 40 títulos de Tesis Doctorales que han tomado el humor como objeto de estudio. En realidad parece haberle llegado la hora al humor como tema de importancia en la Psicología empírica, y, precisamente, como una variable de interés para aquellos que tienen una intención terapéutica en su acercamiento a la persona humana.

Termino aquí. Lo que prometí es lo único que les he podido ofrecer: Unas consideraciones, gratuitas desde luego, sobre las personas que comparten con nosotros esta edad del mundo, hechas por alguien que la única credencial que puede presentar para hacerlo es su propia y ya nada juvenil edad.

¿De qué sufren los niños hoy?

Esperanza Hidalgo Urrea Beatriz

Elena García Arboleda

Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín – Colombia).

La pregunta por el comportamiento del hombre, sus causas, su explicación, es tan antigua como el hombre mismo. A esta han respondido las humanidades, las ciencias sociales, las ciencias naturales, el Psicoanálisis, y en cada una encontramos una respuesta diferente.

El Psicoanálisis lo hace a partir de los procesos inconscientes, desde la naturaleza pulsional del sujeto y los avatares que ésta le impone para lograr su fin único: la satisfacción. La naturaleza del hombre es, entonces, pulsional; es lo que Freud pone en evidencia cuando afirma que el ser humano cuenta con unas tendencias pulsionales que se traducen en comportamientos.

La pulsión es una tendencia, un empuje constante e inagotable que encuentra desfogue por diferentes vías: unas directas y otras más elaboradas; las directas son las corporales, mediante la actividad física, y las indirectas, o más elaboradas, son las intelectuales o simbólicas. Por su condición inagotable no logra una satisfacción completa, por tanto siempre queda un remanente presto a emerger en cuanto alguna situación le propicie las condiciones.

La tendencia pulsional solo tiende a su descarga, sin importar en qué condiciones. Por esta razón los procesos de inscripción simbólica, de introyección de la norma, que atraviesa todo ser humano, primero en la familia y luego en la institución educativa y social, tienen la función de enmarcar esta tendencia; es allí donde el sujeto encuentra límites y diques apropiados, dentro de una ley y unas prescripciones que delimitan su satisfacción, lo que la obliga a orientarse en determinadas condiciones y con unos proyectos específicos, que trascienden la necesidad imperante de desfogue, posibilitando el anidamiento del deseo como motor de vida, como empuje

constructivo, que hace frente al empuje inútil del gasto de energía y de actividad excesiva que siempre pone al sujeto en desventaja frente a sus actos.

El deseo, dice Lacan³⁶, viene del Otro y determina el mundo del sujeto. Para ello tiene, en principio, unos referentes fundamentales que son el padre y la madre, pues son quienes proyectan en el hijo sus deseos, sus ideales y hasta sus frustraciones, y de esta manera lo ubican en un lugar particular de sus vidas y al interior de la pareja parental, lo que le permite al deseo anidarse en ese lugar. Le corresponderá más tarde al sujeto discernir cuánto o qué de este deseo, -en principio ajeno-, es su propio deseo, para asumirlo y luchar por él; así como decidir si el lugar en el que se ha anidado respecto al Otro, es el lugar que quiere para sí, lo que, por supuesto, implica una separación, que no va sin pérdidas ni renunciaciones. El deseo tendrá las coordenadas en la historia de vida propia a cada sujeto, con la cualidad que más se acomoda a sus condiciones pulsionales, marcadas a partir de las experiencias a las que es confrontado, no solo con sus referentes fundamentales, sino con sus pares, referentes también de su actuar, pues es con ellos con quienes calibra su comportamiento en la relación social que establecen.

Para el Psicoanálisis no hay un punto cero de arranque a partir del cual se produciría en el sujeto una progresión hacia la madurez como punto de llegada, sino que hay una estructura cultural y social que le antecede, organizada según leyes que operan en la cultura y que regulan las relaciones entre los individuos, las cuales permiten al niño acceder a lo social; éstas son las leyes de parentesco, del matrimonio, de la pareja, de la familia. De entrada hay una ley reguladora que diferencia los lugares: padre, madre, hermanos; lugares que posibilitan al niño identificarse y construir referentes para su actuar, identificaciones que le van a servir para representarse frente a los otros.

¿De donde surge y como se instaura esta ley? Es esto lo que Freud³⁷ quiere ilustrar con la teoría sobre el Edipo, donde señala que la familia es una estructura básica compuesta por miembros que tienen lugares determinados pero

³⁶ Lacan, J., El seminario libro V, *Las formaciones del inconsciente* Lección 18 del 9 de abril de 1958 “La histórica frente a la demanda” (Inédito)

³⁷ Freud, S. “El sepultamiento del complejo de Edipo”(1924) en: *Obras completas* T.XIX, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978, p.177

interrelacionados entre sí constituyendo una organización simbólica donde se inserta la filiación, que tiene la forma de una comunidad cultural, en la que existen leyes basadas en la ley primordial, que operan en tanto ésta es la que subordina la naturaleza pulsional a la civilización. Es esto lo que permite decir al Psicoanálisis que en el hombre lo natural está perdido, porque está sometido al acto simbólico de la palabra, que es lo que se considera el acto civilizador por excelencia.

También es la tesis del texto de 1930 y que como presagio de una actualidad siempre presente, Freud intituló *El malestar en la cultura*³⁸. Dice que el hombre para sobrevivir, necesita ser reconocido por el otro a través del establecimiento de vínculos y del lazo social, lo que implica renunciar a algo de su naturaleza pulsional a favor de la vida en comunidad. Es de esta renuncia que surge la ley como pacto regulador en el vínculo entre los hombres. La ley, entonces, se funda en un acto de renuncia: “La convivencia humana sólo se vuelve posible cuando se aglutina una mayoría más fuerte que los individuos aislados, y cohesionada frente a estos. Ahora el poder de esta comunidad se contrapone, como ‘derecho’, al poder del individuo, que es condenado como ‘violencia bruta’. Esta sustitución del poder del individuo por el de la comunidad es el paso cultural decisivo. Su esencia consiste en que los miembros de la comunidad se limitan en sus posibilidades de satisfacción, en tanto que el individuo no conocía tal limitación”³⁹.

Freud habla de dos tipos de ley: la ley totémica (ley en lo colectivo) y la ley Edípica (ley en lo individual). Es lo que Lacan llama posteriormente la Ley del Nombre del Padre⁴⁰.

Hablar de la ley paterna no significa que el padre sea el creador de la ley, sino que es su representante, por eso es una ley que afecta tanto al niño como al padre y a la madre, y por ende a los miembros de la familia o de una cultura como estructura. Esta ley es lo que introduce una diferencia entre el niño y los otros (padre, madre, hermanos, educadores, etc.); es una ley de prohibición que se traduce en una falta,

³⁸ Freud, S., “El Malestar en la cultura”(1930) en: *Obras completas* T XXI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979, p.57

³⁹ Ibid p.93-94

⁴⁰ Lacan, J., El seminario libro IV *La relación de objeto*, Lección 21 de junio 5 de 1957, “Las bragas de la madre y la carencia del padre”.

entramado que permite la instauración del deseo, es decir: hay deseo porque algo falta. Tanto la ley totémica como la ley Edípica son leyes de prohibición: las mujeres de la horda están prohibidas para los miembros de la misma, así como la madre está prohibida para el hijo, prohibición que genera una rivalidad del hijo con el padre. La salida del Edipo, entonces, esta marcada por el fin de la relación de rivalidad con el padre, el cual deviene un objeto de identificación, lo que significa aceptar su ley, la misma que lo separaba del objeto primordial (la madre) y que produce una tensión entre los rasgos del ideal paterno que sirven de identificación y el objeto del deseo que aparece como prohibido.

Para que esta ley funcione es necesario hacer coincidir deseo y ley. Eso es lo que se nombra como “Función paterna”, pero que es operada por la madre, quien hace esta ley y por lo tanto es quien la hace efectiva en el hijo, manteniendo el límite e inaugurando así una falta –no a todo se puede acceder- lo que tiene como consecuencia una búsqueda permanente de satisfacción. Así pues, es en la familia donde se transmiten los ideales con los cuales el niño no puede sino identificarse, porque quiere ser amado por sus padres. El padre como ideal transmite valores y significantes ideales que deben estar en armonía con lo social.

Esta es la razón por la cual el ideal inicialmente instaurado en la familia y posteriormente transferido a lo social, también tiene una función reguladora con relación al grupo. La búsqueda permanente de una satisfacción aglutina al grupo respecto a ese ideal y causa el deseo por el objeto prohibido. Esta tesis es bastante comentada por Freud en varios de sus textos⁴¹ en los cuales sostiene que para que el ordenamiento social perdure son necesarios los mecanismos identificatorios entre los sujetos, pero también la regulación de los modos de satisfacción de la pulsión a la que se renunció en aras de la convivencia y que reaparece constantemente para poner a prueba los vínculos de la civilización, como lo anota Freud. “...Las leyes de esa asociación determinan entonces la medida en que el individuo debe renunciar a la libertad personal de aplicar su fuerza como violencia, a fin de que sea posible una convivencia segura”⁴². Así, pues, el efecto de la ley del padre en lo colectivo es el pacto

⁴¹ En textos tales como “Psicología de las masas y análisis del yo”(1921), “El Malestar en la cultura”(1930), “¿El Por qué la guerra?”(1933), entre otros

⁴² Freud, S. “¿Por qué la guerra?”(1933) En *Obras completas* T XXII, op.cit , p.189

social, y en lo individual la represión que se traduce en la neurosis y se manifiesta en los síntomas⁴³.

La familia es, entonces, la primera institución en la que un niño debe inscribirse, allí donde debe encontrar los límites a partir de la Ley del Padre, la que tiene como fin encausar la satisfacción de la pulsión por caminos más socializadores, que permitan la construcción de relaciones y vínculos que incluyan compromisos y retos, satisfacciones y logros, así como la posibilidad de aceptar los impasses y las vicisitudes de la satisfacción en el trasegar de la vida de todo sujeto.

Esta construcción simbólica en la que consiste la civilización, son las coordenadas que orientan, que dan lugar a la historia propia de cada sujeto, pero con las contingencias particulares para cada uno en el mundo. Por eso se considera este período de la vida, la infancia, como el tiempo de una “experiencia fundamental”⁴⁴, en la que se constituyen los referentes con los que el sujeto se orientará en el mundo. Este es el tiempo donde se estructura la subjetividad, y cuando no se hace la transferencia de la ley familiar a la institución social, se habla de un fracaso en la constitución del deseo, con grandes disfunciones que producirán efectos también en lo social, que es donde, por lo general, se revelan estos fracasos. Hay varias formas como se manifiestan, unas más radicales como la Psicosis y otras menos radicales, pero no por ello menos problemáticas para el sujeto y la sociedad, como los fracasos neuróticos, los síntomas modernos, de los cuales hablaremos más adelante.

Entonces, ¿De qué padre se trata hoy?, ¿Qué tipo de institución familiar encontramos? y ¿Cuáles son los efectos de este vínculo en el mundo actual? Se podría decir que no existe un estandar del buen padre, pues el padre en el Psicoanálisis es un sujeto en falta como los otros, que a su vez ha sido sometido a la ley del padre, por lo tanto ha sufrido los efectos de la prohibición. Por lo tanto será un padre que tiene fallas y que no es perfecto en el sentido del ideal, es un padre que se equivoca, eso es un hecho de estructura. El buen padre es un ideal, “un mito”⁴⁵, que no existe pero que el

⁴³ Freud, “El Malestar en la cultura”, Op.cit p.105

⁴⁴ Lacan, J., El seminario libro I *Los escritos técnicos de Freud*, Clase 15, “El núcleo de la represión” 19 mayo 1954

⁴⁵ Lacan, J., Seminario VII *La ética del Psicoanálisis*, lección 23 del 29 de junio de 1960 “ Las metas morales del psicoanálisis”.

discurso de la ciencia moderna ha intentado sustituir por aquellas construcciones imaginarias de lo que debería ser un buen padre o una buena madre, dejando de lado lo verdaderamente humano en el hombre: los complejos familiares, para decirlo con Lacan.

En 1936 en su texto *La familia*⁴⁶, Jacques Lacan se ocupa de analizar el asunto de la imago paterna planteando la cuestión de su declinación y dice que esta caída de los ideales produce unos efectos que son de orden psíquico: "...esta declinación constituye una crisis psicológica"⁴⁷, anticipando así los efectos adversos que produce la decadencia de la figura del padre en lo social. Pues si la imagen del padre representa un ideal para las identificaciones y, por lo tanto, responde a los significantes que refieren a él, podemos pensar que si hay una declinación de la figura social del padre, entonces lo que está puesto en cuestión es "el referente por excelencia para las identificaciones" que ya no funcionan como ideal, y por tanto cambian los modos de satisfacción y los modos de lazo social que se realizan a través de estas identificaciones, afectando el vínculo social. El padre como ideal tiene representaciones diferentes en cada momento histórico, y cuando hay un declive de estos, se arrastra también con estas identificaciones.

Lo que caracteriza nuestra civilización es la función paterna que hace del padre el soporte de la autoridad, el soporte de la institución; institución que reposa sobre una *paradoja constitutiva*, pues el padre es aquel que instaura la ley, pero al mismo tiempo la transgrede, es el que dice: "haga lo que yo diga, no lo que hago", es aquel que instaura lo prohibido del incesto, le prohíbe al niño entrar en el mundo de su madre, lo cual no es prohibido para él, constituyéndose así una paradoja, porque el padre puede hacer a lo que es prohibido para el hijo, desobedeciendo la ley que él mismo impone; se exceptúa de ella, provocando un conflicto que Lacan califica de insoluble para el sujeto, entre la obediencia al padre y la desobediencia frente a la ley que impone. Esta es la paradoja que caracteriza la manera como se transmiten los valores, como funciona una familia y lo importante de esto es que precisamente es este conflicto el que debe convertirse en fuente de deseo.

⁴⁶ Lacan, J., *La familia*, Buenos Aires, Editorial Homo Sapiens, 1977

⁴⁷ Ibid, p.113

Actualmente, los ideales parecen haber sido sustituidos por la ideología de la satisfacción inmediata de las cosas, empujados por una sociedad capitalista y los avances de la ciencia y la tecnología que producen una saturación de objetos. Todo lo cual conduce al hombre moderno a considerarse con el derecho a tener el mínimo de restricciones y que por tanto nada le deba faltar, a nada debe renunciar, -todo es posible-. En este entramado se encuentra atrapado no solo el niño, sino también el adulto que se ocupa de él, generando un imaginario social sobre el niño que apunta a protegerlo de toda renuncia, alejándolo de los límites de la ley, creando la suposición imaginaria de poder acceder a una satisfacción completa, erradicando la falta, pues nada le está vedado, y por lo tanto las sanciones simbólicas o reales están desterradas, desresponsabilizándolo de aceptar unos límites que están en aras de poder establecer lazos sociales que le aseguren la permanencia en la institución social de manera adecuada.

La dificultad de los padres y educadores en para el ejercicio de la autoridad, hace que aumenten las normas y reglamentaciones, llegando incluso a excesos que a veces ponen en tela de juicio los límites que son necesarios para la conservación de la vida en comunidad a través de la cultura. Por eso nos atrevemos a decir que esa es una de las razones por las que hoy no es fácil encontrar una manera de marcar el límite a la satisfacción por vías que otrora funcionaban, de encontrar una regulación “pacificadora”, y es posible que esa sea también una de las razones por las cuales los padres caen en la impotencia y el desvalimiento de recursos, de encontrar maneras adecuadas que produzcan efectos sublimatorios.

La pretensión de librar al niño de toda restricción pone al adulto bajo sospecha, sus acciones se ponen en tela de juicio, se cuestionan su autoridad y su idoneidad para transmitir la ley, lo que tiene como consecuencia que los padres sean más susceptibles de punición y de regulación jurídica, comprometiendo así la responsabilidad subjetiva de los niños. Se funciona con el ideal de un todo saber sobre la infancia cuyo correlato es la idea de funcionar con la certeza para todo poder hacer.

Esta es una de las manifestaciones de la declinación de la figura del padre. Se ha anotado que el padre a través de la ley introduce la diferencia y la discontinuidad en el todo que forma el niño con la madre; la ley de prohibición supone un corte también

entre el mundo infantil y el mundo adulto, diferencia que hoy se ha vuelto difusa. La ley introduce una falta que lleva implícita la renuncia a la satisfacción inmediata, por esto no vale la pena promover el ideal de un niño feliz, realizado y libre de traumas, pues como señala Freud: “La libertad individual no es un patrimonio de la cultura. Fue máxima antes de toda cultura;...”⁴⁸.

Hoy los padres no son más lo que eran, no ejercen la autoridad de la misma manera, no es la misma figura del padre como patriarca autoritario al cual se estaba sometido, así mismo el valor que la madre da a la palabra del padre tampoco hoy es la misma, lo que produce consecuencias sobre la operatividad de la ley y por ende de su lugar simbólico. “...la personalidad del padre, carente siempre de algún modo, ausente, humillada, dividida o postiza”⁴⁹.

Esto hace que en la modernidad asistamos a formas de presentación del padre que no corresponden para nada con la figura del padre-patriarca freudiano, aquel que asumía la responsabilidad de su familia en todos los sentidos (la ley, la transmisión de los valores, el sustento). Tenemos diferentes formas de presentación del padre: el padre hoy puede ser más bien un desempleado que busca desesperadamente sobrevivir y mantener sus vicios gracias a los subsidios del Estado, y esto puede suceder en generaciones enteras. También un padre hoy puede ser aquel que constituye una pareja o un matrimonio homosexual, el padre puede ser anónimo, como en el caso de la donación de semen para la procreación in vitro e inseminación artificial, el padre puede ser un padre adoptivo, y otras formas que vendrán posiblemente. Y por ende éstos constituyen diferentes formas de familia, entre las que encontramos las monoparentales, las familias extendidas, las ocasionales, las mixtas, etc., y que a diferencia de épocas pasadas, donde solo era posible un tipo de familia, fruto de la unión de un hombre y una mujer, con una misión que era la procreación, hoy hay otras formas de construir familia.

De igual manera tampoco se conservan los grandes ideales sociales. La época donde los grandes valores estaban comúnmente admitidos, aún cuando fueran cuestionados, no son ya los grandes valores que hacen comunidad. Evidenciamos una

⁴⁸ Freud, “El Malestar en la cultura”, Op.cit, p.94

⁴⁹ Lacan, J. *La Familia*, Op.cit., p.114

dispersión de valores. Hay valores pero en función de grupos o de subgrupos, son valores desmenuzados y desagregados, acarreando una desjerarquización de los grandes valores “comunes”, lo que hace que la institución social hoy ya no tome el relevo en términos de esas identificaciones. Es lo que Lacan anunciaba desde 1948 sobre la desaparición de los ideales y de la familia en el texto *La agresividad en Psicoanálisis*: “En el hombre liberado de la sociedad moderna, vemos que este desgarramiento revela hasta el fondo del ser su formidable cuarteadura. Es la neurosis de autocastigo, con los síntomas histérico-hipocondríacos de sus inhibiciones funcionales, con las formas psicasténicas de sus desrealizaciones del prójimo y del mundo, con sus secuencias sociales de fracaso y de crimen. Es a esta víctima conmovedora, evadida por lo demás, irresponsable en ruptura con la sentencia que condena al hombre moderno a la más formidable galera, a la que recogemos cuando viene a nosotros, es a ese ser de nada a quien nuestra tarea cotidiana consiste en abrir de nuevo la vía de su sentido en una fraternidad discreta por cuyo rasero somos siempre demasiado desiguales”⁵⁰.

¿Diríamos entonces que los niños de hoy sufren o padecen a unos padres incapaces de autorizarse a ejercer la ley de manera adecuada, delegando la responsabilidad en Otro que ha prometido saber hacer?

Pero ¿cómo se manifiesta el sufrimiento de los niños hoy? Hoy, como siempre, los niños sufren de miedos, de angustia, pero con efectos y manifestaciones que se evidencian en síntomas cada vez más violentos y disruptivos, tanto en lo familiar como lo académico y social. Los niños de hoy reflejan una dificultad enorme para construirse un lugar en el mundo atravesado por una relación pacífica y armónica con sus pares y con su entorno familiar escolar y social. Encontramos con harta frecuencia que son niños que se hacen maltratar, que golpean, que pelean, que son retadores, con una pasión por el límite extremo y que no encuentran una forma armoniosa de organizar la relación con los otros y el mundo.

Si miramos los padres de hoy, el panorama no es mejor, pues encontramos padres que pretenden permanecer jóvenes, esclavos de su figura, de la moda y de todos

⁵⁰ Lacan, J., “La agresividad en Psicoanálisis”(1948) en: *Escritos I*, México, Ediciones Siglo XXI, 1984 p.87

los imperativos de la modernidad que promete la eterna juventud, así como los padres esclavos del discurso de la ciencia, que se pre-ocupan demasiado, impidiéndoles construir una relación autónoma e independiente con el mundo, demasiado preocupados por ellos y no tanto por la formación de sus hijos, eso se lo dejan al otro: niñeras, abuelos, educadores, “psi”, sociedad, autoridades, etc.

Es posible que lo que sucede hoy es que el discurso de la ciencia tiene respuestas para todos los trastornos y disfunciones que constantemente ponen en tela de juicio la función de la institución familiar, educativa y social; lo que hace que tanto los padres como las otras instituciones recurran a los profesionales que de una manera u otra se ocupan de los niños. Por eso pensamos que hoy algo falla en ese sentido, que los padres, ante cualquier dificultad recurren al Otro a través de una consulta, y llegan a ella quejándose de la sensación de criar mal a su hijo, de no proceder como se debe.

Por ejemplo en la práctica clínica, cuando las madres hablan de sus hijos y refieren problemas escolares y de atención, con frecuencia las asalta un “equivoco muy pertinente”, se refieren a sus hijos como imperativos, no hiperactivos, lapsus en el que quizás se revela una verdad: se trata de la imperatividad de las tendencias pulsionales que los desborda.

Si tenemos en cuenta lo que hemos anotado, podríamos decir que los hijos imperativos denuncian algo del fracaso del funcionamiento de la ley paterna, padres que han cedido ante su deseo de luchar por la instauración de un límite frente a la demanda imperiosa e hiperactiva de la pulsión, llevándolos a abandonar su función y delegar en Otro que si sabe cómo hacer con lo que le pasa a su hijo y que suple esa falencia a través de promesas científicas, el Otro dirá Lacan, llámese ciencia, institución educativa, institución de beneficencia, discurso médico, y todos aquellos discursos que hoy se ocupan del bienestar de los niños.

La angustia y los síntomas aparecen a veces ante el silencio de lo que no se nombra, no se dice o no se sabe. El no saber qué hacer con una situación particular se convierte en un enigma, en una pregunta sin respuesta frente a la cual se instaura el silencio que propicia la emergencia de los síntomas.

“Los síntomas (...) son actos perjudiciales, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conlleva displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y además, en el que se necesita para combatirlos”⁵¹.

Los síntomas de los niños de hoy, como todo síntoma, hablan de algo que no funciona; la hiperactividad en nuestro medio se ha convertido casi en un problema de salud pública, las depresiones en edades cada vez más tempranas, el aumento de suicidios en niños, los graves problemas delincuenciales en menores de edad, la pasión abrumadora por las sensaciones extremas, etc. (las cifras que muestran los estudios de salud pública y otras investigaciones en nuestro país son asombrosos en este sentido). Todo ello habla de unos límites que no funcionan, de unos valores que no son los de la comunidad y la convivencia, que no son los del respeto por los bienes, la vida propia y la del otro; de unos límites que solo hablan de la libertad individual sin miramiento del perjuicio del prójimo. Lo señala Freud de manera contundente cuando escribe que “la libertad individual no es un patrimonio de la cultura”, ahora el límite no es el *derecho* del otro, cada uno solo piensa en el provecho propio, lo que importa es el *poder* del individuo, lo que evidentemente no hace lazo social ni cultura, no va en pro de la convivencia pacífica y armónica con el semejante.

Se desdibujaron las fronteras entre lo posible y lo permitido, aumentan las rupturas de una generación a otra, como si no operara la transmisión de la ley, los padres no son ya vistos como modelos en la transmisión de los ideales del deseo.

Esta es la manera como podemos decirlo, habrá otras formas de abordar este tema. En todo caso es lo que nos ha permitido interrogar estas instituciones, y dejar, por supuesto, aspectos que seguramente serán objeto de reflexiones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

Cervilla, F., “Ley paterna y vínculo social”, *Clínica de la infancia*, Madrid, Ediciones del Colegio de Psicoanálisis de Madrid, 2003.

⁵¹ Freud, S. “23ª Conferencia de introducción al psicoanálisis”(1917), *Obras completas*, volumen XVI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978, p.326

Freud, S., “El Malestar en la cultura” *Obras completas* T XXI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

¿Por qué la guerra?, *Obras completas* T XXII, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

23ª., Conferencia de introducción al psicoanálisis, *Obras completas*, volumen XVI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978.

Gallano, C., Pero, ¿de qué adolecen?, *De la Infancia a la Adolescencia*, Bogotá, Colección Temas Cruciales, 2006.

Lacan, J., *La familia*, Buenos Aires, editorial Homo Sapiens, 1977.

La agresividad en Psicoanálisis, *Escritos I*, México, Ediciones Siglo XXI, 1984.

Dos notas sobre el niño, *Intervenciones y textos 2*, Buenos aires, Manantial 1988.

Strauss, M., El niño, su familia y la institución, *Destinos de la familia*, Bogotá, Colección Temas Cruciales, 2006.

What's the problem?

Tim Healy SJ

Pontificia Università Gregoriana, Roma

INTRODUCCIÓN

This brief presentation will try to focus on some of the demands which are made on the helper in trying to understand another person. For convenience we will refer to the helping person as the *interviewer* and to the person seeking help as the *client*, while having in mind both the diagnostic situation of a personality evaluation and also the ongoing process of a psychotherapy.

When someone comes asking for help, even when they are able to present some clear problem such as not sleeping well, the interviewer's work is only beginning. The problem as presented may be only the tip of the ice-berg, the outer skin of a many-layered onion. A successful outcome depends very much on the capacity of the interviewer to work from this initial cue towards a more adequate understanding of the person's plight as well as of their resources. The difficulty is all the more marked when the request is for help for something as vague and general as "to know myself better". We will take a look at some of the hazards to be faced by an interviewer, and propose some perspectives which seem useful in meeting this challenge.

In the first place, it is important to recognize that merely giving names to things, or merely knowing how to use the words correctly, does not mean that one has necessarily understood anything.

But beyond this elementary consideration, there is also the more general fact that every interviewer inevitably operates within a particular horizon, so that one may validly ask whether the interviewer's horizon will be adequate to understand the reality of a given client.

It is possible, for example, for an interviewer to operate in terms of pre-existing schemes in such a way that they become a psychological equivalent of the bed of Procrustes, and merely confirm the popular mistrust of psychology as "putting people in boxes". The sources of possible distortions on the part of the interviewer as listener-interpreter are many and varied, but the most common of these constitute some form of reductionism in which valid alternative possibilities are arbitrarily excluded.

In his book *Human Development – psychology and mystery*⁵². Franco Imoda presents a useful example which shows how the same reality can be validly viewed from different perspectives, each of which may have something important to offer:

A person moves slowly, delays every act, postpones decisions, finds himself weighed down by doubt, experiences boredom and lack of motivation, makes promises and fails to fulfill them because he 'forgets', and thereafter is tormented by guilt. To such a person, as to Job stretched out on his bed (or dung-heap), some wise men now approach. One concludes: 'Here we have a case of the ancient vice of laziness, of *acedia*, of which the desert fathers and St. Thomas have so eloquently spoken' (*Summa Theologica* II, IIae, 35,1,c). Another wise man believes that it is a clear case of 'depressive syndrome', the further determination of which, as acute or chronic, endogenous or reactive, is to be ascertained by clinical examination. A third wise man demands an interview and tests, then explains how a subconscious conflict of autonomy is observable, giving rise to various processes which effectively block the will; that in reaction to affective ambivalence, every demand is currently experienced as exploitation and devaluation which further combine with different 'psychodynamics' of a more or less paralyzing kind⁵³.

Here we have the same reality seen from a different point of view by each of the three wise men – one viewpoint is more spiritual-moralistic, one more frankly psychiatric, seeing the data in terms of psychopathological symptoms, while the third

⁵² Imoda, F. *Human Development – psychology and mystery*, Leuven: Peeters, 1998. Cf. also Imoda, F. (ed.) *A Journey to Freedom. An Interdisciplinary Approach to the Anthropology of Formation*, Leuven-Paris-Dudley, MA: Peeters, 2000.

⁵³ Imoda (1998), p.346

is more psychodynamic, seeing the data in terms of inner conflict which does not imply strictly pathological disturbance⁵⁴.

So, may one ask which wise man offers the *correct* reading of the case? The point is, of course, that all three viewpoints probably contain some elements of truth, and that consequently as interpretations they are all useful for reaching some understanding the person's plight. Distortions arise when any one of these points of view is considered *a priori* as providing *the exclusive* explanation or interpretation. If any one of these is considered as the only valid viewpoint, then there is a serious danger of oversimplifying what is a complex reality, and falling into some form of reductionism – either spiritualising, or moralising or psychologising in one way or another. Even if the client himself or herself presents the problem exclusively in terms of only one of these viewpoints, the interviewer would do well to consider the issue also from the other two perspectives.

A reductionistic error of the kind indicated above would in turn have serious implications for the type of intervention which is then proposed. A one-sided moralistic interpretation of our Job would indicate that what he needs is a good reprimand to get him to "snap out of his laziness". A one-sided psychiatric viewpoint might simply prescribe medication and leave it at that. A one-sided psychodynamic view might fail to consider the presence of real clinical depression or might underestimate the degree of pure laziness which is also at work. An adequate view would have to consider all three viewpoints, and consider them not as mutually exclusive but as complementary. From this perspective, the presence of a psychodynamic conflict or even of some degree of psychopathology would not exclude the moral dimension of a person's behaviour, so that our Job may be plagued by inner conflicts and at the same time lazy. Regarding the question of how best to intervene in such a case, it might then seem more reasonable first to address the conflict (or the depression) and to confront the laziness at a later date.

⁵⁴ On the history of this notion of three complementary perspectives and other related concepts, see Healy T., Kiely B., Versaldi G., *Origins and Bases of a Study of the Human Person*, in: Manenti, A., Guarinelli S., Zollner H. (eds), *Formation and the Person. Essays on Theory and Practice*, Leuven-Paris-Dudley, MA: Peeters, 2007, 7-30.

A second example will help to illustrate further what has been proposed, while also bringing to light another dimension of the client's "problem" which should be considered by an interviewer.

M, a 26 year old religious sister who has recently completed university studies, came to seek help with the following difficulty: she tends to ruminate on her faults and mistakes. If she perceives a change in others' behaviour towards her, she begins to examine what she herself has done or said. This rumination is accompanied by some feelings of irritation and of sadness. She is keen to understand herself better in order to become free of this burden which saps her energy at times.

M was born prematurely into a stable and very religious family and spent her first month in an incubator. Her mother, who is affectionate by nature, found this initial separation difficult and later made sure to give her daughter extra attention. M's father too is very attached to her and he used to telephone her frequently after she left home to join the convent. Both parents encouraged her to study and to get the most out of herself by being orderly and well organized. She has a younger brother and sister, with whom she gets on well, though she can feel jealousy towards the sister who has become the pet of the family.

M reported a normal childhood without major set-backs. Sexuality was explained to her by her mother and she experienced no particular conflict in that area; she is happy to be a woman. She did well at school and was a prefect in her final year. She enjoyed the company of her companions in school and had a number of closer friends among the more serious girls in her class.

The high ideals she learned at home continue in her life as a religious sister. Of the three religious vows, obedience proves the most difficult for her. Though she obeys without demur, she can struggle within herself to accept the decisions of Superiors; but at the end of the inner battle she surrenders. She likes to think of it all as part of Providence. When she is in a position of authority herself, she can be impatient when others are not on time or when they seem to be casual in their attention to the rules. She is happy in her way of life and does not wish to be like anyone else but to find her

own way of doing things. When asked about the future, she said she would be happy to do whatever her Superiors asked.

What can be said about M's "problem"? Is her rumination to be understood as a serious psychopathological symptom? Probably not, though it is a valid question to ask. Is she lacking in moral and spiritual commitment? It would seem not, though it is a possibility worth considering⁵⁵. There remains the point of view of inner conflict and psychodynamics, which would seem the most promising in terms of which to grasp her difficulty. There are different elements here which merit attention: her rumination, her concern with order and punctuality, her high achievement, which would point in the direction of obsessive-compulsive traits; her family attachments and her jealousy of her sister, her concern with possible criticism on the part of others, which would indicate dependent traits; but there is also her desire to find her own style of being (not to imitate someone else) and her tendency to judge others, which suggests a certain degree of autonomy and domination also. Such a perspective, in terms of certain basic needs, with attendant conflicts and defensive manoeuvres, may prove quite useful in suggesting how M might be helped to greater freedom in her life. However, it is not necessarily the last word on the matter.

Over and above the attempt to grasp the patterns in M's life and to identify which of the three viewpoints outlined above best serves this purpose, there is a further perspective on the case which also merits consideration: it is the perspective of human development.

From the brief sketch of M's life outlined above, one is led to ask if she may not have skipped some hurdles when growing up, missed out on some struggles which normally form part of life. Since she was over-protected and petted in her childhood, affectively she may not yet have "left the nest", so that though she can stand on her own two feet she still tends to do so with uncertainty. Moreover, she seems to have gone through adolescence without having had to struggle with sexuality and heterosexual relationships. Instead of helping her to face such tensions her family seems to have encouraged her to avoid them. She has grown in many ways but she still

⁵⁵ One may be inclined to interpret her submissive attitude to Providence and her passivity regarding her future as examples of defensive "spiritualization", but that need not imply that her spiritual-moral life is without worth, much less that the spiritual-moral dimension is meaningless.

has some work to complete before she becomes fully an adult, capable of relating to other adults as equals.

This reading of things could help understand her peculiar mixture of dependence and autonomy, of submission and domination: instead of entering into dialogue as an adult, she seems to try to deal with things within herself (her rumination), where she applies a fair amount of spiritual balm to sooth the pain – surrendering and ascribing it all to Providence. In this view, is more than just a tendency to ruminate, but something which implies her whole person. But her "problem" is also paradoxically a sign of health, an indication that deep down she realizes that she still has work to do on her journey of growing up.

SUMMARY

We have focused on some of the demands which are made on the helper in trying to understand another person. The problem presented by the client is merely a starting-point. Interpreting it requires both skill and an adequate horizon on the part of the interviewer, with reductionism one of the main hazards to be avoided. Using vignettes, a set of three perspectives was proposed, from which to consider the client's situation, and the importance of also taking account of the person's developmental history was stressed.

References

Healy T., Kiely B., Versaldi G., Origins and Bases of a Study of the Human Person, in: Manenti, A., Guarinelli S., Zollner H. (eds), *Formation and the Person. Essays on Theory and Practice*, Leuven-Paris-Dudley, MA: Peeters, 2007 (*in press*) pp.7-30.

Imoda, F. *Human Development psychology and mystery*, Leuven-Paris-Dudley: Peeters, 1998.

Imoda, F. (ed.) *A Journey to Freedom. An Interdisciplinary Approach to the Anthropology of Formation*, Leuven-Paris-Dudley, MA: Peeters, 2000.

**Parasufrias; o del culto al dolor, al dolor como paradigma de la psicología en
el siglo XXI.**

José Angel Gandía Pabón

Pontificia Universidad Católica de Ponce, Puerto Rico.

Mientras el paciente en su cuarto blanco, cerrado y frío pintaba unos dibujos sobre la naturaleza. Sin tocar a la puerta entró el terapeuta.

-Es hora de dormir... (dijo) (inquisitivamente replicó) Ya es tarde.

-Como usted diga... pero... aun no me han traído las parasufrias.

El terapeuta rió. Al minuto regresó con un vaso de agua en sus manos.

El abordaje del psicodiagnóstico nos ha llevado históricamente a considerar diversas opciones categoriales, para establecer los límites, y, tratar de sostener la ilusión, de la división entre lo normal y lo patológico. En este proceso normativo se han utilizado modelos categoriales basados en borrosas definiciones idealizadas que pretenden establecer los parámetros entre lo que es salud y enfermedad, así como la división entre lo fisiológico y lo mental. Asunto que encierra un problema epistemológico de fondo medular a la cuestión que nos ocupa. Definiciones que luego establecen y limitan, a su vez, posibilidades de bienestar fisiológico, mental y social (si se pudieran mencionar por separados) entre las personas. Demarcaciones que se transforman en vectores que facilitan la construcción de realidades del proceso de

ayuda. Es en esa categorización que el dolor ha sido utilizado como uno de los criterios que demarca el umbral de lo sano y lo insano. Criterio que ha llegado a adquirir un rol protagónico en el proceso terapéutico, convirtiendo a la práctica clínica en un agente lenitivo, que, además, compite de manera desigual, en un mundo atravesado por la inmediatez y el hedonismo. Esto ha hecho que la práctica terapéutica se haya cristalizado como otra manera de apaciguar el dolor. Un ejercicio sedante, que permite al paciente, “pacientizarse” en la generalidad de su entorno.

El siguiente ensayo intentará reflexionar algunos apuntes en torno al surgimiento de una herramienta de diagnóstico que considere al dolor como posibilidad presente de la experiencia del vivir, y no como criterio para establecer los límites entre lo normal y lo patológico, o, entre la salud y la enfermedad. Pretendemos señalar cómo esta forma de describir la “enfermedad mental” propicia posibilidades terapéuticas que no encajan en la complejidad vivencial de la Globalización. Lo que a nuestro entender reclama explorar otras formas epistemológicamente atemperadas a la realidad histórico-político-social actual.

En la consecución de estas metas utilizaremos como referente el concepto del dolor y la experiencia del sufrimiento. Estableceremos cómo el dolor, utilizado como criterio de diferenciación entre los conceptos antes mencionados, ha pasado a ser la clasificación en sí. En su defecto, dejando de lado el proceso que lo posibilitó, y, siendo asumido como diagnóstico bajo el nombre de alguna categoría psicopatológica. Lo que llamamos el culto al dolor. Eventualidad que ha llevado a la psicología a patologizar la cotidianidad social y la existencia humana misma. Le llamamos culto, porque en lugar de promover el apropiamiento de los procesos que evocan el sufrimiento y el entendimiento del dolor, nos ha servido de opio para enajenarnos. Culto, porque se ocupa de definir, estructurar, validar y reproducir un ordenamiento que luego nos

transforma en agentes pasivos, consumidores, no protagonistas de nuestra existencia. Nos de-forma más allá. Culto que suscribe a los interactuantes de la dinámica terapéutica en sujetos de un diagnóstico, porque están sujetos, petrificados a los convencionalismos pragmáticos que documentan los parámetros del discurso psicopatológico. Ejercicio diagnóstico que simplifica y reduce los espacios de las prácticas clínicas en psicología. Convirtiendo a nuestra disciplina en herramienta de complicidad de control social. Haciéndonos cómplices de la opresión y no en verdaderos revolucionarios del amor. Pasamos a ser técnicos subordinados a los postulados de la psiquiatría normativa, que son muy útiles, a una poderosa economía globalizada. Recordemos que el momento en que la psicología comenzó a validar el uso del discurso psicopatológico se asocia con las figuras de Kraepelin (1898) y Bleuler (1908).

Para desarrollar la anterior línea de pensamiento documentaremos brevemente el surgimiento del texto del DSM como herramienta diagnóstica. Texto que atraviesa la categorización diagnóstica en occidente. Asunto que aprovecharemos para establecer algunas limitaciones del ejercicio de clasificación diagnóstica, sobre todo en un mundo globalizado caracterizado por la diversidad. Este tema nos servirá para articular la noción de dolor dentro del discurso psicopatológico tradicional y su función al interior del proceso terapéutico. Finalmente consideraremos algunos asuntos medulares de los espacios de la dinámica humana que conforman las complejidades que acompaña el surgimiento de un mundo globalizado. A partir de estos apuntes propondremos nuevas formas para conceptualizar aquello que llamamos insano. Las siguientes preguntas servirán de guías para facilitar el desarrollo de nuestras ideas:

1. ¿Cómo surge el discurso psicopatológico del DSM?

2. ¿Cuáles son algunas de las limitaciones de dicho instrumento?
3. ¿Qué papel juega el dolor como meta terapéutica dentro de ese modelo?
4. ¿Cómo las particularidades del entramado histórico, político, económico y social que nos deviene en un mundo globalizado atraviesan las prácticas clínicas de la psicología en el siglo XXI?
5. ¿Qué será lo insano en un Mundo Globalizado caracterizado por la diversidad?

DSM: herramienta científica de la Psicología Clínica.

El surgimiento del Modelo DSM.

Evidentemente reflexionar sobre el surgimiento del Psicodiagnóstico es una empresa que supone insertarnos en la historicidad del proceso. Necesitaríamos analizar los hallazgos de tiempos pre-históricos (Cráneos trepanados en el Paleolítico), auscultar El Medioevo, El Renacimiento y La Modernidad, para documentar como los procesos histórico-filosóficos de estos posibilitaron y estimularon la urgencia de la producción de un Discurso Psicopatológico. Sin embargo, por razones de espacio nos limitaremos a fundamentar nuestra reflexión en el contexto reducido del DSM. Entendemos que de la manera breve en que lo realizaremos será lo suficientemente ilustrador de nuestras ideas. Veamos un resumen del surgimiento del modelo del DSM, a la vez que señalamos algunas de sus limitaciones.

Las páginas introductorias del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 1995), y bajo el tema de fundamentos históricos, informa que, a partir del censo de 1840, en los Estados Unidos, se documenta el primer registro oficial de trastorno mental, bajo la categoría idiocia/locura. Sin embargo, no es hasta 1938 que la Organización Mundial de la Salud incluye, entre las categorías del

documento conocido como *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, en su sexta edición (CIE-6, por sus siglas) un apartado de trastornos mentales. Catorce años después, en 1952, el Comité de Nomenclatura y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría publica una variante del CIE-6 que llamó *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-I por sus siglas en inglés). Las versiones subsiguientes sirvieron para transformar aquel primer glosario de trastornos mentales, en un documento pretenciosamente objetivo y empírico, basado en la conceptualización sintomática, sindrómica y categorial del discurso psicopatológico (APA, 1980; APA, 1995). Conceptualización que articulaba la noción de dolor como elemento definitorio de lo insano.

Al analizar la trayectoria histórica que dio origen a esta forma de practicar el diagnóstico, realizamos dos observaciones preliminares, que serán medulares a nuestra reflexión: a) la primera consideración es que la clasificación oficial aparece en un documento de política gubernamental estadounidense... el censo; y b) la elaboración de la clasificación del DSM-I fue hecha por un grupo de psiquiatras. A nuestro juicio estas dos observaciones documentan el interés gubernamental por apropiarse del conocimiento y utilizar el discurso “científico” de la medicina como posibilidad de control. Estas anotaciones, también, nos ayudan a delinear, la mirada epistemológica que guía las distintas versiones del DSM. El poder político y el conocimiento científico juntos bajo la producción positivista, objetiva y empírica llamada trastorno mental.

Los historiadores de la ciencia han señalado el año de 1879 como la fecha en que se oficializa la psicología como disciplina académica y científica (Danziger, 1990). La pretensión científica, en conjunción con la asunción del discurso psicopatológico, validan el uso del diagnóstico como herramienta. En el intento por demostrarse capaz de cumplir con los imperativos de lo que suponía estar al nivel de las llamadas ciencias

duras, la psicología encontró en el psicodiagnóstico una oportunidad que hasta ese momento no había encontrado. Smith, Harré & Van Langenhove, (1995) nos recuerdan que "... la concepción tradicional de la psicología como ciencia gira en torno al acervo científico que nos lleva a relacionar el comportamiento con una causa específica que permita llegar a la predicción de los eventos" (p.16)⁵⁶. Este es el interés de la psicología cuando se esfuerza en conceptualizar sus conocimientos desde las posibilidades de prácticas

diagnósticas y de investigación que validan visiones positivistas y empíricas. El uso y el manejo de modelos fundamentalmente cuantitativos le permitió reclamar la posición entre las llamadas ciencias duras. La psicología evidenciaba su capacidad para establecer definiciones pretenciosamente objetivas. Sin embargo, ese mismo esfuerzo ha llevado a la psicología por caminos que la distancian del carácter subjetivo del quehacer humano. El pragmatismo que ha caracterizado el quehacer psicológico de nuestra época.

Algunas limitaciones.

El detalle es que este utilitarismo pragmático ha ido creando un problema ideológico de fondo, en función del abandono de las consideraciones histórico-culturales que sirven para gestar las formas del conocer. Entendemos que, en la medida en que el psicodiagnóstico designa un cuadro corportamental como uno de carácter clínico, lo realiza desde una plataforma conceptual que valida la objetividad y el empirismo como fundamentos del quehacer científico. Lo que implica una sutil, pero, perniciosa, descontextualización del comportamiento. Este ejercicio descontextualizador permite que se asuma la construcción de la normalización del comportamiento humano como un asunto de carácter ontológico. Dejando que los procesos que conforman el sufrimiento ante una experiencia dolorosa, se obvian, se transmuten en realidades

⁵⁶ Traducción del autor

objetivas que categorizan el comportamiento cotidiano como patológico. El dolor es, entonces, la meta, nunca el proceso del sufrimiento. El dolor tiene otro nombre (depresión, ansiedad, esquizofrenia), uno con cura recetable.

El diagnóstico así entendido puede verse como medular a las prácticas psicológicas que se utilizan en función del control de la sociedad. De esta manera se establece la anormalidad a partir de criterios estadísticos, valorativos y clínicos que distan de una práctica terapéutica sensible. Reproducimos modelos que obedecen a miradas modernas que se guían por visiones, muy racionales, positivistas y empíricas, que excluyen las consideraciones en torno a la diversidad. Lo paradójico del asunto es que en el mismo DSM-IV (APA, 1994) se reconoce que “debe admitirse que no existe una definición que especifique los límites del concepto trastorno mental” (p.xxi).

El problema, como nos dice Burr (1995), es que "le damos realidad ontológica a conceptos que sólo tienen estatus dentro del orden epistemológico de lo político y la moral"(p. 87)⁵⁷. La enfermedad mental, en consecuencia, es vista como una categoría separada de la actividad humana que la gesta. Se excluye la subjetividad de los sujetos que elaboran las categorías y los significados. Recordemos que Berger y Luckmann (2003) apuntalan que "la objetividad del mundo institucional, por masiva que pueda parecer al individuo, es una producción y construcción humanas" (p. 81).

Si pensáramos que el establecimiento de categorías psicopatológicas partiera de una definición ontológica de enfermedad mental, al menos, ese elemento justificaría su uso en función de la descripción que de ellas se pudiera obtener. Sin embargo, cabe señalar, que las limitaciones que presentan las descripciones para el entendimiento de lo estudiado, cuestionaría su utilización. Abonando a lo anterior, Bateson (1979), apuntala que, "... aunque los seres humanos valoramos tanto mucho la descripción como la

⁵⁷ Traducción del autor

explicación, una descripción está limitada, pues ésta no indica la conexión entre los elementos del fenómeno estudiado"(p. 73). Entonces, las descripciones diagnósticas no hacen más comprensible los fenómenos mentales, pues es a partir de la posibilidad de conectar, lo que sólo se logra con la explicación, que se posibilita el entendimiento. A diferencia de la descripción, la explicación pertenece al espacio del conocimiento teórico referido a la dimensión empírica del fenómeno. La descripción pretende lo contrario. La explicación se logra gracias a las instancias simbólicas propias de un sujeto en una cultura dada. Reconoce la parcialidad, la limitación y la relatividad de quien explica el todo observado. La descripción se suscribe como un todo real (verdadero) del "objeto", cuando ésta en sí dista en el isomorfismo de su representación numérica de la cosa en sí. González Rey (2001) nos dice al respecto que los fenómenos sociales y las explicaciones psicológica que se da de ellos está en el vínculo, en el nexo o interacción, con énfasis en su instancia simbólica o subjetiva. Por eso el autor reconoce que la comunicación se convierte en el objeto de la psicología.

Está claro que el psicodiagnóstico es una instancia simbólica construida socialmente, que intenta objetivar las acciones humanas. Se utiliza para universalizar el comportamiento humano, descontextualizando, con ello, la experiencia del vivir, sin facilitar la explicación de la experiencia que categoriza. Así concebido y utilizado, el psicodiagnóstico se convierte en una herramienta de control social. Herramienta que sirve para mantener el ordenamiento social inmutable. Fenómeno que asigna nombre de enfermedad mental al sufrimiento que provoca la injusticia de las prácticas opresivas del sistema socio-político y económico. Ordenamiento circular que somete a los interactuantes al culto del dolor en su positivismo discursivo.

El dolor descontextualizado.

Asumir la importancia de contextualizar e historizar el conocimiento nos lleva a preguntarnos sobre los problemas ideológicos que produce la decontextualización y la ahistoricidad de los saberes. Incluyendo el conocer, a nivel personal, cómo se produce el sufrimiento en la historia de una vida humana. Lo que nos lleva a explorar e integrar modelos teóricos que compartan formas de mirar que consideran la subjetividad y la diversidad como elementos fundantes de la práctica clínica. Sugerimos conceptualizaciones que asuman como valor medular la diferencia. Orientaciones que enfoquen su mirada de lo insano de manera procesal y sistémica. Miradas que sean críticas de los discursos positivistas. Que permitan atemperar lo funcional a las posibilidades humanas, no en el sentido contrario.

En un Mundo Globalizado.

En un Mundo Globalizado modularíamos las producciones que suponen las complejidades de los sistemas que interactúan. Complejidades que son completamente desconocidas por las partes que las conforman. El efecto mariposa (Butterfly Effect) que se conjuga en torno a las políticas exteriores de naciones exportadoras de petróleo y que impacta la soberanía de los pueblos es un ejemplo de esto. El comercio que posibilita el capitalismo salvaje en el cual los valores de la nacionalidad se reafirman ante el enriquecimiento que supone la diversidad cultural. Estas paradojas nos llevan a cambiar nuestra concepción del Mundo. Las interacciones producen nuevas formas de pensar, sentir y vivir. En consecuencia el dolor de la experiencia de lo humano se nutre de una complejidad mayor. Los discursos positivistas se fosilizan en una ética científica que no puede reflexionar los procesos sociales. La Psicología se hace técnica y el arte se queda sin belleza.

La pregunta sigue presente: ¿Qué será lo insano en un Mundo caracterizado por la diversidad? En primera instancia hemos de entender el dolor como parte de la

condición humana, no como criterio definitorio de lo insano. El sufrimiento es en sí mismo una experiencia subjetiva que supone un cierre circular. Esta experiencia hace que liberemos a partir del síntoma aquello de lo que no hemos sabido (podido) apropiarnos. Es en ese apropiamiento que se ha de basar el ejercicio terapéutico. Lo que a nuestro juicio establece como insano esa imposibilidad de transformarse. Lo insano deja de ser una categoría aislada y objetiva. Lo insano es la experiencia que fija cognitivamente y emocionalmente a un sujeto al sufrimiento. Desde este punto de vista la diversidad cultural sería uno de los valores más hermosos del fenómeno de la Globalización y la Psicología comenzaría a ser una disciplina más humana, Católica (Universal) si se quiere.

En palabras de Einstein:

Insano es seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes.

Referencias

- American Psychiatry Association. (1994) *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Bateson, B. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Argentina: Editores Amorrortu.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. New York: Routledge.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the subject: Historical origins of psychological research*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- González Rey, F.L. (2001). Psicología y lenguaje: El lugar de los significados en la vida Psíquica. *Saberes*, 2, 1, 2-9.

González Rey, F.L. (2002). Sujeto y Subjetividad: Una aproximación histórica cultural.

México: Thompson Editores.

Martín-Baró, I. (1997). Acción e Ideología Psicología Social desde Centro América

El Salvador: UCA Editores.

Ruiz, A. (1996). *Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia*. Instituto de

Terapia Cognitiva INTECO, Santiago de Chile <http://www.inteco.cl/articulos/>

005/esp.htm

Smith, J.A., Harré, R. & Langenhove, L.V. (1995). *Rethinking Psychology*.

Londres:Sage. Publication

Evaluación del clima laboral y la satisfacción como prevención de psicopatologías: Adaptación de un cuestionario.

Chiang Vega, M.M.*, Salazar Botello, C.M.*, Núñez Partido, A.**

* Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad del Bio-Bio, Concepción,
Chile

** Facultad de CC.EE.EE., Universidad Pontificia de Madrid

RESUMEN

El propósito de la investigación es analizar la relación del clima organizacional con la satisfacción laboral. Para ello previamente se busca elaborar y validar los instrumentos necesarios para medir las variables del clima organizacional y de la satisfacción laboral de trabajadores de instituciones del sector estatal (de propiedad del estado).

La muestra del presente estudio está compuesta por 547 trabajadores, miembros de 44 grupos y de seis organizaciones.

Para lograr los objetivos descritos se procedió a la aplicación de dos escalas. La escala para medir el clima organizacional de Koys y Decottis, (1991), quienes identificaron un conjunto de ocho dimensiones de clima: Autonomía, Cohesión, Confianza, Presión, Apoyo, Reconocimiento, Equidad e Innovación. Total 40 ítems.

Para medir la satisfacción laboral se desarrollo un instrumento, en basado en el cuestionario s21/26 (1990) y el S4/82 (1986) de los autores Meliá y Peiró. Total 39 ítems.

Los resultados obtenidos muestran que ambas escalas tienen una fiabilidad adecuada (mayor de 0,9). En cada una de las escalas que componen el instrumento para medir Clima organizacional, se obtiene una fiabilidad adecuada. La única excepción está en la subescala Presión donde se observa la menor fiabilidad (0,34). Respecto del instrumento elaborado para medir satisfacción laboral, el análisis factorial muestra seis factores que pueden considerarse como subescalas, todas con un coeficiente de fiabilidad alto (entre 0,8 y 0,9).

INTRODUCCIÓN

La modernización del Estado es una necesidad urgente en la cual todos los sectores sociales y políticos están de acuerdo, esto significa e implica la modernización de la gestión de cada una de las organizaciones públicas, instaurando avances en materia de modernización y profesionalización en la administración del Estado y en la Dirección pública.

Para colaborar en el logro de este objetivo, en este proyecto se estudian clima organizacional y satisfacción laboral, variables del comportamiento organizacional escogidas por su importante efecto en la gestión. Para lograr estos objetivos se ha iniciado una recopilación bibliográfica, se prepararon los instrumentos necesarios para medir estas variables, los que fueron aplicados, para su validación, a muestras compuestas por trabajadores de organizaciones públicas en Chile.

Marco teórico: variables

Clima Organizacional

El término clima se deriva de la meteorología que, al referirse a las organizaciones traslada analógicamente una serie de rasgos atmosféricos que mantienen unas regularidades determinadas y que denominamos clima de un lugar o región, al clima organizacional, traduciéndolos como un conjunto particular de prácticas y procedimientos organizacionales (Schneider, 1975).

Koys y DeCotiis (1991) señalan que estudiar los climas en las organizaciones ha sido difícil debido a que se trata de un fenómeno complejo y con múltiples niveles; sin embargo, se ha producido un avance considerable en cuanto al concepto de clima como constructo (Schneider y Reichers, 1983). Por ejemplo, actualmente la bibliografía existente debate sobre dos tipos de clima: el psicológico y el organizacional. El primero se estudia a nivel individual, mientras que el segundo se estudia a nivel organizacional. Ambos aspectos del clima son considerados fenómenos multidimensionales que describen la naturaleza de las percepciones que los empleados tienen de sus propias experiencias dentro de una organización.

Así también, puede que existan múltiples climas dentro de la misma organización, ya que la vida en la organización puede variar en cuanto a las percepciones de los miembros según los niveles de la misma, sus diferentes lugares de trabajo, o las diversas unidades dentro del mismo centro de trabajo¹. De hecho, las compañías pueden tener un clima para el servicio al cliente (Schneider, Parkington, y Buxton, 1980), y otro para la seguridad (Zohar, 1980), por poner un ejemplo.

Una cronología de las definiciones que los investigadores han ofrecido para el clima denota la elaboración del concepto desde las propiedades y características percibidas de la organización, discutidas por Forehand y Gilmer (1964) y Friedlander y Margulies (1969), las representaciones e interpretaciones cognoscitivas de James y Jones (1974), de James y Sells (1981) y de Schneider (1975) a las percepciones generales o sumarias de Schneider y Reichers (1983). El concepto recoge entonces, desde las

características de la organización determinadas con percepciones (dónde se presume dominan los factores de organización o circunstanciales); los esquemas cognoscitivos (dónde los factores individuales son primarios determinantes); y las percepciones sumarias (dónde persona y situación interactúan). Sin embargo, aparentemente, no hay ninguna investigación que trate si alguna de estas conceptualizaciones tiene un apoyo empírico mayor.

El tratamiento del clima como percepción genérica de situaciones ha tenido la ventaja de permitir evaluaciones sumarias del contexto en investigaciones que de otra manera estarían focalizadas en gran parte en el nivel individual. Sin embargo, el clima como concepto, tiene límites específicos que lo distinguen de otras características y de otras percepciones. Dos cualidades definidas y constantes del clima persisten en sus varias conceptualizaciones: es una percepción y es descriptiva. Las percepciones son sensaciones o realizaciones experimentadas por un individuo. Las descripciones son informes de una persona de estas sensaciones.

En base a la acumulación de experiencia en una organización, las personas generan unas percepciones generales sobre ella (Schneider, 1975). Estas percepciones sirven como mapa cognitivo del individuo sobre cómo funciona la organización y, por tanto, ayudan a determinar cuál es el comportamiento adecuado ante una situación dada. De esta manera, el clima es útil para adaptar el comportamiento del individuo a las exigencias de la vida en la organización (Schneider y Reichers, 1983).

Una definición de clima organizacional que nos parece completa es la formada por los aportes de los investigadores Rousseau, 1988 y Schneider y Reichers, 1990: clima son las descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona, son percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales.

Satisfacción laboral

Locke (1976) la ha definido como “...un estado emocional positivo o placentero resultante de un percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”. No se trata de una actitud específica, sino de una actitud general resultante de varias actitudes específicas que un trabajador tiene hacia su trabajo y los factores con él relacionados.

La satisfacción laboral, entendida como un factor que determina el grado de bienestar que un individuo experimenta en su trabajo, se está convirtiendo en un problema central para la investigación de la organización (Boada y Tous , 1993). Así, la satisfacción laboral es uno de los ámbitos de la calidad de vida laboral que ha captado mayor interés.

Según Schneider (1985), entre las razones que pueden explicar la gran atención dedicada a la satisfacción laboral hay que considerar: 1) La satisfacción en el trabajo es un resultado importante de la vida organizacional. 2) La satisfacción ha aparecido en diferentes investigaciones como un predictor

significativo de conductas disfuncionales importantes, como el absentismo y el cambio de puesto y de organización.

La satisfacción en el trabajo es importante en cualquier tipo de profesión; no sólo en términos del bienestar deseable de las personas dondequiera que trabajen, sino también en términos de productividad y calidad. Así, en el caso de nuestra muestra de grupo de trabajo en Instituciones Públicas, la variable de satisfacción laboral reviste singular importancia desde el ámbito de la calidad de la gestión de los grupos de trabajo que ellos forman al interior de su institución.

La definición de satisfacción laboral que nos parece apropiada es la proporcionada por Bravo, Peiró y Rodríguez, (1996) quienes la definen como una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo, actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo. Así, la satisfacción laboral es, básicamente, un concepto globalizador con el que se hace referencia a las actitudes de las personas hacia diversos aspectos de su trabajo. Por consiguiente, hablar de satisfacción laboral implica hablar de actitudes.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es analizar la relación del clima organizacional sobre la satisfacción laboral. Para ello previamente se busca elaborar y validar un instrumento de medida del clima organizacional y de la satisfacción laboral en grupos de trabajo de instituciones públicas. El logro del presente objetivo ayudará a mejorar la gestión y la administración de las Instituciones Públicas y con ello mejorar la calidad del servicio dado a sus clientes.

METODOLOGÍA

Para lograr el objetivo se llevaron adelante los siguientes pasos:

Adaptación del Cuestionario

Por parte de los investigadores Koys y Decottis, (1991), para medir el clima organizacional en la unidad de trabajo.

Breve descripción del cuestionario de clima organizacional.

Este instrumento consiste en 40 elementos (véase Tabla 1 en el apéndice I). Los trabajadores responden a cada elemento utilizando un formato de respuesta de Likert de cinco puntos (a saber: Muy de acuerdo = 5, De acuerdo = 4, No estoy seguro = 3, En desacuerdo = 2, Totalmente en desacuerdo = 1).

Seis elementos expresados en palabras de forma negativa son valorados de forma inversa. Las valoraciones de las escalas se obtienen mediante la suma total de los valores de los cinco elementos de cada escala.

Desarrollo del Cuestionario de satisfacción laboral.

Basado en cuestionarios de Meliá y Peiró, (1986-1990) para medir la satisfacción laboral en grupos de trabajo de instituciones públicas.

Breve descripción del cuestionario de Satisfacción laboral

Para medir la satisfacción laboral se elaboró un instrumento, ~~en~~-basado en el cuestionario s21/26 (1990) y el S4/82 (1986) de los autores Meliá y Peiró. Así, se identificó un total de 39 ítems.

Los trabajadores responden utilizando un formato de respuesta de Likert de seis puntos (Muy de acuerdo = 6, Bastante de acuerdo = 5, Más bien de acuerdo = 4, Más bien en desacuerdo = 3, Bastante en desacuerdo = 2, Totalmente en desacuerdo = 1).

Descripción de la muestra

El ámbito de estudio elegido son las Instituciones Públicas. La selección de este campo de estudio obedece a la necesidad de aportar una mayor información que a su vez pueda favorecer a una mejor gestión de este tipo de instituciones, puesto que hoy la gestión de las Instituciones Estatales en un parámetro importante para el análisis de la calidad del servicio dado a sus clientes (ciudadanos, otras instituciones gubernamentales). Uno de los criterios de calidad más importantes en esta gestión es el clima organizacional existente y el nivel de satisfacción de los trabajadores en el resultado de su trabajo, lo que afectará tanto la calidad de su desempeño como a la su calidad de vida laboral.

El cuestionario fue entregado a los miembros de las seis instituciones públicas que participaron en esta investigación. La participación por parte de los trabajadores fue voluntaria y anónima. La aplicación del cuestionario fue en forma personal, autoaplicado y sin control de tiempo. Todos los sujetos recibieron la encuesta con una carta de cubierta donde se les explicaba la investigación y un sobre rotulado con una dirección donde enviarlo una vez contestado, para mantener el anonimato.

La muestra sobre la que se realizó el presente estudio está compuesta por 547 trabajadores, miembros de 44 grupos de trabajo y de seis organizaciones públicas de la Octava Región. Fue alcanzada una tasa de respuesta de 95%. Estas instituciones se reparten entre:

Los nombres de las instituciones que participaron en el estudio fueron remplazadas por letras.

RESULTADOS

Escala de clima organizacional

Fiabilidad. (coeficiente de consistencia interna o indicador de unidimensionalidad)

Por fiabilidad se entiende aquí lo que indican los coeficientes de consistencia interna; de manera más específica nos referimos al coeficiente alpha de Cronbach. Los coeficientes de consistencia interna se interpretan de hecho como indicadores de unidimensionalidad; en este sentido se denominan también coeficientes de homogeneidad (homogeneidad de los ítems, es decir todos miden lo mismo).

Estos coeficientes indican en qué grado se puede considerar que las respuestas a estos ítems (las de cada escala) covarían, están relacionadas entre sí, y consecuentemente confirman que los ítems miden lo mismo y son sumables en una puntuación total.

Sobre el valor de los coeficientes de fiabilidad, es habitual considerar un valor de 0.70 como aceptable (Nunnally, 1978; Schmitt, 1996) pero un valor tan bajo como 0.50 es suficiente para Guilford (1954:388-389) si se trata de investigaciones de carácter básico y según Schmitt (1996) un valor de 0.50 no atenúa de manera apreciable las correlaciones con otras variables, y en algunos tests bien conocidos (de Cattell) se citan coeficientes inferiores a 0.50 (Gómez Fernández, 1981:457). En el caso de esta investigación coeficientes con valores cercanos a 0.80 o mayores pueden considerarse altos y con más razón si tenemos en cuenta que se trata de escalas con solamente cinco ítems (estos coeficientes aumentan al aumentar el número de ítems). Un coeficiente de fiabilidad bajo implica un error típico mayor (una mayor oscilación probable en las puntuaciones individuales) por lo que habría que tenerlo más en cuenta si se van a tomar decisiones sobre sujetos concretos (en este caso un valor recomendado es 0.85, Pfeiffer, Heslin y Jones, 1976, pero no es éste nuestro caso (más información sobre cómo valorar la magnitud de estos coeficientes en Morales, Urosa y Blanco, 2003, pp. 91-92).

Estos coeficientes de fiabilidad muestran en tabla 3:

Las escalas originales de este cuestionario muestran coeficientes altos, la única excepción está en la subescala Presión donde se ve la menor fiabilidad. Esto coincide con los resultados de Koys y Decottis en su segunda muestra (0,57).

En Autonomía y Apoyo si se prescinde de algunos ítems baja la fiabilidad. Las otras subescalas mejoran si se prescinde de algún ítem, pero no de manera apreciable. Este resultado confirma la conveniencia de dejar las escalas de clima con el mismo número de ítems del instrumento original.

El coeficiente para la escala de Clima organizacional completa es alto, sin embargo si se eliminan algunos ítems este sube. Es importante observar que estos cinco ítems corresponden a la subescala presión, luego el coeficiente sin la subescala presión es aún más alto. Esto nos dice que la homogeneidad de los ítems como indicadores de la misma variable es en este caso es más alta, es un conjunto de ítems más homogéneos y hay mayores relaciones entre los ítems. Luego, El análisis de fiabilidad recomienda nos sugiere utilizar los ítems que corresponden a la escala presión como indicadores de presión independientes y no como una escala, ya que sus ítems no correlacionan bien entre sí.

Escala de satisfacción laboral.

Fiabilidad

En la tabla 5 estos coeficientes de fiabilidad muestran:

La escala desarrollada muestra un coeficiente alto de 0,947, coincide con los resultados de Meliá y Peiró, (1986 - 1990).

Aunque el coeficiente de fiabilidad para todo el cuestionario es muy alto (.947) prescindimos de los ítems 21 y 27 porque la fiabilidad sube ligeramente (.951). Queda claro que todos los ítems son indicadores de la misma variable general (satisfacción) y que en conjunto discrimina bien a los sujetos.

*Análisis Factorial 2**

Para analizar la estructura de la escala de clima organizacional Presión se ha llevado a cabo un Análisis Factorial exploratorio. El análisis realizado es de Componentes Principales y rotación Varimax, como suelen recomendar diversos autores (Kline, 1994; Nunnally, 1978). Por lo que respecta al número de factores extraídos se ha seguido la norma habitual de Kaiser (*eigenvalues* superiores a la unidad).

En las tablas 5 y 6 se observa lo siguiente:

Los factores extraídos son 6 que explican en total un 63% de la varianza total.

El primer factor lo forman 10 ítems. Esta investigación sugiere que este factor se nombre *Satisfacción por el trabajo en general*, refleja bastante bien esta variable de satisfacción laboral, con ítems que hipotéticamente la define.

El segundo factor lo forman 7 ítems. Se sugiere que este factor se nombre *Satisfacción con el ambiente físico de trabajo*.

El tercer factor lo forman 6 ítems. Se sugiere que este factor se nombre *Satisfacción con la forma que se realiza el trabajo*, refleja bastante bien esta variable de satisfacción laboral.

El cuarto factor lo forman 7 ítems. Se sugiere que este factor se nombre *Satisfacción con las oportunidades de desarrollo*.

El quinto factor lo forman 4 ítems. Se sugiere que este factor se nombre *Satisfacción con la relación subordinado - supervisor*.

El sexto factor lo forman 3 ítems. Se sugiere que este factor se nombre *Satisfacción con la remuneración*.

En la tabla 6 se reproducen los ítems de cada factor, el término designado para expresarlos, número de í y en cada caso α ítems (k) y coeficiente de fiabilidad (entre paréntesis) se indica cómo aumentaría la fiabilidad eliminando algún ítem.

El factor que explica una mayor proporción de varianza es el I (14.2 %; satisfacción por el trabajo en general). El que menos varianza explica es el VI (7.5%, satisfacción con la remuneración), pero este factor consta sólo de tres ítems de los que el nº 10 (referido a la negociación más que a la remuneración) tiene un peso notablemente menor que los otros dos y subiría apreciablemente la fiabilidad de la subescala si lo suprimimos (de .813 a .913). Posiblemente en un futuro estudio convendría eliminar este ítem y añadir algún otro más referido a lo que ya expresan con claridad los otros dos, ya que para que un factor tenga cierta entidad tiene que estar definido al menos por tres ítems (esto lo comento en mi documento sobre análisis factorial).

Validez de las escalas

Se entiende aquí por validez sobre todo la validez de constructo, la que se puede llamar validez lógica o conceptual. Para las escalas de clima organizacional y satisfacción laboral que está clara ya que la versión lograda en este estudio es fiel a la versión original como ya se ha comentado en el proceso de construcción.

La única subescala que no está lograda es la de presión (en clima organizacional) que, al menos en nuestra muestra, no muestra suficiente consistencia interna, como ya se ha comentado.

Por lo que respecta a la confirmación experimental de la validez, esta se verá en los análisis donde se examinan las relaciones entre las variables de clima y otras variables personales y las de satisfacción.

Análisis de correlaciones

En las tablas 7 y 8 presentamos las correlaciones entre las subescalas de clima y variables personales (tabla 7), y variables de satisfacción (tabla 8).

Relación entre variables de clima y variables personales

Por variables personales entendemos aquí la edad de los trabajadores, su antigüedad en la empresa y su grado de conocimiento, participación y compromiso con las metas u objetivos de la organización (tabla 8)

La variable de clima organizacional Equidad tiene en nuestra muestra una relación estadísticamente significativa con los años de antigüedad de los trabajadores en la organización

Las variables de clima organizacional: Confianza, Apoyo, Equidad e Innovación tienen en nuestra muestra unas relaciones estadísticamente significativas con el conocimiento, la participación y el compromiso con las metas u objetivos de mi organización.

La edad de los trabajadores no presenta una relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables de Clima Organizacional estudiadas.

En conclusión:

La edad no tiene relación alguna con las variables de clima, sí la tiene en cambio la antigüedad pero de manera significativa y apreciable solamente con la variable de clima *equidad*. Esta relación es grande (en este contexto) y negativa, es decir, los de mayor antigüedad perciben un clima más bajo en equidad... *los más antiguos parecen más descontentos en equidad*

Las variables referidas a metas y objetivos (conocimiento, participación y compromiso) sí tienen una relación significativa con las variables de *confianza*, *apoyo*, *equidad* e *innovación* pero no la tienen las de *autonomía*, *cohesión* y *reconocimiento*. Destaca por su magnitud la correlación positiva entre *equidad* y *conocimiento* de las metas.

Relación entre variables de clima y variables de satisfacción

En la tabla 8 se destacan las siguientes observaciones:

Todas las dimensiones de Clima Organizacional: Autonomía, Cohesión, Confianza , Apoyo, Reconocimiento, Equidad e Innovación, tienen en esta muestra relaciones estadísticamente significativas

con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo y Satisfacción con la relación subordinado-supervisor.

La dimensión de Clima Organizacional: Autonomía tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con las oportunidades de desarrollo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo y Satisfacción con el reconocimiento que recibe de las autoridades por su esfuerzo y trabajo.

La dimensión de Clima Organizacional: Cohesión tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, y Satisfacción con el reconocimiento que recibe de las autoridades por su esfuerzo y trabajo.

La dimensión de Clima Organizacional: Confianza tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, Satisfacción con la remuneración y Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo.

La dimensión de Clima Organizacional: Apoyo tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo y Satisfacción con el reconocimiento que recibe de las autoridades por su esfuerzo y trabajo.

La dimensión de Clima Organizacional: Reconocimiento tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor y Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo.

La dimensión de Clima Organizacional: Equidad tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, Satisfacción con la remuneración y Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo.

La dimensión de Clima Organizacional: Innovación, tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: Satisfacción con el trabajo en general, Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, Satisfacción con la remuneración, Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo y Satisfacción con el reconocimiento que recibe de las autoridades por su esfuerzo y trabajo.

La satisfacción con el ambiente físico del trabajo no tiene en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con ninguna de las dimensiones de clima organizacional estudiadas.

En conclusión:

La relación más alta de todas se da entre *apoyo* y *satisfacción con el supervisor*. Es una relación esperada y muy alta (.722). Esta alta relación muestra además que hay diferencias claras entre los sujetos en ambas variables simultáneamente.

En relación con el punto anterior, la correlación mayor entre variables de *clima* tomadas en su conjunto y de *satisfacción* (correlación media de las variables de satisfacción, de cada *columna* en la tabla 9) se da con la *satisfacción con el supervisor* que aparece como figura clave para explicar la varianza en las variables de clima.

Las dos siguientes variables de satisfacción con una mayor correlación media con las variables de clima son *satisfacción con el trabajo en general* y *con la forma con que realiza su trabajo*.

Como contrapunto a las observaciones anteriores, las variables de satisfacción que no están relacionadas con las variables de clima (no son estadísticamente significativas) son satisfacción con el *ambiente físico* y con las *oportunidades de desarrollo*, con la excepción de la correlación entre *autonomía* y satisfacción con *oportunidades de desarrollo* que sí es estadísticamente significativa aunque en este con texto es más bien baja.

Si nos fijamos en las variables de clima que en conjunto están más relacionadas con todas las variables de satisfacción, vemos *autonomía*, *confianza* y *apoyo*.

En conjunto las correlaciones entre ambos tipos de variables, de *clima* y de *satisfacción*, confirman la validez de las subescalas de clima pues estas relaciones responden a hipótesis muy plausibles

Análisis de la regresión: Peso de las variables clima en las de satisfacción.

Una vez estimado el modelo hay que valorar si constituye una buena o mala aproximación al conjunto de datos estudiados, interesa conocer en qué medida se ajusta la ecuación a los datos empíricos y la contribución de las variables predictoras en los cambios que se producen en la variable dependiente. Para valorar el grado de ajuste de los puntos del plano de regresión o la bondad del modelo de regresión, se calcula el cuadrado de la correlación múltiple (R), que como todo coeficiente de correlación elevado al cuadrado expresa la proporción de varianza común a las variables independientes (de clima) y dependientes (de satisfacción).

Para apreciar el distinto peso de las variables de clima en las variables de satisfacción se ha hecho un análisis de regresión con una finalidad explicativa; los resultados están en la tabla 9 en la que figuran los coeficientes el valor de R^2 ajustada que nos indica la proporción de varianza en las variables de satisfacción explicadas por las variables de clima.

El coeficiente R^2 viene afectado por un cierto efecto inflacionista sobre el grado de ajuste. Esta inflación tiene por origen dos hechos: el tamaño de la muestra (n) y el número de predictores (p). Por tanto, es necesario introducir un factor corrector que de un valor R^2 corregido. En regresión múltiple es más apropiado utilizar R^2 corregida, sobre todo si no es pequeño y si se desea comparar distintos modelos para predecir un mismo criterio.

Sobre el valor del coeficiente R^2 aceptable, se han revisado diferentes investigaciones publicadas donde se han relacionado diferentes variables de clima organizacional y satisfacción laboral y los resultados significativos de estos análisis de regresión múltiple aportan valores de R^2 que oscilan entre 0.14 y 0.66. (Gunter y Fumham, 1996; Deshpande, 1996; Owens y Campbell, 1998; Shadur, Kienzle y Rodwell, 1999).

La tabla 9 nos muestra que los valores de R^2 ajustada muestran un impacto de las variables de clima en las variables de satisfacción laboral. También se observa que la variable de *satisfacción con el ambiente físico del trabajo* no tiene predictores entre las variables de clima presentadas.

) son todos estadísticamente significativos (todos los seleccionados por la regresión lo son necesariamente):

El número de variables independientes (clima) con estadísticamente significativos coeficientes queda muy reducido, como era de esperar, debido a las correlaciones existentes entre las mismas variables independientes, de manera que no se aporta información redundante (esta redundancia se neutraliza mediante correlaciones parciales).

Las variables independientes que encontramos más veces en las distintas ecuaciones confirman las relaciones de la tabla 9 (o el número de tabla que corresponda). Destacan en primer lugar las variables

apoyo y autonomía porque explican una buena parte de la varianza del mayor número de variables de satisfacción.

) de mayor magnitud (□ Los coeficientes ($> .45$) coinciden con las mayores correlaciones de la tabla 9; al menos destacamos 1) apoyo con satisfacción con que se realiza el trabajo y con la relación con el supervisor, 2) autonomía con satisfacción con el trabajo en general y con capacidad de decidir autónomamente.

En resumen:

Todos los coeficientes beta son positivos, es decir las variables de clima organizacional: Autonomía, Cohesión, Apoyo, Equidad e Innovación tienen un impacto positivo en las variables de satisfacción laboral, excepto con la *satisfacción con el ambiente físico del trabajo*.

Las variables de clima organizacional Autonomía y Apoyo destacan como predictor, por su importante peso relativo.

Se confirma la independencia entre las variables de clima y satisfacción con *ambiente físico*, ya que no se mide en el cuestionario de clima pero sí aparece en el de satisfacción.

CONCLUSIONES

El instrumento para medir el clima organizacional de Koys y Decottis, (1991) funciona suficientemente bien en las Instituciones Públicas del Estado de Chile de la Octava Región, tal como lo demuestra el coeficiente de fiabilidad (0,929). Esto implica que todos los ítems realmente se relacionan con el mismo rasgo y además hay diferencias claras entre los sujetos en ese rasgo común a los ítems.

Las escalas de clima organizacional funcionan suficientemente bien en la muestra estudia, tal como lo demuestran los coeficientes de fiabilidad de 7 de las 8 escalas (de 0,64 a 0,86). Una excepción es la escala que mide *presión*, ésta como subescala, es más discutible en la muestra chilena, porque los ítems indicadores de esta variable no tienen la homogeneidad esperada.

Para el caso del instrumento para medir la satisfacción laboral desarrollado en base a el cuestionario s21/26 (1990) y el S4/82 (1986) de Meliá y Peiró, funciona suficientemente bien en las Instituciones Públicas del Estado de Chile de la Octava Región, tal como lo demuestra el coeficiente de fiabilidad (0,947). Esto implica que todos los ítems realmente se relacionan con el mismo rasgo y además hay diferencias claras entre los sujetos en ese rasgo común a los ítems.

El estudio de la escala de satisfacción laboral elaborada se completa, mediante un Análisis de Componentes Principales y con Rotación Varimax. El resultado nos muestra seis factores, satisfacción con el *trabajo en general*, con el *ambiente físico de trabajo*, con *la forma que se realiza el trabajo*, con *las oportunidades de desarrollo*, con la *relación subordinado – supervisor* y con la *remuneración*. Todas estas subescalas de satisfacción laboral presentan un coeficiente de fiabilidad alto (0,834 –0,913). Estos resultados son normales en escalas relacionadas entre sí, como es el caso, por eso sale una fiabilidad tan alta del total, de alguna manera “todo tiene que ver con todo”.

Con la adaptación de instrumentos para evaluar el clima institucional y la satisfacción laboral en Instituciones Públicas, se espera aportar una significativa y importante ayuda para mejorar la gestión y la administración de las Instituciones Públicas del Estado de Chile y con ello mejorar la calidad del servicio dado a sus clientes, todos los ciudadanos.

Respecto a la relación del clima organizacional con la satisfacción laboral, todas las dimensiones de Clima Organizacional: Autonomía, Cohesión, Confianza, Apoyo, Reconocimiento, Equidad e Innovación, tienen en esta muestra relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables de satisfacción laboral: con el trabajo en general, con la forma en que realiza su trabajo y con la relación subordinado-supervisor. Las otras variables de satisfacción laboral son afectadas por algunas de estas variables de clima organizacional.

Las variables de clima organizacional Confianza y Reconocimiento que no aparecen como variables independientes que afecten a la satisfacción laboral, sí afectan como se ve en las correlaciones de estas variables con las de satisfacción, lo que ocurre es que como están relacionadas con otras variables de clima quedan eliminadas en las ecuaciones de regresión (*mediante correlaciones parciales*).

REFERENCIAS

Aldag, R. J., y Brief, A.P. (1975). Age and reactions to task characteristics. *Industrial Gerontology*, 2, 223-229.

Boada, J., y Tous, J (1993). Escalas de satisfacción laboral: una perspectiva dimensional. *Revista de Psicología, Universidad Tarraconensis*, 15,(2), 151-166.

Bravo, M.J., Peiró, J.M., y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En J. Peiró y F. Prieto (Eds.). *Tratado de psicología del trabajo*; La actividad laboral en su contexto. España: Ed. Síntesis S.A. 343–394.

Forehand, G.A., y Gilmer, B. Von. (1964). Environmental variations in studies of organizational climate. *Psychological Bulletin*, 6, 361-382.

Friedlander, F., y Margulies, N. (1969). Multiple impacts of Organizational climate and individual value systems upon Job satisfaction. *Personnel Psychology*, 22, 171-183.

James, L.R., y Jones, A.P. (1974). Organizational climate; A review of theory and research. *Psychological Bulletin*, 81, 1096-1112.

James L.R., y Sells, S.B. (1981). Psychological climate: Theoretical perspectives and empirical research. En D. Magnusson (Ed.). *Toward a psychology of situations: An interactional perspective*; LEA. 275-295.

Johnston, H.R. Jr. (1976). A new conceptualization of source of organizational climate. *Administrative Science Quarterly*, 21, 95-103.

Koys, D.J., y Decostis, T.A. (1991). Inductive Measures of Psychological Climate. *Human Relations*, 44 (3), 265-385.

Lacy, Fiona J., y Sheehan, Barry A. (1997) Job satisfaction among academic staff: An international perspective. *Higher Education*, 34, 305-322.

Litwin, G.H., y Stringer, R.A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Harvard University Graduate School of Business Administration, Boston: Press.

Meliá, J.L., Pradilla, J.F. Marti, N., Sancemi, M.D., Oliver, A., y Tomas, J.M. (1990) Estructura factorial, fiabilidad y validez del cuestionario de satisfacción S21/26: un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 12 (1/2), 25-39.

Meliá, J.L., y Peiró, J.M. (1989) La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El cuestionario de satisfacción S20/30. *Psicologemas*, 5, 59-74.

Meliá, J.L.; Peiró, J.M. y Calatayud, C. (1986) El cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales: Estudios factoriales, fiabilidad y validez. *Millars*; 11, 43-77.

Morales V., P., Urosa S. B., y Blanco B. A. (2003) *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Una guía practica*. Madrid: La Muralla.

Payne, R.L., y Mansfield R. (1973), Relationships of perceptions of organizational climate to organizational structure context, and hierarchical position. *Administrative Science Quarterly*, 18, 515-526.

Peiró, J.M., González-Romá, V., Zurriaga, R., Ramos, J., y Bravo, M.J. (1989). El cuestionario de satisfacción laboral de los profesionales de la salud de Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP). *Revista de Psicología de la salud*, 1 (2), 135-174.

Poole, M.S. (1985). Communication and organizational climates. Review, critique and a new perspective. En R.D. McPhee y P.K. Tompkins (Eds.). *Organizational communication*; Beverly Hills: Sage, 79-108.

Powell, G.N., y Butterfield, D.A. (1978). The case for subsystem climates in organizations. *Academy of Management Review*, 3, 151-157.

Reichers, A.E. y Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. In B. Schneider (Ed.), *Organizational Climate and Culture*; 5-39. San Francisco: Jossey – Bass.

Rousseau, D.M. (1988). The Construction of Climate in Organizational Research. En C.I. Cooper y I. Robertson, *International Review of Industrial and Organization Psychology*. Wiley, 139-158.

Schneider, B. (1975). Organizational climates: An essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.

Schneider, B. (1985). Organizational behavior. *Annual Review Psychology*, 36, 573-611.

Schneider, B., y Hall, D.T. (1972). Toward specifying the concept of work climate: A study of Roman Catholic diocesan priests. *Journal of Applied Psychology*, 56, 447-455.

Schneider, B., y Reichers, A.E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology*, 36, 19-39.

Schneider, B., Parkington, J.J., y Buxton, V.M. (1980). Employee and customer perceptions of service in banks. *Administrative Science Quarterly*, 25, 257-267.

Schratz, M.K. (1993). *Recommendations for the measurement of organizational climate*; Documento presentado en el Reunión anual de la American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.

Wood, R., y Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory of Organizational Management. *Academy of Management Review*, 14, 361-384.

Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65, 96-102.

ANEXO

Traducción y Adaptación del Instrumento de Medida Koys y Decottis (1991)
sobre CLIMA LABORAL

Autonomía	
1.	Tomo la mayor parte de las decisiones para que influyan en la forma en que desempeño mi trabajo
2.	Yo decido el modo en que ejecutaré mi trabajo
3.	Yo propongo mis propias actividades de trabajo.
4.	Determino los estándares de ejecución de mi trabajo.
5.	Organizo mi trabajo como mejor me parece.
Cohesión	
6.	Las personas que trabajan en mi empresa se ayudan los unos a los otros.
7.	Las personas que trabajan en mi empresa se llevan bien entre si.
8.	Las personas que trabajan en mi empresa tiene un interés personal el uno por el otro.
9.	Existe espíritu de “trabajo en equipo” entre las personas que trabajan en mi empresa.
10.	Siento que tengo muchas cosas en común con la gente que trabaja en mi unidad.
Confianza	
11.	Puedo confiar en que mi jefe no divulgue las cosas que le cuento en forma confidencial.

12.	Mi jefe es una persona de principios definidos
13.	Mi jefe es una persona con quien se puede hablar abiertamente.
14.	Mi jefe cumple con los compromisos que adquiere conmigo.
15.	No es probable que mi jefe me de un mal consejo.
Presión	
16.	Tengo mucho trabajo y poco tiempo para realizarlo.
17.	Mi institución es un lugar relajado para trabajar.
18.	En casa, a veces temo oír sonar el teléfono porque pudiera tratarse de alguien que llama sobre un problema en el trabajo.
19.	Me siento como si nunca tuviese un día libre.
20.	Muchas de los trabajadores de mi empresa en mi nivel, sufren de un alto estrés, debido a la exigencia de trabajo.
Apoyo	
21.	Puedo contar con la ayuda de mi jefe cuando la necesito
22.	A mi jefe la interesa que me desarrolle profesionalmente.
23.	Mi jefe me respalda 100%
24.	Es fácil hablar con mi jefe sobre problemas relacionados con el trabajo.
25.	Mi jefe me respalda y deja que yo aprenda de mis propios errores.
Reconocimiento	
26.	Puedo contar con una felicitación cuando realizo bien mi trabajo.
27.	La única vez que se habla sobre mi rendimiento es cuando he cometido un error.
28.	Mi jefe conoce mis puntos fuertes y me los hace notar.
29.	Mi jefe es rápido para reconocer una buena ejecución.
30.	Mi jefe me utiliza como ejemplo de lo que se debe hacer.

Equidad	
31.	Puedo contar con un trato justo por parte de mi jefe.
32.	Los objetivos que fija mi jefe para mi trabajo son razonables.
33.	Es poco probable que mi jefe me halague sin motivos.
34.	Mi jefe no tiene favoritos
35.	Si mi jefe despidе a alguien es porque probablemente esa persona se lo merece.
Innovación	
36.	Mi jefe me anima a desarrollar mis propias ideas.
37.	A mi jefe le agrada que yo intente hacer mi trabajo de distinta formas
38.	Mi jefe me anima a mejorar sus formas de hacer las cosas.
39.	Mi jefe me anima a encontrar nuevas formas de enfrentar antiguos problemas.
40.	Mi jefe “valora” nuevas formas de hacer las cosas.

APÉNDICE

Tabla 1 Información descriptiva para las ocho escalas de Clima Organizacional Koys y Decottis, (1991)		
Escala	Descripción Escala	N° de Ítems
Autonomía	Percepción del trabajador acerca de la autodeterminación y responsabilidad necesaria en la toma de decisiones con respecto a procedimientos del trabajo, metas y prioridades.	5
Cohesión	Percepción de las relaciones entre los trabajadores dentro de la organización, la existencia de una atmósfera amigable y de confianza y proporción de ayuda material en la realización de las tareas.	5
Confianza	La percepción de la libertad para comunicarse abiertamente con los superiores, para tratar temas sensibles o personales con la confidencia suficiente de que esa comunicación no será violada o usada en contra	5

	de los miembros.	
Presión	La percepción que existe con respecto a los estándares de desempeño, funcionamiento y finalización de la tarea.	5
Apoyo	La percepción que tienen los miembros acerca del respaldo y tolerancia en el comportamiento dentro de la institución, esto incluye el aprendizaje de los errores, por parte del trabajador, sin miedo a la represalia de sus superiores o compañeros de trabajo	5
Reconocimiento	La percepción que tienen los miembros de la organización, con respecto a la recompensa que reciben, por su contribución a la empresa	5
Equidad	La percepción que los empleados tienen, acerca de si existen políticas y reglamentos equitativos y claros dentro de la institución.	5
Innovación	La percepción que se tiene acerca del ánimo que se tiene para asumir riesgos, ser creativo y asumir nuevas áreas de trabajo, en donde tenga poco o nada de experiencia	5

Fuente: Elaborado a partir de Koys y Decottis, (1991)

TABLA 2						
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA						
INSTITUCIÓN N *	TOTAL Sujetos	Numero GRUPOS	HOMBRE	MUJER	EDAD Promedio	ANTIGÜEDAD Promedio
A	222	11	55,4%	44,6%	41	14
B	180	14	39,4%	60,6%	43	16
C	16	1	87,5%	12,5%	36	17
D	27	7	59,3%	40,7%	40	5
E	51	6	49,0%	51,0%	38	10
F	47	5	53,2%	46,8%	37	7

TOTAL	547	44			39	11,5
-------	-----	----	--	--	----	------

TABLA 3
FIABILIDAD: ESCALAS DE CLIMA ORGANIZACIONAL

	Unidad de análisis Sujetos (N =547)		
Clima Organizacional (subescalas)	Alfa de Cronbach	Aumenta el Alfa de Cronbach si se elimina un elemento	Alfa de Cronbach Koys y Decottis, (1991)
Autonomía	0,803	No	0,83 – 0,76
Cohesión	0,841	Si, ítems 34 Alfa de Cronbach 0,861	0,87 – 0,82
Confianza	0,802	Si, ítems 35 Alfa de Cronbach 0,835	0,88 – 0,87
Presión	0,338	Si, ítems 12 Alfa de Cronbach 0,435	0,81 – 0,57
Apoyo	0,821	No	0,89 – 0,90
Reconocimiento	0,700	Si, ítems 14 Alfa de Cronbach 0,751	0,83 – 0,84
Equidad	0,639	Si, ítems 23 Alfa de Cronbach 0,680	0,82 – 0,82
Innovación	0,861	No	0,80 – 0,87
Cuestionario Completo	0,929	Si, ítems 4 Alfa de Cronbach 0,933 Si, ítems 12 Alfa de Cronbach 0,931 Si, ítems 20 Alfa de Cronbach 0,932 Si, ítems 28 Alfa de Cronbach 0,938 Si, ítems 36 Alfa de Cronbach 0,931	
Cuestionario sin subescala Presión	0,944		

TABLA 4
FIABILIDAD: ESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL

Satisfacción Laboral	Unidad de análisis Sujetos (N =547)	
	Alfa de Cronbach	Aumenta el Alfa de Cronbach si se elimina un elemento
Cuestionario Completo	0,947	Si, ítems 21 Alfa de Cronbach 0,949

		Si, ítems 27 Alfa de Cronbach 0,948
Cuestionario Completo sin ítems 21 y 27	0,951	
Escala de satisfacción laboral S21/26 Meliá y Peiró, (1990)	0,90	Las subescalas oscilan entre 0,76 y 0,89
Escala de satisfacción laboral S4/82 Meliá y Peiró, (1986)	0,95	

TABLA 5 MATRIZ DE FACTORES ROTADOS: ESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL N =547 sujetos							
		Componente					
		1	2	3	4	5	6
su2	Hay buena relación entre los miembros de la unidad.	,785	,154	,194	,005	,131	,079
su1	En mi unidad de trabajo circula la información y hay espíritu de colaboración y ayuda.	,760	,158	,206	,076	,182	,127
su3	La unidad me estimula para mejorar mi trabajo.	,735	,110	,217	,077	,150	,270

su8	Su participación en las decisiones de su unidad, departamento o sección	,657	,106	,132	,327	,215	,009
st17	Sus colegas de su grupo de trabajo	,655	,171	,209	,013	,072	,088
su6	Atención que se presta a sus sugerencias	,618	,176	,171	,271	,293	,105
su4	Reconocimiento que se obtiene por un buen trabajo.	,604	,176	,188	,269	,259	,325
su7	La autonomía que usted tiene para planificar su propio trabajo.	,593	,054	,218	,217	,348	-,041
st20	Con respecto a la libertad que se le otorga para elegir su propio método de trabajo.	,387	,200	,369	,217	,364	-,148
st18	El apoyo administrativo que usted recibe.	,355	,350	,265	,302	,213	,144
st14	La iluminación de su lugar de trabajo	,071	,823	,054	,089	,104	,002
st15	La ventilación de su lugar de trabajo.	,088	,801	,025	,064	,169	,177
st13	El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo	,189	,801	,106	,090	-,003	,072
st11	Las condiciones físicas en las cuales usted desarrolla su trabajo.	,178	,784	,117	,165	,063	,070
st16	La temperatura de su local de trabajo.	,054	,748	-,035	,105	,181	,079
st12	La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo.	,176	,727	,171	,073	-,025	,145
st19	La disponibilidad de recursos tecnológicos en su lugar de trabajo	,146	,545	,135	,337	,213	-,102
st5	Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le gustan	,223	,055	,757	,211	,075	,123
st1	Las satisfacciones que le produce su trabajo por si mismo	,206	,105	,722	,051	,131	-,009
st4	Las oportunidades que le ofrece su trabajo de realizar las cosas en que usted destaca.	,210	,081	,704	,246	,231	,137
st6	Los objetivos, metas y/o tasas de producción que debe alcanzar.	,205	,079	,658	,079	,124	,151
st2	Con su relación con sus autoridades más inmediatas.	,246	,103	,594	,127	,327	,251
st3	El apoyo que recibe de sus superiores.	,246	,103	,516	,169	,396	,348
sg3	Las oportunidades de hacer carrera funcionaria que le ofrece su institución.	,046	,076	-,010	,726	,096	,146
sg2	Las oportunidades de continuar su perfeccionamiento que le ofrece la institución.	,228	,192	,186	,716	,043	,182
st26	La estabilidad en sus funciones de su trabajo	,032	,123	,263	,550	,211	-,044
sg4	La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su institución.	,298	,181	,193	,529	,206	,381
st9	El grado en que su institución cumple los convenios, las disposiciones y leyes laborales.	,125	,169	,245	,463	,168	,328
sg1	Su grado de satisfacción general con esta Institución.	,281	,172	,392	,462	,147	,203
su5	Las oportunidades de promoción con que se cuenta	,397	,162	,081	,456	,128	,391
st24	La proximidad y frecuencia con que es supervisado.	,266	,153	,188	,104	,803	,096
st23	La supervisión que ejercen sobre usted	,311	,169	,247	,141	,766	,100
st25	La forma en que sus superiores juzgan su tarea	,280	,166	,217	,229	,716	,113
st22	La forma en que usted es dirigido	,385	,144	,304	,204	,613	,180
st8	El salario que usted recibe	,096	,093	,127	,163	,102	,837
st7	Sus condiciones laborales económicas.	,156	,092	,200	,173	,096	,828
st10	La forma en que se da la negociación en su institución sobre aspectos laborales.	,181	,261	,139	,439	,007	,492
	% de Varianza explicada	14,2	12,7	10,5	9,2	9,1	7,5

TABLA 6
NUESTRAS ESCALAS DE SATISFACCIÓN LABORAL
N =547 sujetos

su2	Hay buena relación entre los miembros de la unidad.	I Satisfacción por el trabajo en general k = 8
su1	En mi unidad de trabajo circula la información y hay espíritu de colaboración y ayuda.	

su3	La unidad me estimula para mejorar mi trabajo.	
su8	Su participación en las decisiones de su unidad, departamento o	
st17	Sus colegas de su grupo de trabajo	
su6	Atención que se presta a sus sugerencias	
su4	Reconocimiento que se obtiene por un buen trabajo.	
su7	La autonomía que usted tiene para planificar su propio trabajo.	
st20	Con respecto a la libertad que se le otorga para elegir su propio método de trabajo.	
st18	El apoyo administrativo que usted recibe.	
st14	La iluminación de su lugar de trabajo	II Satisfacción con el ambiente físico del trabajo $k = 7$ a = 0,897 (a = .899 sin ítem 19)
st15	La ventilación de su lugar de trabajo.	
st13	El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo	
st11	Las condiciones físicas en las cuales usted desarrolla su trabajo.	
st16	La temperatura de su local de trabajo.	
st12	La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo.	
st19	La disponibilidad de recursos tecnológicos en su lugar de trabajo	
st5	Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le	III Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo a = 0,868
st1	Las satisfacciones que le produce su trabajo por si mismo	
st4	Las oportunidades que le ofrece su trabajo de realizar las cosas en que usted destaca.	
st6	Los objetivos, metas y/o tasas de producción que debe alcanzar.	
st2	Con su relación con sus autoridades más inmediatas.	
st3	El apoyo que recibe de sus superiores.	
sg3	Las oportunidades de hacer carrera funcionaria que le ofrece su	IV Satisfacción con las oportunidades de desarrollo a = 0,834
sg2	Las oportunidades de continuar su perfeccionamiento que le ofrece la institución.	
st26	La estabilidad en sus funciones de su trabajo	
sg4	La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su institución.	
st9	El grado en que su institución cumple los convenios, las disposiciones y leyes laborales.	
sg1	Su grado de satisfacción general con esta Institución.	
su5	Las oportunidades de promoción con que se cuenta	
st24	La proximidad y frecuencia con que es supervisado.	V Satisfacción con la relación subordinado - supervisor a = 0,904
st23	La supervisión que ejercen sobre usted	
st25	La forma en que sus superiores juzgan su tarea	
st22	La forma en que usted es dirigido	
st8	El salario que usted recibe	VI Satisfacción con la remuneración a = 0,813 (a = .913 sin ítem 10)
st7	Sus condiciones laborales	
st10	La forma en que se da la negociación en su institución sobre aspectos laborales	

<p>TABLA 7</p> <p>CORRELACIÓN CLIMA ORGANIZACIONAL CON VARIABLES PERSONALES</p>					
Clima	Edad de los	Antigüedad	Conocimiento de las metas u	Participación	Compromiso de las metas u objetivos

Organizacional	trabajadores	en la organización	de las metas u objetivos	de las metas u objetivos	metas u objetivos
Autonomía	,209 (,174)	-,151 (,329)	,251 (,101)	,225 (,142)	,240 (,116)
Cohesión	,092 (,554)	,065 (,676)	-,037 (,811)	,057 (,711)	,046 (,769)
Confianza	-,064 (,679)	-,270 (,076)	,382* (,010)	,329* (,029)	,360* (,017)
Apoyo	-,098 (,528)	-,188 (,222)	,334* (,027)	,317* (,036)	,339* (,025)
Reconocimiento	,141 (,363)	,005 (,976)	,160 (,301)	,234 (,127)	,204 (,183)
Equidad	-,215 (,162)	-,519** (,000)	,545** (,000)	,471** (,001)	,465** (,001)
Innovación	-,079 (,611)	-,288 (,058)	,366* (,014)	,386** (,010)	,338** (,025)

<p>TABLA 8</p> <p>CORRELACIÓN CLIMA ORGANIZACIONAL CON VARIABLES DE SATISFACCIÓN</p>								
Clima Organizacional	Satis f. con el trabajo en general	Satis f. con el ambiente físico del trabajo	Satisf. con al forma en que realiza su trabajo.	Satis f. con las oportunidades de desarrollo	Satis f. con la relación subordinado-supervisor	Satis f. con la remuneración	S. con la capacidad para decidir autónomamente.	S. con el reconocimiento que recibe de las autoridades por su esfuerzo y trabajo.
Autonomía	,690** (,000)	,127 (,410)	,522** (,000)	,302* (,047)	,633** (,000)	,280 (,066)	,653** (,000)	,316* (,036)
Cohesión	,381* (,011)	,215 (,161)	,493** (,001)	,246 (,107)	,364* (,015)	,210 (,171)	,245 (,108)	,475** (,001)
Confianza	,580** (,000)	,098 (,526)	,548** (,000)	,199 (,195)	,667** (,000)	,333* (,027)	,563** (,000)	,290 (,056)
Apoyo	,554** (,000)	-,034 (,824)	,570** (,000)	,233 (,128)	,722** (,000)	,280 (,065)	,579** (,000)	,321* (,034)
Reconocimiento	,459** (,002)	-,105 (,496)	,426** (,004)	,099 (,522)	,576** (,000)	,263 (,084)	,555** (,000)	,249 (,103)
Equidad	,555** (,000)	,150 (,330)	,417** (,005)	,225 (,141)	,483** (,001)	,321* (,033)	,329* (,029)	,288 (,058)
Innovación	,560** (,000)	,011 (,944)	,480** (,001)	,175 (,257)	,627** (,000)	,340* (,024)	,475** (,001)	,307* (,042)

TABLA 9
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN

Variable Dependiente	Variables Independientes	Coefficientes Beta Estandarizado s	R² Ajustado
Satisfacción con el trabajo en general	Autonomía	0,565 (0,000)	0,568
	Equidad	0,358 (0,002)	
Satisfacción con el ambiente físico del trabajo	No Hay		
Satisfacción con al forma en que realiza su trabajo	Apoyo	0,458 (0,001)	0,403
	Cohesión	0,345 (0,008)	
Satisfacción con las oportunidades de desarrollo	Autonomía	0,302 (0,047)	0,069
Satisfacción con la relación subordinado-supervisor	Apoyo	0,536 (0,000)	0,583
	Autonomía	0,341 (0,006)	
Satisfacción con la remuneración	Innovación	0,340 (0,024)	0,095
Satisfacción con la capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo.	Autonomía	0,480 (0,001)	0,472
	Apoyo	0,317 (0,021)	
Satisfacción con el reconocimiento que recibe de las autoridades por su esfuerzo y trabajo.	Cohesión	0,475 (0,001)	0,207

CITAS

1*Johnson, 1976; Litwin y Stringer, 1968; Payne y Mansfield, 1973; Powell y Butterfield, 1978; Schneider y Hall, 1972.

2*Johnson, 1976; Litwin y Stringer, 1968; Payne y Mansfield, 1973; Powell y Butterfield, 1978; Schneider y Hall, 1972.

ROSTROS DE LA VIOLENCIA

Coord.. Angustias Roldán

Meduse, figure du monde contemporain

Dominique Reniers

Institut Catholique de Lille, France

Le titre de cette intervention est trompeur. Classiquement considérée comme symbole de l'horreur, Méduse semblerait convoquée comme pour illustrer, pour «figurer» ce lot chaotique d'événements dramatiques que les media actuelles rapportent à foison au quotidien. Aussi parlante et juste que puisse être sans doute un tel rapproché, ce n'est pourtant pas ainsi que Méduse, dans sa puissance particulière, sera ici envisagée.

Au sein même de la théorie analytique d'ailleurs, le mythe n'a aucunement cette valeur simplement illustrative à laquelle on pourrait s'attendre. Le *Muthos* ne se présente aucunement comme le contrepoint du *Logos* freudien. Certes le contre exemple se retrouve chez certains post-freudiens où par exemple le drame oedipien prend valeur proprement explicative. Chez Freud au contraire, on voit le mythe prendre une place tout-à-fait originale en se posant là où le Logos, le rationnel, échoue à saisir son objet. D'ailleurs, contrairement à ce que l'on croit souvent, le fameux «complexe d'Œdipe» chez lui ne répond aucunement de quelque emprunt direct au patrimoine mythologique. Freud l'énonce on ne peut plus clairement dans sa *Traumdeutung*, ce qui l'intéresse n'est pas tant le mythe d'Œdipe, dans sa dramatique propre, que l'effet saisissant de la pièce de Sophocle «*Oedipus Rex*»^{*1}. C'est donc un Freud clinicien qui retient ce mythe sous forme interrogative, et non le penseur soucieux d'asseoir ou d'illustrer sa théorie fondée sur l'interdit de l'inceste. Tout autant, le mythe de Narcisse ne correspond aucunement à un tel emprunt. C'est sur la base des travaux de Havelock Ellis qui l'utilisa pour décrire une déviation sexuelle qu'il nomma «*Narcissus like*»^{*2} que Freud forgea son concept de narcissisme.

Les authentiques emprunts freudiens au répertoire mythologique sont ailleurs. Et il est notoire qu'ils concernent dans leur quasi-totalité la figure de la mère. Je n'en cite

qu'un exemple, le plus explicite, à savoir celui qui apparaît dans «Le thème des trois coffrets»^{*3} où Freud convoque les trois Moires en référence explicite aux trois temps où celle-ci peut être située : la mère qui enfante (Clotho), l'amante que l'homme choisit à son image (Lachésis) et la terre-Mère qui le rappelle à nouveau (Atropos).

Mais il s'agit, là comme dans d'autres emprunts, que d'un apport d'appoint qui enrichit le développement proposé par Freud sur d'autres matériaux, littéraires notamment. Ce n'est que dans un texte, un seul, qu'il aborde «Frontalement» (je pèse le mot) une figure mythique extraordinaire : «La tête de Méduse»^{*4}, sur lequel on reviendra dans un instant.

Car la question se pose tout d'abord : pourquoi chez Freud un tel recours au mythe si celui-ci ne répond pas d'une simple finalité illustrative ? Je laisserai provisoirement en suspens cette question, non sans toutefois évoquer cette construction mythique, proprement freudienne celle-là, qui donne un avant-goût de ce qui pourrait être tenu pour réponse, je veux parler du célèbre mythe de l'*Urvater*, du Père originaire dont Freud énonce clairement qu'il n'acquiert statut de Père qu'à partir du moment où les fils se réunissent pour le tuer et le consommer cannibaliquement. Une construction mythique originale s'il en est dans la mesure où, on le sait, elle s'appuie sur les données darwiniennes relatives à la formation des hordes chez les primates, mais que Freud reprend en resserrant l'enjeu autour de la question du meurtre qui, c'est sans doute là l'essentiel, donne consistance à un lieu ou un temps de jouissance absolue sous les seules auspices de sa perte. Le mythe se présente ici pour désigner dans sa négativité un temps qui, pour être tenu pour premier, ne prend corps qu'à partir d'un temps second, celui de sa perte. Aussi semble-t-il indexer, en relais d'un *Logos* démonstratif qui semble impuissant à en soutenir l'occurrence, un enjeu qui ne peut être positivé dans le savoir, fût-il analytique. J'ajouterai, surtout parce qu'il est analytique...

J'en viens donc à ce petit texte de 1922 consacré à la tête de Méduse. Un texte que Freud laissera sous forme d'esquisse, comme si l'effet pétrifiant de la Gorgone l'avait atteint dans l'acte même de son écriture. Pour autant, l'idée essentielle qui s'en dégage est fondamentale, et déborde de loin ce qui aurait pu se limiter à une simple interprétation symbolique de cette figure de la mythologie. Ayant souligné la relation

étroite entre la décapitation de Méduse et la castration, l'effroi pétrifiant qui résulterait du croisement de son regard renverrait à la confrontation visuelle du jeune garçon au sexe maternel en tant que castré. Freud le souligne à demi-mots dans ce texte mais se montrera radical sur ce point dans un texte rédigé un peu plus tard⁵: ce n'est pas le sexe de la femme mais bien celui de la mère auquel serait confronté le sujet. La nuance est évidemment capitale et fournit à l'angoisse de castration telle qu'elle est classiquement tenue comme pivot de la logique névrotique son au-delà fondateur sous la forme d'une confrontation directe à ce qui tient lieu d'origine, à savoir le sexe de l'Autre maternel. Disons-le d'un mot, dans un tel face à face à Méduse, c'est la dimension de l'*Impossible* qui s'énonce, l'Impossible de retrouver le point d'origine qui ne se soutient que d'un rapport de foncière extériorité. On peut observer d'ailleurs, dans l'explicite de ce texte de 1922 (et sans doute de façon implicite dans l'ensemble de l'œuvre freudienne) le passage de ce registre de l'*Impossible* à celui de l'*Interdit*. Il est notoire en effet que la tête de Méduse finisse par arborer la cuirasse d'Athéna, dont on sait sans doute que, des divinités olympiennes, elle est la seule à être issue parthénogénétiquement, sans mère, du seul corps de Zeus, le père des dieux⁶. Ainsi la tête de Méduse prend-elle toute sa valeur *apotropéïque*, c'est-à-dire terrifiante, pour protéger la virginité de celle qui, des déesses, peut être tenue pour la plus étroitement liée à son père.

Cette dimension de l'*Impossible* est de fait étroitement liée à la figure de Méduse. Il est possible en effet de la déduire de deux données relatives à la fois au texte mythologique d'une part et aux productions artistiques, graphiques et plastiques, de la Grèce archaïque d'autre part.

Dans la théogonie d'Hésiode, référence centrale depuis toujours quant à la généalogie des dieux grecs, Méduse est l'une des trois Gorgones issues de l'union de Phorkys et Kéto, eux-mêmes issus de Pontos. La référence à Pontos est ici centrale. Classiquement tenu pour évoquer la haute mer, «*le grand large, l'étendue vierge traversé par les marins téméraires lors de chaque navigation périlleuse*»⁷, il renvoie avant tout, comme le souligne Benveniste⁸, à l'idée d'un «*chemin sans cesse effacé, un passage jamais tracé, une voie fermée sitôt qu'elle est ouverte*». Pontos renvoie autrement dit à *l'absence de traces*, à l'absence de ce qui fait succession, voire cycle. Il incarne, diront Detienne et Vernant⁹, la *mouvance pure*. C'est d'ailleurs en cela qu'il

se distingue radicalement de son frère, plus connu, *Ouranos Asterois*, «Ciel étoilé», le fondateur de la lignée d'où surgiront Zeus et les Olympiens, qui montre bien, quant à lui, ne serait-ce que par l'apparition régulière des étoiles en un lieu fixe, la présence de cette trace qui précisément fait défaut chez Pontos. L'*Impossible* en cela prend une première forme, celle de l'absence de tout point fixe, de toute trace, soit celle de toute histoire énonçable.

La deuxième voie par laquelle on peut définir Méduse dans la logique d'un Impossible auquel elle renverrait plus que tout autre, relève des productions artistiques, graphiques et plastiques qui la concernent. A ce niveau va surgir un point d'observation essentiel pour la suite. En fait, dans le narratif mythique, il s'agit bien d'une reprise dramatisée de ce qui se présentait très tôt déjà dans la Grèce archaïque en l'espèce d'un masque dont il est significatif qu'il lui ait été réservé un nom particulier, le *gorgonéion*, à la place du nom de *prosopon*, qui concerne tous les autres types de masques. Ce *gorgonéion* apparaît dès le VII^{ème} siècle av. JC. Il possède une valeur de fétiche apotropaïque, soit de talisman qui protège du mauvais œil. Mais surtout, il se soutient de la caractéristique essentielle de n'avoir de figuration que frontale. Le *gorgonéion* ne possède pas de profil. Sa face n'a ni profil, ni dos, ni volume donc. Elle est fondamentalement dépourvue de cette troisième dimension propre au monde des vivants. Cela en tout cas constituera la règle jusqu'au milieu du V^{ème} siècle av. JC. De là, dans l'ensemble des représentations qui la concernent, elle se supporte de l'originalité de ne pouvoir être incluse dans une figuration scénique face à laquelle le spectateur occuperait une place de pure extériorité. N'importe quel personnage de la mythologie grecque admet une représentation de profil. Méduse, non... Elle ne peut être vue que de face.

C'est là le paradoxe éclatant de Méduse. Elle ne se présente que de face et en même temps, nul ne peut la voir ainsi, nul ne peut croiser son regard sans être instantanément pétrifié. Autant dire qu'elle, ou la question qu'elle supporte ou incarne, nous *regarde* chacun, individuellement, au-delà d'un simple échange visuel. Elle nous renvoie autrement dit à une part de pure altérité*10 d'intimité, ou d'*extimité* dira Lacan, qui n'est autre que cette part d'*Impossible* qui fonde la structure du désir et qui a pour nom le Réel.

Doucement, nous approchons de ce qu'une telle figure de la mythologie grecque peut évoquer du monde contemporain. Car Méduse, en son essence, renvoie à ce qui se présente comme le nécessaire médiat qui rend seul possible, du Réel, d'en dire quelque chose, à savoir l'image.

Il est clair que Méduse est connue avant tout à partir de la geste de Persée, le héros qui parvint à lui trancher la tête. L'épopée, telle qu'elle se présente en tout cas chez Ovide^{*11} et chez Apollodore^{*12}, contient d'emblée un certain nombre de détails qui renvoient nettement à la dimension du voir. Je pense aux Grées que Persée doit rencontrer, qui ne possèdent qu'un seul œil à elles trois^{*13}. Je pense aussi aux attributs que les Nymphes lui remettent à son départ, la *kibisis*, sorte de besace capable de cacher, à la vue de celui qui la porte, la tête tranchée de Méduse, et surtout la *kunée*, le casque d'Hadès, dieu des morts, casque qui a le pouvoir de rendre invisible celui qui le porte. Mais surtout, la façon dont Persée réussit à approcher la Gorgone sans croiser son regard mérite qu'on s'y arrête un instant.

Se présente en effet l'élément essentiel que c'est le *reflet* de Méduse sur un bouclier (le sien pour Ovide, celui qu'Athéna tient au-dessus de Méduse endormie pour Apollodore) qui guide Persée pour la décapiter. A l'impossibilité de la voir de face répond ici le seul moyen de l'atteindre, par l'image, c'est-à-dire *par l'intermédiaire d'un lieu qui la pose là où elle n'est pas*. Sans s'y confondre, l'image telle qu'elle se présente ici n'est assurément pas éloignée de cette notion cruciale dans la métapsychologie freudienne qu'est la représentation, qui doit être entendue, on le sait, à la fois dans le sens de la *Vorstellung* (représentation au sens de «mettre devant soi – *Vort Stellen* – l'image») et dans celui de *Repräsentanz* (tenant lieu, comme on dit d'un *représentant* de commerce).

C'est au niveau de cette logique de l'image en tout cas, qui se pose bien comme ce qui renvoie à ce qui n'y figure pas tout en tirant sa raison d'être de ce à quoi elle renvoie, qu'il me semble possible d'interroger au plus net en quoi Méduse, dans sa puissance, s'inscrit au plus proche de ce qui constitue les bouleversements psychologiques de ce début de XXI^{ème} siècle. La question est bien celle-ci : à quoi répondrait, dans les données sociétales actuelles, ce face à face pétrifiant, mortifère, avec Méduse ?

A priori, on pense immédiatement à cette puissance extraordinaire que possède l'image dans le monde contemporain. Je pense notamment à cette profusion d'images rendues nécessaires à la mise en valeur d'un objet consommable, ou encore (il ne s'agit que d'exemples parmi tant d'autres) à cette compulsion à la photographie, lors d'événements familiaux ou autres, qui mène parfois à oublier de les vivre. Ce n'est pourtant pas là que Méduse saurait être repérée. Au contraire, l'image dans sa profusion actuelle se pose on ne peut plus explicitement comme ce qui s'institue comme insigne de l'objet, en quoi il ne saurait précisément être question de quelque face à face mortifère. Elle maintient intact l'écart avec l'objet qu'elle supporte de son éclat pour en favoriser le pouvoir attractif. Que la parole, comme l'écrivait Jacques Ellul^{*14} en sorte humiliée (que reste-t-il en effet à dire de tel ou tel événement marquant qui se trouve figé sous tous ses aspects sur une pellicule photographique□), cela constitue certes un point hautement significatif, mais ce n'est pas là qu'on risque de rencontrer la Gorgone. Et puis, il est clair que la composante d'horreur, de cette surpuissance de l'image, est complètement absente.

C'est sur un tout autre plan, me semble-t-il, qu'il est possible de circonscrire la place de Méduse dans le monde contemporain, à condition toutefois de cerner au plus près la logique qui sous-tend le geste de Persée au moment précis où il aperçoit le reflet de la Gorgone sur un bouclier. Les choses peuvent paraître simples□ Elles ne le sont pas...

Lorsqu'il regarde la surface plane du bouclier, Persée identifie Méduse. *Il sait que c'est elle*. Cela est évident mais demeure insuffisant car un second *savoir* se superpose nécessairement à ce premier, faute de quoi c'est purement et simplement le bouclier qu'il en viendrait à frapper de son épée. En effet, il sait que c'est Méduse dans ce reflet, dans le même mouvement, ou dans le même moment plutôt, qui le conduit à *savoir que ce n'est pas elle*, mais seulement son reflet. Un savoir «positivant□ (il sait que c'est elle) se double fondamentalement d'un savoir négativant (il sait que ce n'est pas elle). C'est à la seule condition que ces deux savoirs en viennent à se conjuguer que l'image peut prendre toute sa valeur de renvoyer à ce qui s'institue d'un rapport d'extériorité à elle, en tant que renvoi à un autre lieu.

Pour évoquer les choses dans le langage des logiciens classiques, le savoir positivisant repose sur les principes rationnels élémentaires d'identité et de non contradiction□

$$a = a \text{ et } a \neq \text{non } a$$

tandis que le savoir négativant souligne à l'opposé le principe de la non-identité à soi

$$a \neq a$$

que Lacan reprendra, à partir de Peirce, selon la formule

$$a = \text{non } a$$

Sur le bouclier, la proposition «□Méduse est Méduse□ (a = a) se conjugue avec celle□«□Méduse n'est pas Méduse□ (a = non a).

Au cœur de la figure médusienne s'inscrit donc la question d'un savoir qui exige son dédoublement, ou plus exactement la part de leurre qui lui revient. A ce titre, deux aspects du monde contemporain au-moins s'y rattachent nettement.

La première, c'est évidemment le discours de la Science dont on sait le poids qu'il peut avoir aujourd'hui, surtout depuis qu'il se voit soutenu par la technologie. La Science ne se limite pas à la production d'un savoir, d'une *Scientia*. Avec les incroyables avancées de la technologie, dans laquelle elle tend d'ailleurs à se dissoudre, elle se donne prétention de flirter avec la notion de vérité, celle-ci se trouvant confondue, depuis Descartes, avec la certitude de la représentation. Je prends un exemple auquel nul, surtout s'il est psychanalyste, ne peut rester insensible□ la définition du Père se voit aujourd'hui relayée par sa localisation objective et vérifiable au niveau des gènes, cela recouvrant tout ce que cette question du Père promet fondamentalement au titre d'inscription dans le Symbolique. On aura beau se rappeler avec Heidegger que la vérité possède comme sens originaire celui de l'*alêthéia*, c'est-à-dire de «□dévoilement de ce qui se montre en se retirant□, le discours scientifique contemporain ne s'embarrasse pas de telles subtilités qui compromettraient le conclusif

de leurs recherches expérimentales. Ce discours se pose en effet comme «*Le savoir qui se sait*». Elle s'arrête autrement dit à ce savoir positivant qui amenait Persée à «*Le savoir que c'est Méduse qui figure sur le bouclier*». Il fait fi de ce qui demeure inaccessible en tant que lieu du Réel. Réduire le Père à quelque formule d'ADN, n'est-ce pas écrire en toutes lettres sur la surface plane, sinon d'un bouclier, du moins sur les pages d'une publication à réputation scientifique, ce qui en soi ne peut que se dire sur la base d'un langage dont l'instrument, le mot, comme disait Hegel, se pose bien comme le meurtrier de la chose.

Que fait donc le scientifique avec cette formule d'un ADN paternel si ce n'est pétrifier la mouvance sans fin d'une parole qui rate à se saisir elle-même dans les filets de ses énoncés. L'image pourra paraître osée, mais la prétention du discours scientifique à se prétendre capable de répondre à la question de l'origine me semble l'autoriser. Le scientifique affirme, affiche même, sa capacité à faire face à la vision du sexe maternel, ce lieu d'origine renvoyant à la castration dont parle Freud dans «*La tête de Méduse*». Seulement, en lieu et place de ce qui, dans la castration ainsi rappelée, serait supposé l'interroger et le remplir d'effroi, convaincu de savoir ce que c'est et de savoir qu'il sait, il couvre ce qui se présente devant lui d'un voile qui lui permet enfin, tranquillement, d'écrire ses formules. Evidemment, dès lors qu'il pose ainsi ce voile, il n'y a plus grand-chose à voir d'autre que ce qu'il écrit. Assurément, on retrouve nettement ici la même logique que celle du rêve que Freud évoquait sous le titre de «*L'injection à Irma*»¹⁵ où la formule du «*Triméthylamine*» écrite en lettres capitales sous ses yeux, se posait comme recours au savoir scientifique pour rendre compte de l'innommable inhérent aux formations tubéreuses et inquiétantes apparaissant dans le fond de la gorge d'Irma.

Un autre phénomène contemporain peut être interrogé sur la base de cette logique de l'image qu'actualise le geste de Persée, dans la référence à ces deux niveaux de savoirs qu'on a vus. Un phénomène autrement critique, inquiétant, et moins universel que ce qui vient d'être vu à propos du discours scientifique, mais qui garde un rapport étroit avec cette question du savoir. Je veux parler de la croyance, en son sens religieux, telle qu'elle se présente sous les auspices de cet intégrisme qui en arrive à pousser à cet extrémisme du sacrifice personnel chez ceux-là qui se surnomment «*Les martyrs de la foi*». Sujet épineux s'il en est, que les propos qui suivent ne font

qu'aborder sous la forme d'une hypothèse qui doit être tenue avec la prudence qui s'impose.

La croyance est à l'opposé de la Science. Comme le rappelait Lacan en 1965^{*16}, on ne peut croire en ce dont on est sûr. Prouverait-on scientifiquement l'existence de Dieu que toute croyance perdrait immédiatement sa raison d'être. C'est un fait d'observation simple que l'extension de certaines formes de croyances en ce début de XXI^{ème} siècle constitue le pendant direct de la surpuissance du discours scientifique. Il ne me semble pas excessif d'aller jusqu'à affirmer que cette extension, que ce soit sous la forme d'adhésions massives aux gourous de tous poils, sous celle de la prolifération attestée de sectes, constitue le symptôme majeur, sous forme d'un retour du refoulé, de ce discours scientifique qui prétend répondre à la question de l'origine. J'ajouterai qu'un tel symptôme ne fait que rappeler la logique de ratage qui est indissociablement liée à la logique du désir du sujet parlant, toujours en écart avec le Réel, que ce discours scientifique ne peut admettre dans son épistémologie.

La croyance en tout cas admet fondamentalement une part qui lui échappe. On ne croit qu'en ce dont on ne peut pas tout savoir. C'est à ce niveau-là, je crois, que mérite d'être mentionné ce phénomène on ne peut plus actuel d'une croyance qui se nie elle-même en prétendant atteindre un savoir plein, plein au point de ne plus laisser la moindre place au sujet en tant que lieu d'où elle tire sa raison d'être première. Cette annulation totale du sujet, on la trouve évidemment dans cette adhésion sans limites à tel ou tel objet de croyance. Mais on le trouve également au niveau de cet acte sacrificiel chez ceux qui se réclament du titre de «martyrs de la foi», qui adhèrent à l'objet de leur croyance jusqu'à y laisser la vie.

Soyons clairs sur un point. La dimension sacrificielle qui se présente ici ne se pose aucunement dans la logique d'une appartenance symbolique, «Au nom de...». A ce titre, les guerres de religion révéleraient à suffisance que le phénomène n'est pas nouveau. Ce n'est pas au nom d'un Dieu érigé en objet ou en fondement de croyance, mais dans l'adhésion pleine à un savoir qui se trouve confondu avec la dimension de la vérité, une vérité qui ne se supporte plus de ce principe de l'*alêthéia*, de cette «révélation qui montre ce qui s'éclipse» heideggérienne dont je parlais plus haut.

A priori, cette croyance confondue avec la vérité n'est pas éloignée de ce qui a été dit précédemment à propos du discours scientifique. Une nuance de taille pourtant les sépare. Car s'il est vrai que l'on peut persister à « croire au savoir » en attendant d'elle toujours plus qu'elle n'est en mesure de donner, la réciproque n'est pas si simple. Le savoir qui supprime la croyance aménage un espace proprement intenable. Plus rien à croire, au cœur de ma croyance, puisque ce que je crois n'est plus une croyance. C'est ici peut-être qu'il est possible de reprendre cette logique vue plus haut à propos du bouclier de Persée. Si le discours scientifique tend à poser un savoir qui se formule en un « Je sais que c'est... », niant simplement la part d'extériorité qui demeure bel et bien, on pourrait situer cette croyance impossible dans la logique d'un « Je ne sais pas que ce n'est pas... ». La marge qui fonde le statut de simple reflet de Méduse se trouve là radicalement évincée, en « Non lieu », et non plus simplement niée. Et là se présente le terrible face à face à la tête de Méduse. Son effet, on le sait, consiste en la pétrification du sujet. Or, que fait donc le « Martyr de la foi », dans son acte sacrificiel, si ce n'est se donner consistance de pierre éclatée. Comme l'écrivait Francis Pasche¹⁷ : « La pétrification par Méduse est la parfaite métaphore de la constitution d'un fétiche, la victime garde sa forme et pour toujours. Nous verrions volontiers le fétiche comme une image autoscopique, un portrait radiographique du sujet ». Si on se rappelle que le fétiche est fondamentalement, pour Freud, dans sa constance et dans son caractère dévitalisé, ce qui se pose en lieu et place du phallus manquant de la mère, on voit bien la place originale qu'il prend ici. Le fétiche ne se trouve plus subordonné à la logique de l'*avoir*, à entendre dans le double sens d'un objet dont dispose le sujet et de ce qui permet la persistance de la croyance en un phallus possédé par la mère. Il ne se pose plus comme ce qui, comme disait Lacan¹⁸ s'inscrit sur le voile qui couvre la castration maternelle. A ce niveau-là en effet, le manque garde tout son droit de séance, fût-il l'enjeu d'une *Verleugnung*, d'un déni. Ce fétiche autoscopique, expression que j'emprunte à Francis Pasche, appartient bien plus au registre de l'*être*. Je ne pose plus cet objet-fétiche en lieu et place du manque en l'Autre, je le suis, je le deviens... En quoi d'ailleurs on retrouve clairement l'une des interprétations que Freud proposait dans son petit texte de 1922 qui, en première approximation, pouvait sembler étrange. Freud en effet tenait la pétrification comme l'identification au phallus, cette identification ayant pour finalité non de *masquer* mais de *combler* le manque. En vérité, il ne saurait y avoir meilleure illustration que celle du fétichisme pour pointer l'enjeu sacrificiel chez les « Martyrs de la foi ». Car si le

fétichiste, comme le soulignait Octave Mannoni*19, «*Sait bien mais quand même*» que la mère ne possède pas le phallus, ce dernier franchit le pas de «*Ne pas savoir que ce n'est pas*», en quoi ne lui reste d'autre issue que d'être à la consistance d'une pierre morte à défaut de s'inscrire dans le manque à gagner inhérent à l'ex-sistence propre au champ du désir.

En conclusion, je reviendrai sur ce qui était posé sous forme de question au début de cette intervention. L'emprunt freudien d'un certain nombre de figures mythologiques, grecques pour la très grande majorité*20 ne se subordonne pas à une finalité simplement illustrative. Œdipe et Narcisse mis à part (dans la mesure où il s'agit d'emprunts indirects, à une pièce de théâtre pour l'un, à la clinique sexologique pour l'autre), la quasi-totalité de ces emprunts concernent des figures maternelles. Méduse se présente bien là en pleine confirmation de ce fait, Freud insistant à plusieurs reprises, dans le texte de 1922 mais aussi après*21, sur la logique d'une confrontation visuelle au sexe, non pas de la femme, mais de la mère.

Deux points concernant l'intelligence analytique méritent en cela d'être soulignés. D'une part, la convocation de Méduse, dans la continuité d'autres divinités maternelles, renvoie au plus net à une question, à LA question que le Logos freudien ne peut saisir, une question donc qui ne peut être inscrite dans le savoir. Cette question, dont l'une des expressions majeures concerne celle de l'origine, cette obsession de chacun au point que Freud la situait comme l'une des toutes premières théories sexuelles infantiles*22, n'est autre que celle de la jouissance. Discrètement posée par Freud, il faudra attendre Lacan pour en saisir toute l'authentique étendue dans le champ de l'économie désirante. Ce champ de la jouissance, qui n'a rien à voir évidemment avec le plaisir qu'elle fonde toutefois, constitue le point d'échappée irrévocable et nécessaire à tout savoir analytique. En cette période contemporaine où la vulgarisation médiatique se voit rejointe par le dogmatisme de certaines écoles de psychanalyse qui font de la théorie l'enjeu d'un savoir plein, cela méritait d'être souligné. Car j'oserai avancer, sans ouvrir le débat, que cette omission de ce point d'échappée au savoir ne peut qu'avoir des conséquences désastreuses jusqu'à la pratique du psychologue clinicien dans le monde contemporain. La dimension aporétique dans laquelle sont emprisonnés bon nombre de jeunes praticiens sortis de

nos universités, qui doivent rendre compte, ou rendre des comptes, sur un savoir établi à l'endroit d'un patient, est bien là pour en témoigner.

Deuxième point qui concernera davantage ce que le discours analytique peut encore avoir quelque chose de pertinent à dire de ces bouleversements psychologiques localisables en ce début de XXI^{ème} siècle, Méduse, dans l'analyse inachevée qu'en a proposé Freud autant que dans la place spécifique qui lui revient dans le patrimoine mythologique, me semble se poser pour témoigner d'une logique qui sous-tendrait ce monde que certains qualifient, l'expression est significative, de post-moderne*²³.. La clinique le révèle on ne peut plus clairement, celle de l'hystérie notamment, qui marquait dans sa dramatique le rapport à l'interdit que l'on sait, et qui, éternelle et changeante, persiste à prendre place dans le monde actuel dans la sempiternelle mise en défaut du discours psychiatrique. Qu'elle soit purement et simplement exclue des classifications de type DSM ou qu'elle se voit reléguée par la notion, tout aussi symptomatique d'une semblable mise en défaut de ce savoir psychiatrique, d' « États limites »²⁴, cela revient au même. Car la donne de ce début de XXI^{ème} siècle n'est pas la même. Au règne de l'*Interdit* qui caractérisait l'époque de Freud semble répondre aujourd'hui celui de l'*Impossible*. Autre façon de souligner, à la suite de différents auteurs, tels Jean-Pierre Lebrun*²⁴ ou Michel Tort*²⁵, ce qui prend bien les aspects d'un déclin de la figure du père.

Plus, évidemment, que dans l'intention de fournir à cette idée une assise illustrative, je me permettrai pour finir d'inventer un mythe qui en favoriserait peut-être la saisie, compte tenu de l'impuissance du Logos. Il s'agit d'Œdipe, le malheureux champion de l'Interdit et du savoir qui ne se sait pas, qui rencontre Méduse. Qu'il en soit pétrifié ne me semble pas éloigné de cette composante majeure du monde contemporain qui, reconnaissons-le, flirte avec l'illusion de dépasser la dimension de l'Impossible qui soutient pourtant, fondamentalement, la structure du sujet parlant...

CITAS

1*« *L'interprétation des rêves* », Paris, PUF, 1976, p. 228 et s.

2*Havelock Ellis, « *Etudes de psychologie sexuelle* », t. XII, Paris, Mercure de France, 1932, p. 203 et s.

3**Le thème des trois coffrets* », in « *essais de psychanalyse appliquée* », Paris, Gallimard, 1978, p. 103

4*« *La tête de Méduse* », in OC XVI, 1991, p. 163-164

5*« *L'organisation génitale infantile* », in OC XVI, 1991, p. 308, n. 2

6*Pour être plus précis, Zeus accouche par la tête d'Athéna après avoir avalé l'océanide Métis enceinte de lui. En quoi se présente, disons-le en passant, une authentique dynamique d'appropriation du Maternel par le Père

7*Gilles Consoli, « *La candeur d'un monstre* », Paris, Le Centurion, 1987, p. 22

8*« *Problèmes de linguistique générale* », Paris, Gallimard, NRF, 1966, p. 296-298

9*Maurice Detienne & Jean-Pierre Vernant, « *Les ruses de l'intelligence. La Métis des Grecs* », Paris, Flammarion, 1974, p. 211

10*Jean-Pierre Vernant, « *La mort dans les yeux. Figure de l'Autre en Grèce ancienne* », Paris, Hachette, 1998

11*« *Les métamorphoses* », trad. Georges Lafaye Paris, Les Belles Lettres, 1928

12*« *Bibliothèque* », II, 4, 2, trad. Hugo Bratelli

13*« *Les métamorphoses* », IV, v. 772-777

14*« *La parole humiliée* », Paris, Le Seuil, 1981

15*« *L'interprétation des rêves* », op. cit., p. 101 ets.

16*« *Séminaire XII. Problèmes cruciaux pour la psychanalyse* », inédit, séance du 12 mai 1965

17*« *Le bouclier de Persée ou psychose et réalité* », in « *Le sens de la psychanalyse* », Paris, PUF, 1988, p. 40

18*« *Séminaire IV* ». *La relation d'objet*, Paris, Le Seuil, 1994, p. 155 et s.

19*« *Clefs pour l'imaginaire* », Paris, Le Seuil, 1969

20*On trouve quelques références à la mythologie égyptienne dans « *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* », Paris, Gallimard, TEL, p. 98 et s.

21*Dans « *L'organisation génitale infantile* », ibidem , mais aussi dans ses « *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* », Paris, Gallimard, NRF, 1936, p. 35

22*Cf « *Les théories sexuelles infantiles* », in « *La vie sexuelle* », Paris, PUF, 1982, p. 14-27. Cf aussi ses « *Trois essais sur la théorie de la sexualité* » de 1905, Paris, Gallimard, 1978, p. 91

23*Serge Lesourd, « *Comment taire le sujet. Des discours aux parlottes post-modernes* », Paris, Erès, 2006

24*« *Un monde sans limite* », Paris, Erès, 1997

25*« *La fin du dogme paternel* », Paris, Aubier, 2005

Escuchar a las víctimas del desplazamiento forzado

Ángela Esmeralda Hincapié Gómez

Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Resumen:

En este artículo se describen las versiones de las víctimas del conflicto armado sobre las actuales negociaciones de paz en Colombia, los aprendizajes que dejaron las anteriores negociaciones y los aprendizajes que dejaron las comisiones de verdad en América Latina, para mostrar que estos procesos no lograron ni lograrán la reconstrucción social prometida, mientras no se escuche el saber y el sufrimiento de las víctimas, asumiendo la escucha como una acción politizante que facilite la elaboración subjetiva, intersubjetiva y social de las violencias, en interacciones comunicativas que revelen “*las verdades*” o “*realidades significativas*”, reconociendo la legitimidad de todos y cada uno de los actores y víctimas del conflicto. Para ello, se propone que en los procesos de restauración y reconciliación haya un trabajo de recuperación de memoria con aquellas generaciones que vivieron el conflicto (reconociendo la oposición entre trauma y duelo), y un trabajo de creación de una cultura alternativa con las nuevas generaciones.

Presupuestos:

Sobre los investigadores y profesionales como actores sociales: la realidad social se construye en prácticas y discursos interpretativos (comunicativos) que son producidos por las teorías, porque las categorías toman cuerpo, condicionan la visión del mundo en la vida cotidiana, modifican la actividad humana y se consolidan socialmente hasta engendrar la realidad a la que se refieren, esto quiere decir que los sentidos se negocian en procesos interactivos, que son colectivos y situados. Estos discursos y prácticas pueden promover el orden y el cambio social planeado desde las lógicas del sistema, o pueden develar los desequilibrios producidos por un sistema al que habría que resistirse, con ello, lo que se pone en evidencia es que las distintas posturas epistemológicas de las teorías tienen efectos politizantes o ideologizantes, unas que

objetivan y naturalizan la realidad, otras que la relativizan e individualizan y otras que la colectivizan y sitúan: *“habría de alegrarnos el percatarnos de tantas irregularidades... “esta manera caótica de entendernos, esta especie de Babel disimulada que mantenemos” ... pues esto nos permite recurrentemente diluir el engaño de los terrenos seguros o escapar de la virtualidad de las certezas; huir constantemente en fin de la fe “por la que matamos y morimos””* (Pérez, 2005:84). En consecuencia, en el trabajo sobre el conflicto armado y el desplazamiento es necesario el debate que permita tejer puentes y disminuir efectos de las ciencias sociales contrarios al propósito de la reconstrucción social, privilegiar miradas transversales que más allá de los campos disciplinarios, permitan *“recuperar lo subjetivo en la lógica de los actores y los procesos, la densidad histórica y cultural en la que se inscriben dichos procesos, y los mecanismos para superar las experiencias desgarradoras de quienes han sido afectados por la violencia”* (Belay, 2004: 12).

Las certezas teóricas devienen en obstáculos para la construcción de comprensiones históricas contextualizadas. El “expertismo” de algunos teóricos y organizaciones impide tejer puentes mediante prácticas comunicativas porque asumen el estudio de los problemas que hacen parte de la vida cotidiana de cada vez más personas y comunidadesⁱ sin que el modo de entender lo vivido por ellas entre en diálogo con el acumulado histórico del conocimiento que la humanidad ha producido sobre estas realidades, sino que más bien, y de manera paradójica, toman estos saberes como parte de sus “pertenencias” exclusivas y excluyentes: *“La estrategia de quienes así se posicionan consiste en ampliar la brecha entre quienes “poseen” la información o las “claves de desciframiento” y quienes no pueden acceder a ellas. Bajo estas premisas de funcionamiento se conforman reducidos círculos que “hablan y negocian con un lenguaje que se ha especializado y puede ser utilizado por miembros del mismo campo, hasta el punto de que los expertos especializados pueden dirigirse a otros únicamente utilizando una lengua franca ampliamente ininteligible para las personas no especializadas”* (citado en CODHES INFORMA, 2001: 19).

Sobre la solución de conflictos entre actores sociales: superar el conflicto no es silenciarlo sino encontrar los modos de tramitarlo desde los actores, con sentido histórico y en lo individual y colectivo. Ello exige: 1) Reconocer los marcos de legitimidad de todas las partes. 2) Reconocer que la temporalidad humana en los

procesos de reconstrucción no se ciñe a un antes o después, a la linealidad cronológica de los hechos, sino a la posibilidad de recuperación del sentido de lo perdido, logrando elaboraciones que den lugar al recuerdo que permite la memoria para construir un mañana, o identificando puntos de imposibilidad, de presencias traumáticas que insisten y obligan a repetirse, que congelan el pasado en el presente. 3) Reconocer los tránsitos entre lo individual y lo colectivo. Al parecer, en situaciones que ponen en riesgo la vida misma, no hay tiempo para elaboraciones personales y hay necesidad de mimetizarse en identidades transitorias colectivas, es decir, se da una recomposición de los tránsitos entre los procesos individuales y comunitarios que los actores deben saber identificar, relacionar y potenciar.

La paz y la reconciliación, desde el marco de la ONU

“La paz y la reconciliación sólo pueden fundarse en la verdad, la justicia y la reparación” (FRÜHLING, 2005)

Las víctimas de “delitos graves conforme al derecho internacional” tienen tres derechos fundamentales: 1) El derecho a la verdad: el derecho a conocer, en forma veraz, transparente y objetiva, los motivos, los hechos y las circunstancias relacionados con la comisión de los crímenes. 2) El derecho a la justicia: el derecho a solicitar y obtener, mediante el ejercicio de recursos y acciones eficaces, que el Estado investigue los crímenes, juzgue a sus autores y partícipes, e imponga a éstos penas ajustadas a los principios democráticos de necesidad (la pena sólo debe imponerse cuando hace falta para el cumplimiento de un fin), proporcionalidad (la pena debe ser cualitativa y cuantitativamente proporcional al delito cometido) y razonabilidad (la pena no puede ser arbitraria o caprichosa). 3) El derecho a la reparación: el derecho a ser destinatarias de acciones individuales de restitución, indemnización y rehabilitación, de medidas de satisfacción de alcance general y de garantías de no repetición.

Las exigencias de los principios y normas internacionales para la protección y la promoción de los derechos humanos, conforme al derecho internacional, son: adoptar todas las medidas necesarias para que vean efectivamente reconocidos y garantizados sus derechos las víctimas de delitos graves y crear mecanismos de justicia transicional para la investigación, el juzgamiento y la sanción de los delitos graves cometidos por

miembros de organizaciones armadas ilegales. Se da el nombre de justicia transicional o justicia de transición al conjunto de procesos interrelacionados de enjuiciamiento y rendición de cuentas, difusión de la verdad, reconocimiento de reparaciones y adopción de reformas institucionales que se adelantan en un país tras la superación de un conflicto armado interno o en las fases finales de éste.

Las acciones de restitución se dirigen a restablecer la situación en que la víctima se hallaba antes de cometerse el crimen. Las de indemnización buscan compensar todo perjuicio resultante del crimen que sea evaluable en la esfera económica. Las de rehabilitación se encaminan a lograr que la víctima se recupere con ayuda de la atención médica y psicológica, y con la prestación de servicios jurídicos y sociales. Las medidas de satisfacción de alcance general son las que se orientan a deshacer el agravio inferido a la víctima mediante la cesación de las conductas criminosas, la verificación de los hechos, la búsqueda de los cadáveres de las personas muertas o desaparecidas, el reconocimiento público de los sucesos y de las responsabilidades, y otras acciones análogas. Las garantías de no repetición tienen por objeto asegurar que las víctimas no sean afectadas con la comisión de nuevos crímenes de la misma índole.

En consecuencia, los procesos de negociación con los grupos armados ilegales requieren un marco jurídico para: 1) Esclarecer satisfactoriamente la comisión de los “delitos graves conforme al derecho internacional” en los cuales miembros de esos grupos aparezcan como autores, coautores, determinadores o cómplices. 2) Impedir que los responsables de tales delitos puedan beneficiarse con cualquier forma de impunidad. 3) Asegurar el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados a las víctimas por la trasgresión de las normas internacionales de derechos humanos y de derecho internacional humanitario.

En este orden de ideas, las normas dictadas en procura de que se reincorporen a la vida civil los miembros de grupos paramilitares o de grupos guerrilleros deberán: 1) Condicionar el otorgamiento de cualquier beneficio procesal a la confesión completa de los crímenes, a la manifestación pública de arrepentimiento y a la devolución de la totalidad de los bienes obtenidos mediante el desarrollo de las acciones delictivas. 2) Establecer un tiempo efectivo de privación de la libertad que resulte proporcionado a la gravedad de los delitos cometidos y al lugar jerárquico que su perpetrador ocupaba

dentro de la respectiva organización. 3) Señalar taxativamente —esto es, de forma estricta y para cada caso—, las acciones reparatorias que en favor de las víctimas hayan de cumplirse.

La ONU define la impunidad como *“la situación que se presenta cuando la persona responsable de un delito logra eludir la sanción prevista para el mismo en la ley, o es castigada con penas excesivamente benignas. Debe considerarse como factor de impunidad todo mecanismo normativo o fáctico que impida la penalización. Por consiguiente, no sólo generan impunidad las normas que eximen de persecución penal a los criminales, sino también los hechos que permiten a éstos sustraerse a las consecuencias jurídicas de sus acciones y omisiones”*. (FRÜHLING, 2005)

Las negociaciones de paz de los años 80 en Latinoamérica y Colombia

“Si hay algo que hayamos aprendido al estudiar conflictos y sobre lo cual hay consenso, es que el mejor antídoto para el conflicto y la violencia es el desarrollo” (Bañón, 2005:8)

Los países que han vivido largos periodos de conflicto armado y entran en procesos de paz, tienen en común que: 1) llegan a un punto de saturación de la violencia, es decir, que descubren que la violencia ya no da ganancia, los tiempos ya no son propicios para usarla porque lo que se logra es la pérdida de apoyo económico y social, la sociedad sobrecargada de sufrimiento y daño, que si se continua no va a quedar nada y ello exige parar. 2) hay degradación en escala y escalada de los fines: se pierde la relación entre los medios y los fines, la violencia pasa de ser un medio a un fin en sí mismo y mata la política como instrumento para la convivencia. Se mata en nombre la patria, la justicia, la seguridad, la defensa de la sociedad. 3) se logra como consecuencia la deshumanización, el embrutecimiento de las relaciones humanas, la destrucción de víctimas y victimarios, la militarización de la sociedad, el autoritarismo y la arbitrariedad. No sólo se destruyen las personas sino el tejido social, al crear traumas, estigmas, heridas...

Las Comisiones de Verdad en América Latina: entre los años 50 y 80, América Latina vivió regímenes militares sustentados en políticas de seguridad nacional que justificaban el control social a partir del cual todo sujeto era sospechoso y por tanto era válido el control por el terror. Los abusos y conflictos armados prolongados generaron

aislamiento internacional, resistencia social y desgaste. Tal vez se llegó a ese punto de saturación en el que nadie gana con la guerra, de degradación en el que la violencia como fin mata la política y deshumaniza. Entre los años 80 y 2.000, y como efecto de los movimientos sociales de oposición, se hizo la transición hacia incipientes democracias que buscaban restablecer los efectos de la época del terror militar. Los regímenes militares trataron de borrar la historia de sus gobiernos de terror con leyes como las de “caducidad”, “debida obediencia”, “punto final” o “amnistía”, en oposición, la sociedad civil se levantó y logró que se establecieran comisiones de investigación de la verdad, con errores que luego la historia cobró y que se esperaba que no se repitieran, errores promovidos por el afán de reconstruir el país antes que saber la verdad para que impere la justicia, y por el temor a remover el pasado. De estas comisiones de verdad y sus errores se aprendió que: 1) revelar lo oculto posibilita sancionar, 2) las revelaciones se pueden constituir en mecanismos de impunidad si no conducen a la sanción, 3) se requiere un movimiento social con compromiso de la población, 4) las comisiones en medio de la violencia tienden a ser parciales e incompletas, 5) las comisiones independientes tienen mayor probabilidad de llegar a la verdad que las del gobierno.

Los procesos de paz de Colombia de los años 80ⁱⁱ: entre los años 50 y 80 se instaló el discurso revolucionario que vio la confrontación armada como el camino para el cambio social; en los años 80, como consecuencia de las rupturas de las guerrillas de los 60 y en consonancia con la realidad mundial, se instaló el discurso de la solución política negociadaⁱⁱⁱ. Si bien por esta vía se logró el pacto constituyente del 91 y el movimiento ciudadano por la paz, tal solución política negociada se redujo al desarme y a la reincorporación, sin transformación económica y social: la pobreza se trató con políticas sociales residuales (ver el plan nacional de rehabilitación) y el cambio social terminó en una reforma constitucional hecha por el congreso. El post-conflicto fue entendido como una apuesta por la política, como una política pública de paz y reinserción. Estos procesos hicieron visibles problemas tales como: la lucha por el territorial y su relación con el conflicto armado, la reinserción de excombatientes, la pertinencia de la actividad pública para la lucha por los cambios y los límites de la guerra para la transformación social. La sociedad post-conflicto acordada por los negociadores de los años 80s fue: el monopolio de la fuerza en el Estado, acatando los DDHH y el control civil; condiciones que garanticen la competencia política (proyectos políticos, cambios en el sistema

político, ejercicio en la vida política); escenario para poner en juego diferentes proyectos históricos, con modelos económicos, sociales y de Estado; restaurar los efectos de la violencia en poblaciones y territorios afectados.

La evaluación de este proceso muestra que fue un error haber postergado el cambio estructural, que era la causa de la confrontación, y limitarlo a acuerdos^{iv}, cuyos límites estructurales fueron: 1) en la negociación, como una apuesta política, hubo división entre lo político de los acuerdos, los componentes de desarrollo y convivencia territorial, y la reinserción de excombatientes; 2) se hizo reinserción individualista por oferta de asistencia social, al margen de la política económica; 3) el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil estuvieron durante el pacto y no tanto durante el post-conflicto; 4) se hizo un pacto de transformación de desarrollo regional que no atendió a variables estructurales y lo redujo a programas de inversión pública sin compromiso de los entes territoriales.

Algunas de los resultados fueron: la estigmatización de excombatientes al ser objeto de políticas específicas como vía de reincorporación a la vida civil, la falta de atención a las víctimas, la falta de soluciones a los problemas comunitarios de marginalidad, pobreza y exclusión: *“En el comunicado suscrito por el secretariado de las FARC con fecha 14 de febrero de 2006, las FARC dicen que el gobierno no ha desmontado las estructuras paramilitares, a las que está legalizando sin que hayan entregado la totalidad de sus armas...Expresan que "ante el estruendoso fracaso del Plan Patriota, y movido por el cálculo electoral reeleccionista, ahora el presidente Uribe aparenta agitar la bandera de la paz montado en la farsa de la desmovilización paramilitar"... concluye expresando que Colombia necesita y merece la paz "pero Uribe representa todo lo contrario: es guerra irracional y es incendio del país, olvido de los programas sociales, entrega de nuestra soberanía a los gringos, impuestos y más impuestos, ganancias para las empresas y pobreza para los colombianos". (Caracol 02/21/2006 - 07:20:00).*

De esta experiencia se desprendieron aprendizajes que no se aplicaron a las actuales negociaciones de paz, ellos fueron:

En el trabajo con excombatientes es necesario: 1) reconstruir ideas y prácticas políticas que resuelvan el dilema entre el apego a la tradición de izquierda y el afán por la renovación, ello exige crítica al autoritarismo, repensar las reformas y repensarse como actor político, en un contexto de derrumbe del mundo socialista que invalida la revolución armada. 2) Rediseñar los dispositivos de organización que enfrenten la polarización entre volver a la tradición de izquierda o construir proyectos políticos plurales. 3) Formar para el cambio de roles y resolver la pugna entre los liderazgos históricos y emergentes. 4) Elaborar la crisis de representatividad de los desmovilizados e identificar su nuevo rol político, idear formas de construir un proyecto de vida sin los recursos de la organización armada que los confronta con la búsqueda de recursos sin tener capacidades ni condiciones, que los confronta con un contexto que los estigmatiza y en el que deben recuperar su nombre, su vida personal y familiar. Como alternativa se propone un modelo de transición que articule el mundo laboral, asentamiento territorial, formación técnica, tratamiento psicológico, proyectos políticos con garantías y mecanismos de representación. En la reparación a las víctimas es necesaria la recuperación de su memoria individual y colectiva, ello se traduce en verdad y justicia, que pasa por el conocimiento público de los crímenes y violaciones al DDHH y al DIH, el castigo o perdón de los crímenes y la atención integral: *“Este es un problema de un país en el que no hay memoria, y que olvida los actos brillantes, como por ejemplo, los adelantados por el amigo Chucho Bejarano, que era un hombre que sabía de negociación, pero que fue ignorado a la llegada del gobierno Samper. Esto hace que en algunos casos se improvise con los nombres... El proceso fracasó y se dio el paso hacia el candidato más duro, bajo la imagen de la “mano abierta y el corazón firme...este es un país de opinión bastante inestable y que adicionalmente no sabe votar” (PECAUT, 2005).*

Las actuales negociaciones de paz en Colombia

Los actores e intereses del conflicto armado son los mismos actores e intereses que hoy dirigen las negociaciones de paz: alianzas entre políticos, fuerzas armadas, narcotráfico y terratenientes que consolidaron los ejércitos paramilitares para defender los intereses de narcotraficantes para proteger su negocio, de terratenientes para crear latifundios, de multinacionales para crear un modelo de desarrollo favorable al capital internacional, de políticos para crear un gobierno de ultraderecha^v. Entender los intereses y los actores

del conflicto armado ayuda a comprender las razones por las cuales el actual proceso de paz entre Gobierno y AUC: 1) silencia las causas del conflicto y se centra en un proceso de desmilitarización de las AUC para que hagan una transición hacia la vida política de acuerdo con el sistema vigente y ayuden a garantizar el orden social^{vi}. 2) sacrificar la justicia por la paz^{vii}, según el marco jurídico para la reinserción. 3) reedita la impunidad en la que quedaron las masacres y despojos que cometieron aquellos a los que les interesaba la guerra en los años cincuenta, convertidos en grandes propietarios después de los acuerdos políticos con los que legalizaron sus tierras^{viii}. 4) concibe el cambio social como mayor control social^{ix}. 5) exalta la solución bélica y oculta las víctimas y las razones que originan los conflictos armados en las sociedades^x

La desmovilización no desmonta las estructuras paramilitares: juristas como Antonio Páez, Carlos Gaviria, y los de la Escuela de Juristas, coinciden en afirmar que la ley sólo garantiza la desmovilización de ciertos grupos pero no el desmonte de su estructura paramilitar, la sociedad ve en el proceso de desmovilización más un proceso de reingeniería paramilitar, lo cual genera graves obstáculos a los proceso de verdad, justicia y reparación de víctimas. Algunos datos con los que juega la población son: pasar de un total de 12.000 paramilitares al momento de empezar la desmovilización, a 30.151 desmovilizados al cierre del proceso, recibir noticias de corrupción de las fuerzas armadas que las vinculan al proyecto paramilitar, convivir con muchachos que se encargan del control de los barrios y se designan miembros de grupos paramilitares. El escándalo del computador de “Jorge 40”, que habla de un frente que opera y no está en el proceso de desmovilización, con 558 asesinatos en Atlántico, muestra trampas en la desmovilización, tráfico de cocaína, nómina de funcionarios públicos, infiltración en organismos de seguridad, de paras en nómina oficial, etc.

La Ley de Justicia y Paz desvirtúa la idea de la reparación: en el marco de la ONU, la reparación se funda en la verdad y la justicia, donde la verdad es condición de perdón como garantía de no repetición del daño causado y el perdón es personal, espontáneo, libre e implica un compromiso que es bilateral: arrepentimiento, esclarecimiento, propósito de corrección y exigencia de reparación. Para el caso colombiano, la reparación depende de la voluntad de los paramilitares, excluye a las víctimas (la responsabilidad cuenta en función de la sentencia y no del daño sufrido por la víctima) y es ejercicio de un aparato judicial claramente identificado como victimario. Las

investigaciones de La Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación no atiende los vínculos entre la verdad histórica de las víctimas y los procesos judiciales, cree que algunas verdades podrían tener efectos contraproducentes y propiciar mayores violencias, su función está predeterminada por la Ley de Perdón y Olvido, un perdón que lo da el Estado en nombre de la sociedad y sin el arrepentimiento de los victimarios, quienes continúan teniendo el control por intimidación sobre la población argumentando que la sociedad tiene una deuda con ellos por haber protegido el territorio por años. La reparación se reduce a indemnizaciones para las cuales dicen no tener plata. Al respecto opina Daniel Pecaú: *“yo pienso que falta mucho camino y que no están dadas todas las condiciones, especialmente en lo relacionado con los peores crímenes. Me parece que es cierto que hay que pretender la confesión plena, que se sepa la verdad”* (PECAUT, 2005).

La reparación se limita a una catarsis social que sirve para ritualizar el olvido, diluir la definición de víctima y victimario, y diluir la responsabilidad institucional en responsabilidades individuales. Los resultados son la construcción de un formalismo para encubrir la impunidad y la convivencia por sometimiento. Ante esta realidad se pronunciaron las Naciones Unidas para recordar que la experiencia, tanto de Colombia como de otros países^{xi}, ha demostrado que la impunidad obstaculiza el logro de la reconciliación nacional, pues ella favorece la reiteración de los comportamientos criminales, tiende a estimular el surgimiento de la venganza privada, desmoraliza a las víctimas, empobrece la confianza pública en las instituciones y le cambia el significado de justicia a una sociedad. Por lo tanto, construir la paz y lograr la reconciliación NO se fundan en el olvido de los crímenes, la indulgencia hacia los criminales, ni el menosprecio por las víctimas. Las necesidades de verdad, justicia y reparación no implican venganza o revancha, ni son obstáculos para la paz, como si lo son la impunidad de las masacres: *“Nadie duda de que la práctica de masacres tiene efectos traumatizantes considerables a largo plazo en los individuos y la sociedad entera. La masacre llama a la venganza y, por lo tanto, a una contra masacre. De la masacre nace, en efecto, una memoria victimaria, que, en nombre de la muerte de aquellos que son inocentes, legitima una contra violencia justificadora de “hacer la misma cosa”, al otro campo. Así, se desencadena una espiral macabra que, por imitación y contagio de una aldea a otra, de una región a la otra, desemboca en ciertos países...en centenares de millares de muertos”* (Semelin, 2005:65)

Ni la recuperación de tierras y propiedades de las víctimas, a la que se redujo la reparación, ha sido posible: la ley dicta que los reinsertados deben devolver al Estado los bienes ilícitos y reparar con bienes lícitos a las víctimas, pero en la práctica, todo está limitado a la confesión del paramilitar, con lo cual se obstruye la reconstrucción de memoria desde las víctimas y el puente entre víctima, proceso judicial y reparación. En consecuencia: no se sabe cuántos ni cuáles son los predios expropiados a campesinos^{xii}, las pérdidas económicas oscilan entre \$8.2 y 11.7 Billones, el 90% de los desplazados son del campo, de 30 desmovilizaciones, sólo en una hubo entrega de tierras, no se desmontan estructuras paramilitares y desde ellas se borra el historial de propiedad y El Estado resta relevancia al problema de tierras difundiendo políticas de superación de la pobreza: *“El Plan Colombia se constituye, de ser aplicado como está, en un instrumento más de guerra y en un mecanismo de profundización de la pobreza en las comunidades indígenas, afrocolombianas, campesinas, que habitan en las zonas de aplicación del Plan Colombia”* ” (CODHES, 2000: 331)... *“Las “Alianzas Estratégicas” que propone el Plan Colombia no son otra cosa que la implementación a gran escala del sistema de aparcería, donde los campesinos, indígenas, comunidades afrocolombianas, serían la servidumbre de los grandes capitales (Fedepalma, Augura, Fedegan...) que harían presencia en estas regiones”* (CODHES, 2000: 332).

Contrario a la promesa de reconstrucción social, crece el desplazamiento forzado y crece el desplazamiento forzado intraurbano (DFI): Ejemplo de ello es el caso de la ciudad de Medellín, cuya personería demuestra con datos que con el proceso de negociación, los actos contra la población vulnerable no han cesado: del año 2000 al 2006 van 104.195 personas en DFI, en el 2005: 11.627 (53% por guerrilla y 23% por autodefensas), en el 2006: 13.643 (21% por guerrilla y 49% por autodefensas) De ellas piden ayuda el 77.3% y NO la reciben el 83.4%. Estas personas, además, viven una segunda guerra, la jurídica, pues no se cumple la sentencia T025, fracasan las tutelas y ahora están recurriendo a las políticas públicas que, al parecer, tampoco operan.

Crece la pobreza y la inequidad: el informe de las Naciones Unidas sobre el cumplimiento de los objetivos de desarrollo mundial para Colombia del 2005 (ODM), señala que en Colombia hay 22 millones de pobres, de los cuales 7.4 están en extrema pobreza, en el sector rural están el 68.2% y en el urbano el 27.5%. Señala que si bien

hay recuperación de la actividad económica, con un crecimiento del 3.95 entre 2002 y 2004, la desigualdad en la distribución del ingreso afecta el desarrollo. Por ejemplo, el sector rural tiene un retraso de 20 años con relación al sector urbano, y el Chocó con relación a Bogotá. Estos mapas coinciden con los escenarios de enfrentamiento armado y desplazamiento: *“Las dos únicas preguntas que valen son, en definitiva, las siguientes: quién cree todavía que la continuación del conflicto pueda contribuir a abrir perspectivas de un futuro mejor para amplios sectores de la sociedad? Se ve cómo los actores armados pueden sacar ventajas de tal prolongación, acumulando más recursos económicos y más poder. El poder para qué?, preguntaba el maestro Darío Echandía. Los costos son, como durante La Violencia, para los más desfavorecidos...”* (Pécaut, 2001: 308)

Los aprendizajes comunitarios por la reedición de la impunidad^{xiii}

Colombia muestra una historia de impunidad en la que la gran mayoría de la población ha aprendido a sobrevivir en medio de un conflicto prolongado y de gran intensidad: en los años 50 nacieron los asentamientos humanos de población rural desplazada que se pegó a la periferia de las ciudades, quienes percibieron un Estado ineficiente y distante, mientras las élites económicas se mantenían a pesar de la crisis humanitaria, situación que engendró relaciones comunitarias de marginalidad con la ciudad, conflictivas con El Estado y de exclusión con la economía, en este contexto surgió el poder ideológico y armado de la guerrilla. En los años 80 se dieron transformaciones en la vida cotidiana al ingresar el narcotráfico y el surgimiento de las AUC en el escenario de conflicto, es el encuentro de las comunidades marginadas y excluidas con las nuevas comunidades desplazadas, así, a la percepción de un Estado débil se sumó la de impunidad y corrupción, se agudizó la inequidad, las relaciones pasaron a ser mediadas por nuevos actores armados, se generaron nuevas formas de delincuencia y con ello nuevas violencias y leyes en las comunidades, en este contexto se facilitaron y fortalecieron otros poderes, todo ello multiplicó los conflictos y la catástrofe humana, donde lo que se puso en juego fue el valor de la vida y, con su cuestionamiento, los efectos de degradación.

Con la ausencia de verdad y justicia, los discursos institucionales de reconstrucción, adornados con datos, fueron quedando vacíos de sentido para las comunidades,

nuevamente ven como única opción dar continuidad a sus vidas tratando de sacar provecho a la necesidad institucional de producir resultados y para ello usan los aprendizajes acumulados con cada reedición de la impunidad, su vida discurre: 1) con miedo, desconfianza y desesperanza generalizada, que debilita o fragmenta el tejido social. 2) en el silencio, aislamiento y olvido, como modo de preservación comunitaria, justificado en una perversión del valor de la solidaridad propio de las comunidades tradicionales, lo cual debilita su memoria histórica. 3) desde la mendicidad, pasividad y falta de liderazgos, propiciado por intervenciones paliativas y de economía recesiva, en respuesta a la ampliación de la brecha de la inequidad, lo cual obstaculiza la búsqueda de alternativas de justicia social creativas. 4) sometidos al abuso e intimidación de grupos armados como reguladores de las relaciones, en respuesta a un Estado que pierde hegemonía en el uso de la fuerza, el control de grandes sectores de la ciudad y la capacidad para garantizar la vida de los ciudadanos, lo que obstaculiza el reconocimiento y respeto a las vías dialogadas, al sentido de autoridad legítima.

Aporte para la comprensión del sentido de la verdad y la historia en los procesos de reparación^{xiv}

“A pesar de siglos de violencia causada por el hombre que ha generado sufrimiento a muchos millones de personas, la identificación de sus consecuencias ha sido ignorada, descuidada o incluso negada por aquellas personas responsables de la recuperación de estas comunidades”.
(Vicente Ibáñez y Domingo Días, 2006: 33)

“¿Qué tipo de reconstrucción social impulsar? Propagar el modelo occidental de democracia que enfatiza la libertad individual?” (Jean Claude Mé Traux, 003).

1. Escuchar a las víctimas

Siguiendo la perspectiva psicosocial, presente en los presupuestos que aparecen al comienzo de este artículo, se sugiere que, si la realidad social se construye en prácticas y discursos interpretativos, nuestras prácticas y discursos, en un trabajo que contribuya a la reparación de las víctimas, deben facilitar la recuperación de memoria individual y colectiva de las víctimas, para que emerja y se escuche en su palabra el sentido de su realidad vivida, cotidiana y en contexto. Así, en el escenario del conflicto y la reconciliación, la realidad de las víctimas desnaturaliza la impunidad reeditada y cobra efectos politizantes en nuevos debates, para deconstruir aprendizajes de sobrevivencia y reconstruir alternativas de nuevos actores sociales. Para avanzar en esta dirección, desde una perspectiva psicosocial constructora, es necesario:

Formarse como especialistas de la reconciliación: aunque esta tarea es responsabilidad de cada sujeto como actor social y como persona que necesita elaborar soluciones, es responsabilidad específica de la comunidad académica en tanto reconoce la comprensión (el universo simbólico) como condición que coloca al sujeto del lado de la vida. Esta formación supone un acercamiento amplio a la realidad del conflicto armado, donde los problemas se multiplican y con ellos las líneas de investigación y encuentros con otras formas de ver la realidad y con otras disciplinas, encuentros que excluyen las certezas y radicalismos de saberes que históricamente se han construido separados de los otros, para precipitar el debate respetuoso desde una escucha activa y sin prejuicios, aceptando la legitimidad del otro distinto.

Articular la intervención psicosocial a procesos complejos que se contextualizan: la reconstrucción social es un proceso que se la juega en la incertidumbre, donde lo conflictivo e incierto de la condición humana se hace sentir, lo cual implica estar en capacidad de leer la complejidad, el surgimiento de fuerzas anuladas por el orden que traía el sistema y la resistencia de las fuerzas que configuraban el mismo, esto es, estar en capacidad de perder las formas conocidas, de dejar de protegerse con certezas para abrir nuevas formas de entender. La complejidad de la relación entre el sistema social y la condición humana exige tender puentes entre la negociación política, los acuerdos de cambio social (cese de violencia, mediación internacional y reformas institucionales al sistema) y el mantenimiento de la paz (el control o destrucción de armas, la democracia en las elecciones, la protección de los DDHH) con los procesos de reconciliación subjetivos e intersubjetivos. Tender puentes exige aprender a generar lazos sociales e institucionales necesarios para la reconstrucción, aprender nuevas formas de trabajar desde la creación de mecanismos y redes internacionales, pues en el contexto actual de conflictos armados aparecen fuerzas como la jurisdicción internacional, bloques ideológicos, democratización y globalización, con ello aparecen nuevos actores internacionales con poder de decisión para intervenir en conflictos, como el poder militar pero no político de Estados Unidos y el terrorismo internacional.

Promover interacciones comunicativas: que revelen las realidades significativas de actores y víctimas del conflicto, reconociendo sus principios de legitimidad. Ello es aprender a tener una postura politizante en el empeño de abrir espacios para que la

palabra de las víctimas emerja, cuidando los procesos de elaboración subjetiva, intersubjetiva y social de las violencias, pues donde está en juego la memoria, el debate se da entre los marcos políticos, jurídicos y sociales de la verdad y es un reto para las intervenciones psicosociales construccionistas rebatir la objetividad de la verdad, para que no se confunda ésta con los hechos.

Reconstruir lazos sociales entre víctima y victimario^{xv}: lo cual implica el reconocimiento del dolor para apoyar la rehabilitación psicológica, y el reconocimiento de la responsabilidad para apoyar la restitución del daño causado. Es un proceso interpersonal, fundamentalmente se trata de restaurar relaciones mediante el cese de abusos y la renuncia al resentimiento y la retaliación. La condición para este proceso es estar dispuesto, conocer la verdad (reconocimiento social de los hechos), sentir que se ha hecho justicia, tener seguridad de que no va a repetirse, sentir arrepentimiento por el daño causado y celebración de la memoria a través de actos de conmemoración.

Recuperar la memoria histórica y crear culturas alternativas: en medio del conflicto hay que promover la reconciliación sin promover la amnesia, pero en Colombia impera la negación de las causas objetivas, intersubjetivas y subjetivas del conflicto, el ocultamiento de las violencias estructurales. En la medida en éstas pervivan NO hay posibilidad de reconstrucción, pues no se puede reconstruir en la impunidad, buscando una reconciliación futura sin historia, con discursos de memoria que sólo asumen los historiadores. Es necesario identificar las causas, valorarlas y hacer planes desde ellas para reestructurar la sociedad y superar las fracturas, esto sólo se hace con procesos participativos situados, en la búsqueda de consensos que integren lo público y lo privado, donde estén presentes las realidades de las comunidades afectadas y las de los actores armados, es desde ellas desde donde se construye la reconciliación para las nuevas relaciones, la restitución del daño, la cura para las heridas. Pero como la violencia tiene raíces profundas y manifestaciones duraderas, mientras se trabaja en ellas, hay que trabajar en pos de la creación de una cultura alternativa, es decir, trabajar desde la prevención.

2. Distinguir la oposición entre trauma y duelo

“El duelo enlaza un pasado de pérdidas con un futuro de creación...parece construir la matriz de los individuos y las sociedades” (Mé Traux, 2003).

El trauma tiene un impacto destructivo mientras que las pérdidas son tragedias creativas: el trauma destruye significados pasados y amenaza la habilidad de dar significado, los procesos de duelo siembran la semilla de su creación. Trauma y duelo tienen impactos muy diferentes en los recuerdos si por recordar se entiende que el acontecimiento ha desaparecido, que está ausente, que hemos creado una imagen de la realidad perdida que está presente en nuestra mente y que nunca deja de transformarse a sí misma: el duelo es un creador de recuerdos (el proceso de duelo se da en las fases de negación, depresión y memoria, si no se accede a la tercera se inhibe el potencial de duelo), el trauma produce recuerdos imposibles de hechos inenarrables y surgimiento repetitivo de los acontecimientos traumáticos y el presente pegado al pasado se convierte en la repetición interminable que impide recuerdos verdaderos.

En un proceso de reconstrucción social se observa que trauma y duelo producen concepciones del tiempo muy diferentes: el trauma congela el tiempo y corta la identidad narrativa de sí, la víctima no articula historia pasada y actual, la memoria se vuelve inenarrable, el duelo da tiempo para respirar, al crear recuerdos, el duelo vincula el pasado al presente y permite el uso de experiencias pasadas para construir el mañana, reconstruye la identidad narrativa porque integra los acontecimientos significativos en una narración única y coherente.

Si bien se trata de que las reacciones post traumáticas y los duelos ayuden a pensar la reconstrucción social^{xvi}, en los procesos de recuperación de memoria aparecen dinámicas paradójicas entre el duelo individual y el duelo colectivo: los procesos de duelo en situaciones extremas de pobreza y conflicto generalmente “se congelan” cuando las personas de luto deben luchar por la supervivencia (la depresión es un lujo que no se pueden dar, pues ella debilita la vigilancia de la amenaza), hay fijación en el tiempo actual e hipervigilancia, se prioriza la supervivencia física sobre la identidad, no conciben un proyecto futuro, la atención es comunitaria para mantener una identidad colectiva. Entender estas dinámicas orienta las intervenciones, permite comprender por qué los individuos no pueden escoger su proceso de duelo antes de que la comunidad lo empiece, podría concluirse con Pau Pérez que cada etapa de duelo individual tiene traducción en el duelo colectivo^{xvii}:

Referencias Bibliográficas:

- Asociación Campesina de Antioquia (2006). Reparación integral: un reto de toda la sociedad colombiana. Fondo Noruego para los derechos humanos. Medellín, 47 págs.
- Bañón, Ian. En: Fundación Ideas para la paz (2005). Cuadernos del Conflicto
- Belay, Reynald y otros editores (2004). Memorias en conflicto. Aspectos de la violencia política contemporánea, Lima, Perú, 350 págs.
- Corporación AVRE (2004). Impacto de la violencia sociopolítica, Bucaramanga, 60 págs.
- Bello, Martha Nubia y otros (2000). Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento, Bogota, Universidad Nacional de Colombia, 380 págs.
- Bello, Martha Nubia (2004). “La política para el restablecimiento de la población desplazada”. En: Bello, Martha Nubia. Desplazamiento Forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 166 - 330
- Bello, Martha Nubia; Martín y Arias, Fernando. (2002). Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Bello, Martha Nubia, Jaime Zuluaga Nieto y otros (2004). Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 166 - 330
- Böjholm, Sören. La experiencia internacional del IRCT en el trabajo con víctimas de tortura. En: En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.
- Caracol, 02/21/2006 – 7:20 a.m.
- Contraloría General de la Nación (2006). Investigación Grupo de Tierras.
- CODEHESEL (2000). “Antioquia la mejor esquina de América: la otra realidad” (2000).
- CODHES (2000) Declaración de la Coordinación Nacional de Desplazados. Bogotá, Junio 2. “El Plan Colombia: no sólo hay desplazados porque hay guerra, hay guerra para haya deslizados”. -En: CODHES, UNICEF. Un país que huye. Desplazamiento y violencia. Bogotá. Compilación de los boletines del CODHES publicados entre 13 de abril de 1999 y noviembre de 2001.
- UNICEF y CODHES (2000). “Esta guerra no es nuestra”. Niños y desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá.
- CODHES INFORMA (2001). “Menos silencios, más esperanzas. Algunas líneas par leer un país que huye”. En: CODHES, UNICEF. Un país que huye. Desplazamiento y violencia. Bogotá. Compilación de los boletines del CODHES publicados entre 13 de abril de 1999 y noviembre de 2001.
- Cuya, Esteban (1995). Las comisiones de la verdad en América Latina. En: Serie Impunidad y Verdad.
- Diario de Occidente, Jueves 5 de Octubre de 2006 – 12:01 p.m.: “Acuerdo Humanitario es un deber constitucional”
- Edward W Said. Representaciones del intelectual. Paidos Studio. Barcelona, 1996
- Estrada, Víctor Mario (2005). Implicaciones ético políticas y ético metodológicas de la formación académica en una sociedad globalizada. En: Revista Colombiana de Trabajo Social No. 19, Cali
- Fundación Ideas para la paz (2005). Cuadernos del conflicto. Reconstrucción, reinserción y región. Fundación Honrad Adenauer, Publicaciones Semana. Medellín

FRÜHLING, Michael (2005). Intervención del director de la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. III Jornada de Seguimiento al proceso Gobierno – AUC, Bogotá, 24 de febrero de 2005

FUNDACIÓN PROGRESO COLOMBIA (2004). Cartilla Rehabilitación y Reconstrucción Posbélica de la República de Colombia. Presidencia Comisión Política Exterior Senado, Hanns Seidel Stiftung.

González, Gerardo. Guerra y Violencia en Chiapas. Implicaciones psicosociales. En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

Grupo de trabajo sobre post-conflicto (2002). Fundación ideas para la paz y Universidad de los Andes. Preparar el futuro: conflicto y post-conflicto en Colombia. Bogotá

Henao, Hernán y otros (1998). Desarraigo y futuro. Vida cotidiana de familias desplazadas de Urabá. Medellín, 180 págs.

Hincapié Gómez, Angela Esmeralda y otros (2006). *Conflicto armado Medellín – Colombia, Medellín*, UPB. 348 págs.

Ibáñez, Vicente. Domingo Díaz . La respuesta social y comunitaria en las situaciones de guerra y violencia organizada. En: Pérez Sales, Pau. Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona

Ibáñez, Vicente y Díaz, Domingo. El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas: tratamientos biológicos y psicoterapias. En: En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

Jean Claude Mé Traux (2003). Duelos colectivos y creación social. Ed. La Dispute, Paris.

Ley 160 de 1994 que modificó la ley de reforma agraria.

Leyes: “caducidad”, “debida obediencia”, “punto final”, “amnistía”

Lira, Elizabeth. Mirando hacia atrás: un balance de 20 años de iniciativas en el cono sur. En: En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

López Martínez, Mario (2006). *Paz y reconciliación como diálogo político social. Instituto de la paz y los conflictos. Universidad de Granada, España. Doc. 23 págs.*

Martín Beristain, Carlos (2002). “Contenidos y dilemas de la ayuda humanitaria. Una perspectiva psicosocial crítica”. Desplazamiento: implicaciones y retos para la gobernabilidad. Memorias de Seminario Internacional, Bogotá, 313 - 335

Martín Beristain, Carlos (2006). Afirmación y Resistencia. La comunidad como apoyo. En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política, Barcelona.

Martín Beristain C. y Donna G. (1997). Psychological approach of the humanitarian aid, ECHO

Martín Beristain C., Páez, D. y Valdoseva, M (1996). Coping with fear and loss at an individual and collective level. En Perren-Klinger (ed.) Trauma

Mollica, Richard F (2006) Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia Colectiva. En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

Mollica Richard F, Caspi-Yavin Y (1991). Measuring torture and torture-related symptoms. *Psychol Asses*, 1991; 3: 1-7.

Moreno, Florentino. Reflexiones previas a los programas de intervención. En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

Osorio, Flor Edilma (2000). "Territorios, identidades y acción colectiva". En: CODHES, ACNUR. Desplazamiento forzado interno en Colombia: conflicto, paz y desarrollo. Memorias Seminario Internacional, Bogotá, 185 - 205

Páez, Antonio (2005). Reinserción y post-conflicto. Lecciones desde la experiencia colombiana. en: www.derechos.org/koag/iii/cuya.html

Páez, Darío. ¿Es posible la evaluación de los proyectos psicosociales? En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

PECAUT, DANIEL. Entrevista realizada en Bogotá, el día 18 de junio de 2005.

Pécaut, Daniel. (2001). Guerra contra la sociedad. Planeta, Bogotá, 308 págs.

Pécaut, Daniel. (1999). "La pérdida de los derechos, del significado de la experiencia y de la inserción social. A propósito de los desplazados en Colombia". Estudios políticos, 14, Medellín, 13 - 28

Pérez Sales, Pau (2006). El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales. En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. Barcelona.

Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

Pérez Sales, Pau. Contradicciones respecto al papel de las organizaciones no gubernamentales en el trabajo psicosocial en situaciones de guerra y violencia organizada. En: Pérez Sales, Pau (compilador). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. 2006, Barcelona.

Pérez Toro, William Fredy (2004). «Lícito e ilícito en territorios de conflicto armado». En: Rincón Patiño, Análida (2005). Espacios urbanos no con-sentidos. Legalidad e ilegalidad en la producción de ciudad. Editan: Escuela de Planeación Urbano-Regional, Área metropolitana del Valle de Aburrá, Alcaldía de Medellín, Medellín, 361 págs.

Peña Huertas, Rocío del Pilar y Quinche Ramírez, Manuel Fernando. Entrevista realizada al profesor DANIEL PECAUT. Miembros de la línea de Investigación sobre Democracia y Justicia, de la facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario en la ciudad de Bogotá, el día 18 de junio de 2005.

Rincón Patiño, Análida (2005). Espacios urbanos no con-sentidos. Legalidad e ilegalidad en la producción de ciudad. Editan: Escuela de Planeación Urbano-Regional, Área metropolitana del Valle de Aburrá, Alcaldía de Medellín, Medellín, 361 págs.

Rubbini Melato, Juan Antonio. "Las AUC y su decisión política de privilegiar la paz Pasando el umbral del posconflicto. En: Esencias y matices (7) http://www.lapazencolombia.blogspot.com/juan_rubbini@yahoo.com.ar

Rueda Bedoya, Rafael (2000). "Desplazamiento urbano y desplazamiento forzado por la violencia sociopolítica en Colombia". En: CODHES, ACNUR. Desplazamiento forzado interno en Colombia: conflicto, paz y desarrollo. Memorias Seminario Internacional, Junio, 123 - 147 p.

Semelin, Jacques (2004). "Pensar las masacres". En: Belay, Reynald y otros editores. Memorias en conflicto. Aspectos de la violencia política contemporánea, Lima, Perú, 350 págs.

Summerfield, Derek. Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico. En:

NUEVAS ADICCIONES

Coord.. María Prieto

A COMPULSÃO POR MODELAR O CORPO

Edilene Freire de Queiroz

RESUMO:

Discutir, à luz da psicanálise, os casos de mulheres que, no nosso entender, apresentam compulsão de modelar o corpo, submetendo-se, reincidentemente, a cirurgias plásticas. cremos que tais casos podem ser olhados como uma nova adicção, associada à busca compulsiva de gozo no próprio corpo, de caráter perverso, masoquista e auto-erótico. Citaremos o caso de uma mulher que já se submeteu a mais de 30 cirurgias plásticas.

PALAVRAS-CHAVE:

Corpo pulsional, perversão, imagem corporal, metamorfose

Introdução

Os fenômenos sociais contemporâneos apontam para ditadura do gozo e cultura do culto ao corpo. Isso tem obrigado os psicanalistas a dirigirem, cada vez mais, o olhar para as manifestações e sintomas corporais. Tornou-se preocupação de todos: a incidência da obesidade mórbida, que assume hoje proporções epidêmicas; a exposição, via Internet, dos quadros anoréxicos⁵⁸; igualmente não passam despercebidos os casos de retalhações do corpo por cirurgias plásticas.

Engrossando a fileira de analistas e estudiosos que se ocupam de tal questão, também nós, pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da UNICAP, estamos sendo convocados a refletir sobre os referidos fenômenos.

Começamos com os trabalhos sobre perversão, na qual a questão do uso do corpo do outro constitui uma das características marcantes. A partir de 2004, empreendemos mais duas pesquisas: uma sobre *O olhar, a perversão e a divisão do sujeito*⁵⁹, refletindo, com base em um caso clínico, sobre a implicação do olhar materno na constituição subjetiva do bebê. Na mesma época, orientamos uma dissertação de mestrado sobre o sentido das tatuagens feitas por jovens em situação de risco social. Em 2006, surgiram novas demandas de pesquisas, envolvendo corpo egóico, corpo pulsional e imagem corporal. Estamos, no momento, acompanhando quatro pesquisas: uma cujo objetivo é analisar os depoimentos veiculados nos *bloogs* de anoréxicas; outra que analisa a toxicomania pelo viés da dependência ao prazer sensitivo e corporal, provocado e estimulado pela droga; uma terceira que reflete sobre o sentido dos sintomas físicos nos transtornos de pânico e ainda uma outra cujo propósito é

⁵⁸ No mês de dezembro de 2006, foi noticiada pela mídia a morte de três modelos brasileiras vítimas de anorexia.

⁵⁹ Essa pesquisa foi objeto do nosso estágio de pós-doutorado no Laboratoire de Psychopathologie Clinique et Psychanalyse, da Université de Marseille I.

investigar como se organiza a imagem corporal em portadores de cegueira congênita, tomando-se por base a proposição de Lacan sobre o estágio do espelho.

Nosso propósito é construir uma metapsicologia⁶⁰ do corpo sustentada na hipótese de Assoun (2004), ou seja, conceber o inconsciente como psicossomático. Segundo o autor, no inconsciente, misturam-se às vozes do corpo os efeitos significantes. No manejo da clínica atual, convém retomar os fundamentos da psicanálise no intuito de encontrar caminhos consistentes para discutir as respostas físico-somáticas estimuladas pela prevalência da sensorialidade. Dentro desse universo, está o nosso interesse em estudar os casos de mulheres que se submetem, reincidentemente, a cirurgias plásticas.

Um caso paradigmático

Tal interesse foi despertado, sobretudo, pelo caso de uma modelo brasileira que, na obsessão de modelar seu corpo, já se submetera a inúmeras cirurgias plásticas. Trata-se de Ângela Bismarchi, casada com o cirurgião plástico Ox Bismarchi, conhecido na mídia brasileira por moldar a própria mulher.

Até a morte do marido em 2003, Ângela Bismarchi sujeitou-se a 30 cirurgias plásticas. Ela conheceu o marido em 1998, quando o procurava para corrigir uma prótese de silicone mal colocada. No curto espaço de cinco anos, Ângela modificou praticamente todas as partes do seu corpo - traços faciais, seios, abdômen, nádegas, ancas, pernas, genitália - sem contar as inúmeras lipoaspirações e uso de outros procedimentos estéticos. Depois de enviuvar, casou-se, de novo, com outro cirurgião plástico e, assim, continua a dar evasão a sua compulsão de modelar-se. Ela mantém um *site* em cuja animação de abertura, aparecem várias fotos com a seguinte epígrafe: “Perfeição da cabeça aos pés”. A modelo costuma renovar, periodicamente, seus implantes de silicone, de modo a garantir “um *status* de corpo perfeito”.

Embora não se trate de um caso clínico que tenha sido assistido por nós, utilizamo-lo, por considerá-lo paradigmático do que estamos concebendo como nova adicção de caráter perversa.

Por que adicção?

⁶⁰ O adjetivo metapsicológico designa toda descrição de um processo psíquico segundo as três dimensões: a **dinâmica**, que procura explicar os conflitos em jogo no sintoma; a **tópica** que fixa as trocas entre as diferentes instâncias de um aparelho psíquico e a **econômica** que acompanha e avalia os destinos das quantidades de excitação.

O termo *adicção* tem sido amplamente empregado, tanto por profissionais quanto pelo público em geral, para designar patologias que se caracterizam por um estado de dependência, por comportamentos compulsivos e excessivos quer em relação a uma substância, quer em relação a uma atividade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desaconselha o uso desse substantivo para indicar o dependente de drogas, alegando que o caráter compulsivo e abusivo de drogas não conota o drogadito, pois seu estado de dependente está determinado por um conjunto de fenômenos psicofisiológicos associado a várias circunstâncias, e não somente à quantidade e frequência de uso.

Entretanto insistimos no uso de tal termo na problemática a ser abordada, considerando sua semântica. O termo inglês *addiction* significa “dedicação” e, etimologicamente, derivado do latim (*addictus*), conota o sentido de “entregar-se a alguém como escravo”. Na república romana, *addictum* era aquele que se assumia como marginal; aquele que era jogado na condição inferior de escravo como forma de pagar uma dívida. Em outras palavras, alguém que perdia sua identidade anterior e passava a adotar identidade imprópria, no intuito de saldar uma dívida. No caso da modelo, modelar o corpo tornou-se uma compulsão, transformando-a em escrava da imagem e do olhar do outro. Portanto, não se trata apenas de cultuar o corpo, e sim, de fazer desse culto uma escravidão.

A história tem mostrado que a preocupação com a aparência sempre foi uma questão da mulher. Isso levou-a a envolver-se com rituais, truques, adereços, cosméticos, disciplina alimentar e mutilações corporais. Tais práticas tomaram relevo com o desnudamento progressivo do corpo feminino, revelando suas formas e imperfeições. Os avanços científicos, por sua vez, tornaram possíveis a criação e a industrialização de produtos químicos e de próteses e desenvolvimento de técnicas em prol da longevidade, da beleza e da juventude. A lógica da cultura do consumo fomentou o comércio da moda e da estética, colocando os diversos produtos a alcance de todos, com a promessa de que, cuidando da aparência e reparando as imperfeições, se obtém bem-estar, sucesso, admiração do outro etc. Assim, a busca da perfeição corporal tornou-se um valor almejado.

Se esse é o princípio que rege nossa “cultura somática”, como apela Jurandir Freire Costa (2004), ou “nossa comunidade de corpos”, como assim nomeia Sant’Anna (2001), o que há de diferente em Ângela Bismarchi? Seguiremos, então, a recomendação de Costa, ou seja, analisar tal questão, abordando não somente o

quantum de investimento empregado na busca de um corpo perfeito, mas também a modalidade de relacionamentos intersubjetivos. Nesse sentido, o caso de Ângela Bismarchi se caracteriza como uma adicção, pelas duas razões apontadas por Costa: pelo caráter excessivo e compulsivo de querer modelar-se e por fazer do casamento, um recurso para satisfazer seu desejo; tanto que ao enviuvar casou-se novamente com outro cirurgião plástico. Há, por conseguinte, gozo em viver metamorfoseando-se. Tributar semelhante atitude ao fato de ela viver, profissionalmente, da aparência, não é suficiente; chama a atenção ela ser mais conhecida pelas cirurgias plásticas que realizou e continua a realizar do que pela sua *performance* como modelo. Modelar-se passou a ser o objetivo de sua vida, base da vida afetiva e profissional.

Por essa razão, somos de opinião de que, aliado ao comportamento aditivo, associa-se certo gozo perverso, auto-erótico, e masoquista, ao viver se retalhando. Identificamos em tal contexto exacerbação narcísica; exclusão do Outro como parceiro sexual, pois seu prazer está em mostrar-se, ser objeto de admiração, prazer partilhado pelos maridos, ao exibi-la nua, em reuniões sociais. O caráter excessivo e de insaciedade lembra o que prega a filosofia sadeana: o excesso produz um estado de insaciedade, pois todos os órgãos do sentido devem estar a serviço do prazer e quanto mais se satisfaz, mais se requisita satisfação.

Uma adicção de caráter perversa

A literatura psicanalítica tem mostrado que não se pode falar propriamente de uma perversão na mulher, uma vez que o modelo de perversão, proposto por Freud é o do feticismo, no qual está em jogo a questão do enigma feminino para o homem. Granoff e Perrier (1974) admitem pensar numa perversão da libido, ou seja, a conversão da libido para o próprio corpo, fazendo dele um fetiche. A mulher não pode ser feticista, contudo pode ser feticizada.

Alguns autores, entretanto, põem restrições a essa hipótese e preferem explicar tais casos como pseudoperversões; outros, embora considerem arriscado falar de perversões sexuais na mulher, chegam a identificar modos de perversão feminina, como faz Dor (1991), ao distinguir dois modos de perversão na mulher: a homossexual e a transsexual. Já Pierre e Granoff (1974) sublinham duas vias de escoamento dos traços perversos: a da homossexualidade e a da maternidade⁶¹.

Considerando que a perversão é uma defesa contra a percepção da falta feminina, ou seja, uma defesa contra a ameaça da castração vivida pelo homem, a mulher estaria isenta dessa angústia, porque ela não tem nada a perder, portanto não tem a castração como ameaça. Concordamos que a mulher se comporta de modo diferente ante a constatação da castração materna, assim, a hipótese de uma perversão

⁶¹ A maternidade não está fundada sob o registro da lei e por isso torna-se menos protegida e mais vulnerável à instalação de pactos perversos entre mãe e filho.

feminina não conota, da mesma forma, que a masculina e, igualmente, a maneira como uma e outra tomam o corpo como instrumento.

Entretanto, insistimos na hipótese de uma perversão no feminino sustentada na tese de Roland Chemama (1999): não se pode discutir a perversão como uma questão intemporal, levando-se em conta o que se teorizou sobre ela há um século. O discurso social de hoje está fortemente marcado pela dimensão perversa, porquanto incita o sujeito a acreditar que, para cada um, existe um gozo acessível, ligado à posse ou ao uso de um objeto determinado. Também é evidente a feminilização da cultura. Logo, é pertinente empreender tal discussão.

A hipótese de uma perversão no feminino não é nova, vimos refletindo sobre ela já há alguns anos. Num trabalho anterior, publicado na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (2002), tentamos demonstrá-la com base na análise de um caso clínico: certa mulher que apresentava um quadro singular de manifestações sintomáticas corporais. Ela era constantemente acometida de patologias físicas diagnosticadas pelos médicos como graves. Confirmada por exames laboratoriais, mas por razões inexplicáveis, desapareciam sem aplicação de alguma terapêutica. Segundo a paciente, “vivía uma realidade virtual”. Ao aventar a hipótese de uma perversão feminina, refletimos também sobre a possibilidade de um quadro histérico ou psicossomático, porém prevaleceu a hipótese inicial, com base nos argumentos a seguir:

1º..) Freud se aproximou do tema da perversão instigado pela crença da existência real da cena de sedução relatada pelas histéricas, portanto pelo discurso feminino. A mulher, sendo não toda submetida à castração não se rege completamente pelas leis simbólicas, por conseguinte teria predisposição natural a abrir-se à perversão, razão pela qual ela ocupa, com facilidade, o lugar de objeto e se implica na perversão pela via do desejo masculino. Há uma “ligadura imaginária” (expressão de Assoun, 1993) e cumplicidade objetal que liga o perverso à mulher. Logo, associar a perversão à mulher não é de todo estranho.

2º..) A hipótese de Pierre e Granoff da possibilidade da perversão da libido já mencionada, ou seja, a mulher fetichizar seu corpo.

3º..) As reflexões de Abelhauser⁶² (1999), ao distinguir certos sintomas de patologias graves, como anemias, câncer, patologias cardiovasculares apresentadas por determinadas pacientes que se submetem a tratamentos prolongados e a internações e, num belo dia, os sintomas desaparecem sem a equipe médica encontrar razão plausível. Segundo o autor, costuma-se identificar tal quadro clínico com a síndrome de Münchausen, considerada pelo DSM III como integrante das perturbações factícias e, por ser encarado como uma simulação ou pantomima, sempre está associado às manifestações histéricas. No entanto, ele chama a atenção para certa variante dessas dificuldades, que deve ser entendida de um outro modo. Convém distinguir os sujeitos que buscam se fazerem reconhecer como doentes – para isso apelam para o poder de

⁶² Alain Abelhauser é psicanalista, mestre de conferência, diretor de pesquisas e diretor do Departamento de Psicologia, da Universidade de Rennes II.

convencimento de seus discursos, para a simulação – daqueles que invocam um ataque real ao corpo, requerendo intervenção médica. No primeiro caso, o traço fundamental é a simulação, no segundo, o fato de se reconhecerem como portadores de uma falha e exigem do Outro, no caso o médico, a confirmação disso – eles organizam, deliberadamente, o dano no corpo e demandam do médico o reconhecimento desse dano, da falha forjada.

Indaga Abelhauser por que determinados sujeitos precisam dar tamanha consistência à falta? O que faz o sujeito vivê-la em dois registros – no do real, pela via do dano somático, e no do simbólico, atingindo a integridade do Outro? Que relação guardam atitudes assim com o feminino?

Nesses casos, supõe o autor, o funcionamento psíquico está regido pelo mecanismo da *Verleugnung* (desmentido), por isso os pacientes fazem da doença um modo de desmentir a falta. Tal argumento foi fundamental para discutirmos, à época, o caso clínico que indicamos como uma perversão na mulher⁶³.

No caso da modelo Ângela Bismarchi, o corpo atacado não é o organismo, e sim a imagem do corpo, a exterioridade corporal. A percepção da falta no corpo feminino, pela mulher, vai introduzi-la num gozo outro não-indexado ao *phallus*, de certo modo deslocado, deslizado, metonimizado para o corpo. Aprendemos com Freud (1925) que o estado de paixão é propício ao escoamento da libido para o objeto da paixão, que, nesse caso, é o próprio corpo. Assim, a mulher faz do corpo seu fetiche. O corpo segundo formula Lacan, é também o Outro de si – lugar de desvio do sujeito dele mesmo. Ângela Bismarchi parece gozar com o próprio corpo, escoando toda sua libido para ele.

Ora, numa cultura marcada pelo individualismo, pelo aparente e pela sensorialidade, o corpo passa a ser o Outro de si, o cenário de manifestação dos conflitos, pervertendo as formas de reconhecimento. Por conseguinte, valorizam-se as

⁶³ No caso estudado, o sofrimento da paciente em decorrências das patologias graves apresentadas e dos tratamentos subseqüentes transmutava-se em gozo, em gozo de ser “lambida pela morte” (metáfora empregada pela paciente). Gozava com o corpo, afetando-o, mutilando-o – gozo masoquista, sacrificial, que, num primeiro momento, se associa à aceitação da feminilidade pela histérica. Já o jogo de alternância de presença e ausência dessas lesões corporais lembrava o modo binário conforme Lacan descreve os fenômenos psicossomáticos⁶³. Entretanto, há de se considerar outra espécie de gozo igualmente ligado ao Outro, mas enquanto submetido à impostura que o seu corpo produz. Interpretamos como sendo a ação da *Verleugnung* no corpo, nos seus desdobramentos polissêmicos (desmentir, recusar a falta, negar a presença de algo, agir contra a natureza). O Outro é convocado a se cumpliciar no desmentido que o corpo produz, deixando-o siderado. Era justamente isso que a paciente fazia com os médicos – deixava-os siderados. Nesse caso, o ataque ao corpo reproduzia sua relação com a mãe.

intervenções sobre o real do corpo como forma de resposta a todo gênero de sintomas e mal-estares, e a intervenção cirúrgica é um dos meios mais recorrentes para extirpar os males do corpo e alterar-lhe a aparência. Tal contexto propicia a formação de psicopatologias narcísicas e perversas, que ficam camufladas na valorização social do culto ao corpo, só sendo percebível quando adquirem o caráter adictivo.

Encontramos ressonância das nossas preocupações no trabalho de Mieli (2002), psicanalista italiana radicada em Nova Iorque. Ela vem teorizando sobre a intervenção irreversível sobre o corpo, por meio de cortes, incisões ou manipulações. Partindo da clínica, Mieli mostra que tal tipo de intervenção sobre o real do corpo se impõe, com frequência, como “necessidade” de integrar ou excluir um traço físico particular vivido sob o signo do “excesso” ou do “excessivamente pouco” (MIELI, 2002, p. 15). Trata-se de um lugar do corpo percebido pelo sujeito como aquilo que insiste em embará-lo; na realidade um “estorvo, fonte de mal-estar e preocupação” (ibid, p. 15). Acrescenta ela que esse ponto do corpo é de “onde o sujeito se sente olhado” (ibid, p. 15) e por isso tal ponto o persegue quando se depara com a própria imagem. Ele passa, então, a ter como objetivo, extirpa-lo, cirurgicamente.

O traço em questão não é um lugar qualquer, e sim um lugar designado pelos significantes da história individual; ele assinala tanto a consistência quanto a inconsistência da imagem subjetiva. A necessidade de intervir, pela via da incisão no corpo, pode representar uma virada decisiva e positiva na vida do indivíduo, por produzir inscrição simbólica que solidifica a identificação narcísica, fazendo uma espécie de acabamento na imagem subjetiva. A autora toma por referência uma pesquisa realizada com pacientes masculinos submetidos à cirurgia plástica, por razões estéticas, no Hospital John Hopkins, entre 1957 e 1959. Ressalta ela que 75% desses pacientes identificaram o traço físico que queriam modificar com um traço físico paterno e todos os sujeitos estudados se reconheciam mais próximos da mãe do que do pai. Resultados semelhantes encontraram nossos colegas de Laboratório, Zeferino Rocha e Karina Veras de Souza, ao analisarem depoimentos de mulheres que se submeteram a mais de uma cirurgia plástica: também as mulheres desejavam extirpar traços físicos herdados das mães⁶⁴.

⁶⁴ Ver dissertação de mestrado de Karina Carvalho Veras de Souza sob o título *Plástica e Feminilidade: ensaios sobre a imagem do corpo feminino*. Orientador Zeferino Rocha. Universidade Católica de Pernambuco, 2007.

Alterar um traço herdado dos ascendentes representa uma tentativa de modificar a identidade por meio da imagem. Nesses casos, a dor engendrada pelo corte na carne faz signo, metaforizando um corte simbólico. Entretanto, quando o corte passa ser sede de gozo, cortar-se torna-se manifestação compulsiva; o sujeito passa a ser, então, um dependente da cirurgia plástica e tem como único objetivo metamorfosear-se, com reincidentes intervenções cirúrgicas. Instala-se, assim, um quadro de adicção.

Considerações finais

Pensamos que a mulher embarçada com o fato de ter um *phallus* anatômico inferior pode compensar-se com a manutenção de uma imagem reformada do corpo. Isso faz a personalidade da mulher ser marcada por uma fixação no estético. A oferta, sem escrúpulos, do corpo a retalhações cirúrgicas, denuncia a existência de um gozo perverso, marcado pelo masoquismo e pela ilusão narcísica de poder ser a “perfeição da cabeça aos pés”, como assim quer a modelo ser reconhecida.

Ângela Bismarch não é um caso isolado ou uma manifestação de excentricidade; como ela, outras modelos e jovens buscam tal perfeição “doentia”, tornando-se adictas de plásticas, de exercícios físicos (vigorexia). O Brasil é um país bem posicionado nas estatísticas mundiais de cirurgias plásticas - especialidade que mais cresce no meio médico -, o que não deixa de ser preocupante⁶⁵. Há oferta de clínicas que oferecem vantagens e facilidades de pagamento (via consórcios e prêmios), o que coloca o recurso da plástica a alcance de todos. Qualquer demanda louca é possível ser atendida, pois o desejo que sustenta a busca da paciente raramente é considerado e analisado pela equipe médica.

Bibliografia:

ABELHAUSER, A. La femme et la perversion. In *Cahiers de l'Association freudienne internationale*. Qu'appelons-nous perversion? Journées d'études, Paris, 16,17,19,21 Janvier 1999, p. 05-14.

ASSOUN, P. L. *Freud e a Mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. *Corps et Symptôme*. Paris: Galimard, 2004.

⁶⁵ Segundo a Sociedade Internacional de Cirurgias Plásticas, entre 2002 e 2003, cresceu em 45% o número de jovens que se submeteram a cirurgias plásticas. Mais de 11% do total de plásticas realizadas no Brasil são feitas em pacientes até 20 anos, enquanto que, nos Estados Unidos, esse número não passa de 7% e com cirurgias de correção do nariz para tratamento de distúrbios respiratórios, portanto, plásticas reparadoras. O Brasil é líder em implantes de silicones.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DÖR, J. *Estrutura e Perversões*. Porte Alegre: Artes Médicas, 1991.

FREUD, S. (1925) Sobre o narcisismo: uma introdução. In FREUD, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 14.

GRANOFF, W. e PERRIER, F. *Le désir et le féminin*. Paris: Aubier, 1979.

LACAN, J. Radiofonia. (1969) In LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

MIELI, P. *Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2002.

NARCÓTICOS ANÓNIMOS, <http://www.na-pt.org/boletins/bol17.php>. Acesso em 20.11.2006.

ROLAND, C. Apresentation de la Journées d'étudies sur Qu'appelons-nous perversion? *Cahiers de l'Association freudienne internationale*. Qu'appelons-nous perversion? Journées d'étudies, Paris, 16,17,19,21 Janvier 1999, p. 05-14.

SANTÁNNA, D. B. *Corpos de Passagem : ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

La sociedad farmacéutica: la an-estesia social o la progresiva disminución de dispositivos culturales para la acción sublime.

Luis Raúl Sánchez-Peraza, Ph.D.

Universidad de Puerto Rico en Ponce

Nos proponemos examinar en este congreso los *Trastornos Psicológicos del Siglo XXI*. Resulta ineludible, entonces, abordar dentro de esta temática el fenómeno de las adicciones y, más específicamente, el surgimiento de nuevas adicciones. La reflexión que comparto con ustedes no pretende enumerar nuevas formas de adicción. Ciertamente, el nuevo milenio ha traído consigo el reconocimiento de nuevas conductas adictivas, algunas de ellas asociadas, a su vez, a nuevas sustancias. Pero cabe preguntarnos si la estructura subyacente a la nueva conducta adictiva es diferente o si la misma sigue unas pautas que comenzaron a configurarse ya desde mediados del siglo XX. Más que una definición extensiva de las nuevas adicciones perseguimos atender las definiciones intencionales y los criterios que se utilizan para demarcar una conducta como adictiva.

El término adicción se deriva del vocablo griego *addicere* que significa “adorar o rendirse ante un amo” (Holman Coombs y Howatt, 2005). La utilización generalizada de la noción, sin embargo, no ha estado acompañada de una definición general aceptada. Un modelo teórico que abarque todas las posibles expresiones de la conducta adictiva está aún por ser elaborado (Holman Coombs y Howatt, 2005). Se han elaborado varios modelos teóricos en torno a la adicción. Entre ellos se encuentran: Modelo Moral, Modelo de Automedicación, Modelo Médico, Modelo Espiritual, Modelo del Desorden de Control de Impulsos, Modelo de Deficiencia en las Recompensas y la Adaptación Neuropsicológica, Modelo Genético, Modelo Biomédico, Modelo de Aprendizaje

Social, Modelo de los Patrones Erróneos de Pensamiento, Modelo Biopsicosocial y Modelo de Salud Pública. Algunos de los modelos enumerados presentan puntos de encuentro y características similares. No obstante, ninguno ha logrado proveer una definición abarcadora de las adicciones.

Cualquiera que sea la manifestación de la adicción, sea por dependencia de una sustancia o por un comportamiento, el fenómeno parece presentar tres importantes características: el carácter compulsivo y repetitivo, la pérdida de control y el uso continuo. Al referirnos al carácter continuo del consumo en las adicciones, se establece que además de ser un patrón de consumo crónico es también episódico (Hall, Wasserman y Havassy, 1992). Nuestra experiencia clínica con la prevención de recaídas nos ha llevado a concluir que la consideración del carácter episódico de las adicciones es importante. La recaída ilustra, precisamente, esta dimensión de los procesos adictivos. Además, nos parece necesario ampliar la definición para incluir en ella la estructura mítica de los procesos adictivos. Es decir, identificar la presencia de mitos que sirven de apoyo cognoscitivo para justificar la conducta adictiva. Hemos podido cotejar que muchos de los mitos que elaboran las personas que viven con problemas de adicción presentan como característica el establecer un vínculo o equivalencia entre equilibrio y salud. De sus relatos se extrae que el funcionamiento característico de la salud es aquel que se aproxima a un estado de equilibrio. La aproximación al mito elaborada por Barthes (1994) servirá de base conceptual para cuestionar la equivalencia entre equilibrio y salud.

Entendemos que tal equivalencia se desprende de las implicaciones de la noción de homeostasis, entendida como el conjunto de mecanismos de retrocomunicación/retroacción dentro de un sistema que se dirigen a reestablecer el equilibrio tras una alteración o cambio en el circuito de relaciones e interacciones (von Bertalanfy, 1969).

Por ejemplo, en el modelo médico las implicaciones de la noción de homeostasis sugieren que:

Durante las últimas cinco décadas, los médicos han interpretado las fluctuaciones en el ritmo cardiaco en términos del principio de homeostasis: los sistemas fisiológicos operan

normalmente para reducir la variabilidad y para mantener un funcionamiento interno

constante. De acuerdo a esta teoría, cualquier variable fisiológica, incluido el ritmo

cardiaco, debe regresar a su estado de estabilidad “normal” luego de ser perturbado. El

principio de homeostasis sugiere que las variaciones en el ritmo cardiaco son meras

respuestas transitorias ante un ambiente fluctuante. Se puede razonablemente postular

que durante la enfermedad y el envejecimiento el cuerpo es menos capaz de mantener

un ritmo cardiaco constante durante el reposo, de manera que la magnitud de las

variaciones en el ritmo cardiaco es mayor (Traducción del autor, p.47).

La incorporación de modelos homeostáticos a la psicología ha supuesto que la homeostasis sea entendida, por lo general, como ausencia de cambio o a la pasividad como base para establecer la equivalencia entre equilibrio y salud.

Desde esta equivalencia, todo evento fluctuante en el funcionamiento es significado como señal de vulnerabilidad o patología. Una revisión de las ediciones más

recientes de los manuales de clasificación de los desórdenes mentales (APA, 1994) nos permite verificar que la presencia de eventos fluctuantes ha sido utilizada como criterio incluso en la construcción de nociones psicopatológicas. Lo anterior ilustra el impacto que la equivalencia entre equilibrio y salud ha tenido en el pensamiento psiquiátrico incorporado al adiestramiento de psicólogos y psicólogas, sobre todo los/as psicólogos/as clínicos.

Sin embargo, otros modelos postulan que la fluctuación en el funcionamiento de nuestros sistemas corporales puede ser entendida como señal de salud. La definición de fluctuación a la que hacemos referencia se ubica dentro de la conceptualización de este término que se desprende de la arquitectura fractal y las dinámicas no lineales, ambas contempladas dentro de la Teoría del Caos. Golberger, Rigney y West (1990), a partir de tal conceptualización, cuestionan la equivalencia entre equilibrio y salud para sugerir un panorama conceptual distinto. Desde esta perspectiva, la capacidad para fluctuar, identificada en sistemas como el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, entre otros, está asociada a una mayor capacidad de respuesta frente a un entorno cambiante, impredecible y caótico:

Los sistemas caóticos operan dentro de un amplio espectro de condiciones y son, por lo

tanto, adaptables y flexibles. Tal plasticidad permite a los sistemas enfrentar las exigencias de un ambiente impredecible y cambiante (Traducción del autor, en Goldberger Rigney y West, 1990, p. 49).

Desde esta perspectiva, aparece la plasticidad como base funcional. A partir de este panorama conceptual, repensar la fluctuación como indicador de salud me parece pertinente para abordar las adicciones. Precisamente, la recaída es entendida como una desviación o fluctuación del funcionamiento normal que marca el inicio del proceso

adictivo. La recaída es conceptualizada como un error o una distorsión en el proceso de recuperación y, en un sinnúmero de ocasiones, se utiliza como criterio para evaluar la efectividad de un tratamiento para la adicción. Sin embargo, Caramazza (1988) ha sugerido que el error no es un fenómeno arbitrario sino un evento que responde a la estructura organizativa del determinado proceso. Postulamos que, en este sentido, la recaída en tanto error hace transparente la estructura organizativa del consumo de sustancias. A partir de esta aproximación, nuestra experiencia clínica en grupos de post-ayuda para personas que completaron un programa de desintoxicación nos ha permitido identificar tres importantes características en el patrón de consumo de las personas que participaron de los grupos. Estas tres características se refieren a la supresión de la actividad emocional como pauta de funcionamiento; la presencia de distorsiones y la inclusión de objetos de consumo como de prótesis de la imagen corporal; y la creación de mitos como apoyo cognoscitivo para justificar el consumo de sustancias.

Primero, el consumo de sustancias de los participantes en los grupos de post-ayuda parecía responder a un intento por ejercer control sobre sus estados de ánimo. A este componente identificado en sus relatos lo hemos denominado la modulación artificial de los estados anímicos. Cabe destacar que el consumo de múltiples sustancias, generalizado a partir de los años 80, es instrumental para llevar a cabo tal modulación. Además, sus relatos hacían referencia a experiencias límite. Sissa (1998) ha descrito este tipo de experiencia como parte de su elaboración en torno al placer negativo. El placer negativo, según la autora, sugiere que el consumo de sustancias persigue eliminar cualquier experiencia dolorosa y su desaparición es percibida como placer. Posteriormente, ampliaremos las implicaciones de esta noción para explorar la adicción en tanto una forma de anestesia social. Es decir, la identificación de nuevas formas de adicción debe ser entendida en el contexto de una progresiva disminución de

dispositivos culturales para enfrentar el dolor que supone estar vivos y así poder trascenderlo. A esa capacidad de trascender el sufrimiento la denominamos: acción sublime. Finalmente, los relatos de los participantes de los grupos atribuían significado a la actividad emocional como indicador de vulnerabilidad o de riesgo de una recaída. Tanto la modulación artificial de los estados anímicos como las experiencias límite y la atribución de significado a la actividad emocional como indicador de vulnerabilidad tienen en común la referencia a la emoción; una representación psicológica de la fluctuación. Damasio (1994), uno de los más prestigiosos neurocientíficos contemporáneos, propone que la emoción es la representación que hacemos de los cambios o fluctuaciones en los estados corporales que ocurren como resultado o en respuesta a un evento en el entorno real o imaginario. Además, elabora una distinción entre las nociones de emoción y sentimiento. Los sentimientos, según sugiere, se refieren a los mecanismos para detectar los cambios que ocurren o incluimos en la representación del cuerpo propio. Resulta de interés que en los patrones de recaída examinados en los participantes de los grupos de post-ayuda se destaca una tendencia a suprimir o eliminar la actividad emocional. El esquema propuesto por Damasio, a su vez, nos permite entender el impacto que tal supresión tiene en las distorsiones de la imagen corporal. Tales distorsiones representan una segunda característica que se desprende del patrón de consumo de los participantes del grupo.

Damasio (1994) distingue tres tipos de sentimiento: los sentimientos asociados a emociones primeras, los sentimientos asociados a cambios sutiles en los estados corporales y los sentimientos de trasfondo corporal. Estos últimos los vincula a la ausencia de cambios significativos en los estados corporales, postulados como cruciales para la imagen corporal. Para Damasio (2003) los sentimientos, los mecanismos desarrollados evolutivamente para detectar tales cambios, son cruciales para la

delimitación y la construcción del *self*. Es decir, Damasio (2003) nos sugiere que es importante evaluar la forma en que las bases biológicas de las emociones y de los sentimientos inciden en la representación que la criatura humana hace de sí misma pues son vitales al examinar las implicaciones que tales operaciones tienen para nuestro entendimiento de la naturaleza humana. Nos propone:

Explicar la biología de los sentimientos y las emociones estrechamente relacionadas a

los mismos es muy probable que contribuya al desarrollo de tratamientos efectivos para

algunas de las más importantes causas del sufrimiento humano, entre ellas la depresión,

el dolor y la drogadicción. Aun más, entender lo que son los sentimientos, como operan y

lo que significan es indispensable para la construcción futura de modelos de la naturaleza humana más acertados que los que tenemos hoy a nuestra disposición,

modelos que tomen en consideración adelantos en las ciencias sociales, en las ciencias

cognitivas y en la biología. (Traducción del autor, pp. 7-8)

De su esquema se desprende que al suprimir la actividad emocional la misma pasa a formar parte de los sentimientos de trasfondo corporal. Como consecuencia, la inclusión de actividad emocional suprimida en los sentimientos de trasfondo corporal promueve distorsiones en la imagen corporal. De hecho, la literatura en torno a los efectos residuales del uso prolongado de sustancias sugiere que, más que el impacto de la sustancia, los daños al sistema son resultado de patrones de consumo repetitivo que

inciden en la alteración de los mecanismos homeostáticos para reestablecer el equilibrio en el funcionamiento del cuerpo (Spencer, 1990). Es decir, la eliminación de la actividad emocional supone restarle capacidad al sistema para fluctuar y de esta forma poder responder de forma efectiva a un entorno cambiante y caótico. En los participantes de los grupos tales distorsiones en la imagen corporal se expresaron a través de la utilización de la identificación proyectiva como mecanismo de defensa primario.

La conceptualización en torno a la identificación proyectiva, y en torno a la disociación primitiva, nos permiten entender la forma como la identificación con objetos puede ser incluida como prótesis o extensiones de la imagen corporal. Una imagen fragmentada o primitivamente delimitada puede incluir identificaciones con objetos dentro de los límites de la representación de sí mismo. En los relatos de los participantes de los grupos de post ayuda, el objeto de consumo era por lo general, el automóvil. Nos preguntamos si nuevas formas de adicción como al Internet, los juegos electrónicos y, recientemente, el *iPod*, constituyen ilustraciones del fenómeno que intentamos ilustrar.

La tercera característica del consumo de sustancias que se desprende de los relatos de los participantes se refiere a la creación de mitos como apoyo cognoscitivo para justificar el consumo de sustancias. Los mitos presentados a lo largo de la experiencia grupal presentaban como estructura lo que hemos denominado una falacia retrospectiva; la utilización de unos esquemas de pensamiento propios de un momento histórico en la vida de la persona a otro contexto en el que resultan inadecuados. El cuento *Rip Van Winkle* constituye una excelente ilustración de lo que pretendemos describir (Sánchez-Peraza, 2001). A pesar del impacto que el uso prolongado de sustancias había tenido en los participantes, muchos de ellos y ellas verbalizaban formas

de organizar y enfrentar la experiencia que correspondía a otro momento histórico de sus vidas. Por lo general, tales estrategias eran parte de la configuración de una imagen corporal que, en tanto mediador entre el Sujeto y el mundo, aludían a un momento histórico antes de que la persona consumiera sustancias por primera vez en su vida. Ciertamente, habían ocurrido transformaciones en su imagen corporal como resultado del consumo de sustancias. Sin embargo, las formas repetitivas y el repertorio limitado de organizar y enfrentar la experiencia identificada en sus verbalizaciones remitían a una representación de sí mismos congruente con otro momento de sus vidas y, por lo tanto, resultaban inadecuadas.

Los participantes del grupo de post-ayuda parecían establecer una equivalencia resistente al cambio entre un determinado repertorio de estrategias y su representación de sí mismos. La estructura mítica de este componente del consumo de sustancias nos permite identificar otra instancia en que la ausencia de cambio o fluctuación es entendida como indicador de funcionamiento saludable.

En su elaboración teórica respecto al mito, Barthes (1994) propone tres posibles lecturas del mismo. De ellas, la tercera lectura sugiere prestar atención al mito en tanto “un todo inextricable de sentido y significado” y en tanto del mito se recibe una significación ambigua. Se desprende de esta lectura que la relación de equivalencia no aparece ni como ejemplo, ni símbolo, ni coartada. La relación de equivalencia aparece como la presencia misma de la cosa. Es a partir de la equivalencia entre equilibrio y salud que se constituye un habla mítica que notifica cada instancia de fluctuación como un ejemplo de patología, deterioro, vulnerabilidad o riesgo de una recaída. A nuestro entender, es de esta forma que el mito transforma lo histórico en orgánico y articula una mirada patologizante a todo evento fluctuante para detonar la conducta adictiva.

Sin embargo, Barthes (1994) presenta dos características del mito: su alternancia y su inestabilidad. Ampliar el repertorio de alternativas de respuestas pudiese promover tales características. Proponemos que fomentar la amplitud y flexibilidad en el repertorio de respuestas supone posibilitar una evaluación de la pertinencia de la acción (von Foerster, 1992) y con ello la dimensión ética en el ser humano.

Por otra parte, ampliar el repertorio de alternativas de respuesta supone no sólo reconocer como saludable el que ocurran transformaciones en la imagen corporal o promover una aproximación ética al aprendizaje, supone también enfrentar nuestro propio sufrimiento. Las palabras del personaje del filme *Shadowlands* (Clegg, Eastman, & Attenborough, 1999), C.S. Lewis, el teólogo y crítico literario inglés: “el sufrimiento es el cincel con que se esculpe la naturaleza humana” resumen elocuentemente esta idea. En un libro autobiográfico publicado originalmente bajo un pseudónimo, *A Grief Observed* (Un duelo vivido), Lewis (2001) propone que es a través de la apropiación del sufrimiento que podemos trascenderlo. Sin embargo, la característica distintiva de lo que denominamos la sociedad farmacéutica es promover la anestesia social. La búsqueda incesante del placer o el hedonismo característico de nuestros tiempos supone la presencia de múltiples dispositivos socialmente articulados para la evasión del dolor, entre ellos las sustancias.

De las cinco fases contempladas en el ciclo de la dependencia quisiéramos destacar la fase de alivio. En ella, las personas experimentan placer negativo. Sissa (1998) sugiere que el consumo de sustancias persigue eliminar cualquier experiencia dolorosa y la supresión o evitación del dolor es percibida como placer. Es decir, los efectos de muchas sustancias o comportamientos no son placenteros en sí mismos sino que derivan su carácter placentero o son percibidas como tal por la eliminación del dolor. En ese sentido, muchas sustancias operan como una anestesia pues calman,

alivian o evitan la expresión del dolor. Precisamente, la palabra anestesia reúne bajo múltiples significados la idea de la existencia de dispositivos para calmar el dolor.

La an-*estesia* también puede ser entendida como un intento de suprimir la dimensión estética en el ser humano. Estar vivos supone ser entes deseantes; con el potencial para la sublimación del sufrimiento. La an-*estesia* supone eliminar posibilidad de sublimar el sufrimiento y con ello la posibilidad de trascenderlo para producir belleza. A esa capacidad de trascender el sufrimiento la denominamos: acción sublime.

El concepto de sublimación que utilizamos remite a su utilización en términos psicoanalíticos. Freud incluye la sublimación dentro de lo que plantea como los posibles destinos de la pulsión, posteriormente articulados por su hija como mecanismos de defensa. Este esquema teórico nos permite afirmar que las adicciones no constituyen un mecanismo de defensa. No constituye un mecanismo de defensa pues a diferencia de ellos no guían el destino de la pulsión sino que producen un cortocircuito en relación al Otro y su deseo (Braunstein, 1999) para establecer una relación directa con el objeto. Es decir, la adicción o adicciones provocan la ilusión de separarnos del orden social para regresar a la fantasía de un paraíso donde no existe el sufrimiento pues no existe el deseo.

En el psicoanálisis se nos presenta la imagen de un otro depredador al acecho, representante del Otro o el orden social y simbólico. Es ese otro, la figura paterna, quien catapulte a la criatura humana fuera del paraíso donde todas sus necesidades están satisfechas. Tal expulsión inserta al ser humano en el discurso que pone barrera al goce para posibilitar la entrada a la *Escala Invertida de la Ley del Deseo* (Lacan, 1995). A partir de ese momento fundante, el sujeto desplaza su deseo por los objetos que aparecen como re-presentaciones o sustituciones del objeto perdido. Sin embargo, el adicto pretende o elige sustraerse de tal arreglo de fuerzas. La elección del adicto es:

Algo que permite una conexión casi experimental con el goce y que opera un cortocircuito con respecto del Otro y de su deseo. Una senda que permite al sujeto

un cierto balizamiento, la producción más o menos regulable de una separación con respecto a los efectos de la operación de alienación significativa. Una separación que puede ser completa, es decir, un rechazo absoluto de la alienación significativa (p. 198).

A partir de esta perspectiva teórica, proponemos que la adicción aparece claramente como una conducta o secuencia de conductas que se organizan a partir de la negación u oposición al dolor que supone estar vivos. A su vez, entendemos que la identificación de nuevas formas de adicción debe ser entendida en el contexto de una progresiva disminución de dispositivos culturales que promuevan la sublimación a través de acciones sociales efectivas.

Para concluir, quisiera parafrasear a mi maestra, Ilsa Echegaray, recientemente fallecida. En una conferencia sobre farmacoterapia, Ilsa cita a Unamuno para plantear que de lo que se trata es de rescatar y apropiarnos del sentido trágico de la vida.

Referencias

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual for Mental*

Disorders, 4th. Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Barthes, R. (1994). *Mitologías (10ma. Ed.)*. México: Siglo XXI

Bertalanfy, L. von (1969). *General Systems Theory* New York: George Braziller Publishers

Braunstein, N. (1990). a-Dicción de goce, en *Goce*. México : Siglo XXI

Caramazza, A. (1988). Some Aspects of Language Processing Revealed through the Analysis of

Acquired Aphasia: The Lexical System. *Annual Review of Neuroscience*, 11, 395-421.

[Clegg](#), T., [Eastman](#), B. (productores), & [Attenborough](#), R. (productor y director) (1993).

Shadowlands. Los Angeles: Warner Home Videos

Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain* New York: A Grosset/Putnam Book, Published by G.P. Putnam's Sons

Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow and the Feeling Brain* New York: Harcourt, Inc.

Foerster, H. von (1992). Ethics and Second-order Cybernetics. *Cybernetics and Human Knowing/ A Journal of Second Order Cybernetics and Cyber-Semiotics*, 1(1).

Goldberger, A.L., Rigney, D.R., & West, B.J. (1990) Chaos and Fractals in Human Physiology.

Scientific American, 260 (2), 43-49.

Hall, S.M., Wasserman, D.A., & Havassy, B.E. (1992). Relapse Prevention, en Pickens, R.W.,

Leukefeld, C.G., & Schuster, C.R. (Eds.) *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*

Research Monograph Series Number 106: Improving Drug Abuse Treatment. Rockville,

MD; US Department of Health and Human Services, pp. 1-9.

Holman Coombs, R., & Howatt, W.A. (2005). *The Addiction Counselor's Desk Reference*. New

Jersey: John Wiley and Sons, Inc.

Lacan, J. (1995) Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente

freudiano, en *Escritos II* (18va. Ed.) México: Siglo XXI

Lewis, C.S. (2001). *A Grief Observed* New York: HarperCollins Publishers, Inc.

Sánchez-Peraza, L.R. (2001). El complejo de Rip Van Winkle o la estructura mítica de los

procesos adictivos, en *Actas del Taller del Discurso Psicoanalítico*, 8, 50-59.

Sissa, G. (1998). *El Placer y el Mal: Filosofía de la droga*. Buenos Aires: Editorial Manantial

Spencer, J.W. (1990). Why Evaluate for Residual Drug Effects? En Spencer, J.W., & Boren, J.J.

Eds.) *National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph Series Number*

101: Residual Drug Effects of Abused Drugs on Behavior. Rockville, MD; US

Department of Health and Human Services, pp. 1-9.

Ideales vendidos, necesidades incorporadas: cambiar de cuerpo.

Elena Gismero. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Los atávicos deseos humanos de erradicar los fantasmas del envejecimiento y la muerte (la búsqueda del “elixir de la eterna juventud”) parecen hoy encontrarse con la promesa de que es posible realizarlos: el mercado de la belleza y de la eterna juventud se alía con esos deseos, los alimenta y los convierte en casi una obligación. Los cuerpos a la carta se ofertan como un bien de consumo al alcance de cualquiera (si no, se ofrecen financiaciones a “la medida del consumidor”), y la casi prescripción de conseguir un cuerpo “perfecto” (joven y bello) se vincula descaradamente al logro del éxito y la felicidad. El impacto de los mensajes cotidianos de los medios contribuye a que la sociedad internalice tales asociaciones (felicidad= belleza, juventud delgadez/gordura=infelicidad, rechazo, etc.), y por tanto, a que sus miembros incorporen unos ideales estéticos uniformes y estandarizados con los que compararse ellos mismos y juzgar a los demás.

Bien es sabido que los medios contribuyen a configurar nuestra forma de ver el mundo: al facilitar el acceso a ciertos temas, conceptos e imágenes, influyen directamente en lo que la gente considera importante, marcándonos así en qué y cómo pensar. P.e., la publicidad nos educa en nuevos hábitos de consumo, en nuevas formas de pensar, sentir y actuar; la presentación (o eliminación) de ciertos tipos, imágenes, roles asociados al sexo, etc. facilitan la creación de estereotipos; con la distribución de películas donde se plasman los clásicos cuentos infantiles se contribuye mucho más a la cristalización de estereotipos sobre el aspecto físico, imponiéndose modelos unitarios y estandarizados de belleza en la mente del espectador, ya que la transmisión oral o escrita de los relatos

permitía que el oyente/lector se hiciera su propia idea de las características corporales de los héroes del relato...

Y a partir de los años 60 -recuérdese el impacto del fenómeno "Twiggy"- se fue imponiendo un ideal estético absoluto de *delgadez*, en las sociedades "occidentalizadas". Este es un buen ejemplo del poder e impacto de los medios en transformar las actitudes y los gustos, ya que desde entonces se sustituye el cuerpo normal como modelo estético por algo que, en el mejor de los casos, sólo representa las medidas corporales de un pequeñísimo porcentaje de la población. Aumentó socialmente la preferencia por una silueta muy delgada y joven, algo insano e imposible de conseguir por la mayoría de las mujeres, y paralelamente, disminuyó la satisfacción de las mujeres con sus cuerpos, crecieron las preocupaciones por perder peso, y se produjo un incremento espectacular de los trastornos de la conducta alimenticia y de otros problemas.

Los medios de comunicación establecen los ideales de salud y belleza que circula en la ideología dominante y las problemáticas de moda (lo que “se lleva”, lo que vende). Y ponen en circulación remedios que se rigen por criterios de novedad y rentabilidad, más que por los de eficacia. Se vende la unión de belleza=salud=bienestar “tener buen aspecto es sentirse bien”. El lenguaje metafórico también promueve la idea de que una buena imagen es un valor, una ventaja, una cualidad; que los defectos son responsabilidad propia, y que las mujeres deben mejorar su aspecto.

Así, los medios a) no sólo imponen unos determinados modelos de belleza uniformes como ideales normativos estéticos, sino que además, b) con la insistencia publicitaria en

las transformaciones corporales transmiten criterios de valor con más trasfondo: acaban convenciendo a la gente de que la apariencia física tiene una importancia radical, de que para tener éxito (incluso ser aceptado/aceptable) uno *debe* parecerse a los modelos que se le presentan; si no se parece, tiene un problema, pero ese problema tiene solución, una solución a su alcance... Al poner en primer plano un aspecto ineludible –como es el físico– centran la atención de la mayoría de las personas en su aspecto, convirtiéndola en preocupación, una preocupación altamente rentable para los intereses de tantas empresas que negocian con los elevados niveles de insatisfacción corporal de la población, encontrando un especial filón en las mujeres, que se han convertido en el blanco de las campañas publicitarias.

En los anuncios de prensa de las revistas para mujeres, en los anuncios de TV, en las páginas web, etc. a las mujeres se les inunda con “conocimiento experto” que las anima a reconocer algunos “síntomas” e identificarlos con un determinado trastorno, y a “beneficiarse” de un ‘nuevo’ tratamiento que se ha desarrollado... Este esquema sería aplicable a los “trastornos premenstruales” (fluoxetina), la celulitis, las arrugas, la flacidez, los trastornos asociados a la menopausia, el sobrepeso, la incontinencia urinaria, el estreñimiento (fibra), el cansancio (vitaminas), etc. La estrategia típica consiste en “establecer una necesidad” de un nuevo tratamiento y “crear el deseo” entre los afectados.

Cuando se promocionan productos para las mujeres (p.e. medicamentos para adelgazar, cremas o vitaminas), la publicidad resalta la imagen de belleza, juventud y vitalidad.

El atractivo físico ha llegado a ser una característica extremadamente importante, y probablemente uno de los principales criterios por los que las personas evalúan a los demás y a sí mismas. Pero los ideales de atractivo actuales son extremadamente estrechos y exigentes, requieren “perfección” en el tamaño y la forma del cuerpo, y belleza en el rostro. La gente incorpora esos criterios que se le muestran repetida y únicamente, pero la inmensa mayoría de las personas (por no decir todas) no encajan en esos estándares de apariencia nada realistas, sino que se desvían de ellos. Y el problema surge cuando **en lugar de cuestionar los criterios estéticos, bastantes personas evalúan negativamente sus características físicas. Como resultado, acaban sintiendo que sus cuerpos son inadecuados.**

“Somos heridas cuando una característica física o un conjunto de rasgos es cargado con expectativas negativas. Si tenemos piel negra y rasgos africanos, o piel aceitunada y rasgos asiáticos, o cabello negro rizado y una nariz prominente como muchas árabes y judías, o si tenemos una discapacidad visible, o si se nos percibe con “sobrepeso”, nuestras experiencias desde una temprana edad pueden resultar marcadas por la reacción negativa de otras personas a nuestros yo físicos. Hemos podido llegar a rechazar, a desconfiar, o incluso a odiar nuestros cuerpos como resultado, sintiendo que ellos, más que la sociedad en la que vivimos, nos han traicionado”

(Traducido de Iazetto, King y Yanco, 1998, en *Our Bodies, Ourselves for the new century: A book by and for women*)

Algunos datos⁶⁶:

- casi la mitad de las mujeres piensan que su peso es excesivo
- aunque sólo 19% de las adolescentes británicas tiene sobrepeso, el 67% piensa que necesita perder peso (UK Teen Body Image Survey, junio 2004)
- 6 de cada 10 jóvenes piensan que “serían más felices si fueran más delgadas” (UK Teen Body Image Survey, junio 2004)
- menos del 1% de las españolas se describen a sí mismas como “guapas”

⁶⁶ Fuente: Conclusiones del estudio Dove (Informe Dove España), (<http://www.porlabellezareal.com/supports.asp?id=371&length=short§ion=campaign>)

- entre los aspectos más insatisfactorios de la vida de las mujeres aparecen los relativos a la apariencia física (peso y forma del cuerpo, belleza y atractivo físico)
- 42% de las españolas encuestadas están completamente de acuerdo en que “cuando me siento menos guapa, me siento peor sobre mí misma en general”
- como las mujeres de otros países estudiados, las españolas creen que el atractivo y la belleza son cada vez más demandados y valorados socialmente, coincidiendo plenamente en que “las mujeres de hoy se ven obligadas a estándares de atractivo físico más altos que los de la generación de sus madres” (71%) y que “la sociedad espera que las mujeres realcen y mejoren su atractivo físico” (61%)
- el 45% de las españolas están completamente de acuerdo en que “las mujeres que son guapas tienen más oportunidades en la vida”
- el 56% de las españolas están completamente de acuerdo en que “las mujeres físicamente atractivas son más valoradas por los hombres”
- 70% de las españolas están completamente de acuerdo en que “los atributos de la belleza femenina se han definido de forma muy estricta en el mundo de hoy”, y un 80% en que “los medios de comunicación y la publicidad presentan un estándar irreal de la belleza que la mayoría de las mujeres no puede alcanzar nunca”

La imagen corporal (la representación interna de nuestra apariencia externa) no se basa en una evaluación objetiva de la apariencia física, sino que tiene más que ver con una experiencia subjetiva de satisfacción o insatisfacción; un trastorno de la imagen corporal describe una evaluación negativa de la propia apariencia, que, en un amplio continuo, abarca desde insatisfacción menor a extrema respecto a una imperfección física real o

percibida, pudiendo afectar la propia experiencia emocional, cognitiva y conductual. Los trastornos de la imagen corporal se han vinculado a multitud de problemas, tales como trastornos de la conducta alimenticia, sentimientos de baja autoestima, vergüenza y culpa, ansiedad, depresión, dificultades sexuales e interpersonales, y búsqueda insana de cirugía estética, así como práctica abusiva de dietas y uso sin supervisión médica de medicamentos para controlar el peso y el tamaño (p.e. anfetaminas, estereoides).

Resulta paradójico que al mismo tiempo que los cambios sociales posibilitan más oportunidades para las mujeres, las expectativas sociales sobre los tipos corporales femeninos sean cada vez más y más rígidas y poco realistas, la desviación de estas expectativas produzca crecientes autoevaluaciones y reacciones sociales negativas, y que un inmenso número de mujeres valoren sus cuerpos con referencia a unos criterios no realistas, insanos e imposibles de conseguir. “La prescripción imposible de tener un cuerpo "joven" y delgado es una fuente de intensa insatisfacción, que conduce a infinidad de mujeres a tratar de modificar sus cuerpos para aproximarse al "ideal.” (Gismero, 2002, p.122)

Con los patrones normativos impuestos llega la confusión y la paradoja: Individualidad vs. Estandarización. Las mujeres desean diferenciarse individualmente, ser especiales, pero asumen las normas; se someten a operaciones y tratamientos que las uniformizan; a menudo buscan imitar a mujeres cuya belleza es un artefacto cosmético, retoques fotográficos y bisturís.

Los altos índices de insatisfacción corporal generados en la población, y aún más en las mujeres, así como la actitud social cada vez más proclive a aceptar las “soluciones” a los problemas creados, ha dado paso al negocio, y a la medicina para no envejecer. Poco

a poco conceptos como belleza, juventud, éxito, salud (cada vez peor entendida), riqueza, placer, felicidad... se han entrelazado para conformar conciencias. Y surgen múltiples soluciones para no envejecer, adelgazar, estar firmes, triunfar, destacar... Dermoestética, dermocosmética, medicina estética, cirugía estética, medicina antienvjecimiento... son el arsenal contra la agresión de la edad, la celulitis, los radicales libres, el estrés, la gravedad... Las inyecciones de toxina botulínica y de colágeno y los implantes mamarios son de los aliados preferidos. Hay que dar salida a multitud de productos. Y si hay que inventar enemigos, se inventan. Para ello se cuenta con los medios. Basta con enseñar el antes y el después para que el enemigo tiemble. Ante las amenazas, la población ha sido dañada y ya no está satisfecha con su cuerpo. Las mujeres, las que menos. A partir de ahí, el gasto es de millones de dólares y euros. (Jáuregui, I., 2006).

La preocupación por la figura, el peso, las dietas, el ejercicio, la angustia por todo lo que sobra o falta, se han convertido en una forma de vivir la relación con el cuerpo, en una cultura que idolatra el *fitness* y tiraniza a las personas a través de la exigencia de uniformidad a un modelo impuesto.

Detrás de todos los intentos de transformación parece encontrarse el deseo o la creencia de que transformar el cuerpo cambiará mágicamente las relaciones y conducirá a un camino de éxito, bienestar, satisfacción y felicidad.

El mercado de la insatisfacción corporal.

Infinidad de empresas se lucran gracias al descontento de las mujeres con sus cuerpos (cosméticos, cremas, anticelulíticos, gimnasios, productos “light”, etc.). Entre las usuarias, además del gasto, hay ciertas actividades que pueden conllevar graves riesgos para la salud, como la práctica de dietas insanas. Pero si hay un ámbito que destaca

como paradigma del mayor conflicto es el de la cirugía estética, en el cual se alían la búsqueda de la belleza con los mass media y la medicina, un trío que genera sustanciosos beneficios.

Como la belleza a la carta se promueve vía medios de comunicación de masas a un extenso mercado, pierde su estatus elitista y llega a convertirse en un producto al alcance de todos (-Entre las mujeres españolas, el 17% de las satisfechas con su belleza, y el 58% de las insatisfechas han considerado someterse a algún tipo de cirugía estética.)

España es una de las sociedades que más demandan intervenciones de cirugía estética en el mundo, y de las que más implantes mamarios hacen.⁶⁷ El uso cosmético de la toxina botulínica se aprueba en España en 2004 (Agencia Española del Medicamento), y ya es el tercer país que más lo usa en la Unión Europea (SEME). Según la Asociación Española de Cirugía Estética, en 2001 los españoles gastamos 900 millones de euros en intervenciones de estética (en primer lugar liposucciones, en segundo, implantes mamarios). En 2004 unos 350.000 españoles gastaron en cirugía estética más de 1000 millones de euros, situando a España a la cabeza de la Unión Europea, mientras siguen creciendo a un ritmo anual del 15%. Un dato incuestionable que pone de relieve el aumento de consumo de productos dietéticos y de operaciones de estética es la reciente inclusión de estos productos en el cálculo del IPC⁶⁸.

Los implantes mamarios han resultado ser el mejor negocio de “2x1” de la historia. Los medios extienden la relevancia del tamaño del pecho, la medicina ofrece los medios

⁶⁷ Por ejemplo, ver las declaraciones del Presidente de Corporación Dermoestética, José M^a Suescun, al afirmar refiriéndose a España que “somos el mayor consumidor de prótesis mamarias de Europa” (suplemento negocios, El País, 3 de julio de 2005), o los datos aportados por Lola Galán en *Bisturí para todos* (El País, 13 de marzo de 2005).

⁶⁸ *Qué diario*, 13 de febrero 2007, p.14.

para transformarlo, la publicidad se encarga de transmitirlo, y la tecnología se desarrolla gracias a una industria que facturaba 500 millones \$ en USA hace más de una década.

La paciente con implantes es una creyente en los múltiples mensajes transmitidos por una cultura que exalta la belleza y la medicina, la libertad individual y la conformidad, combinaciones de valores con inconsistencias inherentes que pueden poner en riesgo el bienestar en la búsqueda del “fitness” ideal. (=Buena forma física)

Con la llegada de la “moda de los grandes pechos”, infinidad de mujeres son capaces de someterse a una operación quirúrgica, con todos sus riesgos, para conseguir el contorno de pecho deseado, con la esperanza de que conformándose a los estándares impuestos ganarán aceptación, acabarán con sus complejos, se sentirán satisfechas consigo mismas y con los demás... Esperanzas que quedan incumplidas, complicaciones con las que no se cuenta... pero no se las detiene, sino que médicos y publicistas las animan. Los centros de estética cada vez lo ponen más fácil (“cerca de ti”, “con financiación”) ¿Qué no tienes las curvas que deseas? Un cirujano te ayudará a conseguirlo...

La cirugía siempre implica sufrimiento, y una cirugía innecesaria provoca un sufrimiento innecesario y con frecuencia efectos secundarios muy negativos.

El Parlamento Europeo ha recibido más de 2000 denuncias de mujeres con problemas de salud que atribuyen a los implantes que se hicieron en su día⁶⁹. José M^a Martín Moreno, que ha coordinado un estudio realizado por expertos españoles de la Escuela Nacional de Sanidad, señala que una de las primeras cosas que debe saber quien solicita

⁶⁹ . (Pozzi, S. y Argos, L. <http://www.sgcppe.org/document/silicon.doc>)

una prótesis es que **no duran toda la vida: es posible que tenga que pasar de nuevo por el quirófano**. Con el paso de los años, el riesgo de rotura de las prótesis de silicona aumenta (62% a los 10 años del implante, 71% a los 14 años y 95% a los 20 años), y también las posibilidades de volver al quirófano. Los fabricantes no aclaran la “fecha de caducidad” de las prótesis. Diversas investigaciones (USA) confirman que los implantes no duran para siempre. Una vez comenzada la cirugía, no se deja de pasar por el quirófano: más del 20% de mujeres se operan después de 3 años; cuanto más joven es quien se opera, más intervenciones va a necesitar, y más posibilidades existen de que surjan nuevos problemas⁷⁰.

Además de la rotura de los implantes⁷¹, otras complicaciones frecuentes son la contractura capsular (la silicona, como todo material extraño al organismo, provoca que éste reaccione formando una capa de tejido –cápsula fibrosa-, que puede ser molesta, y aparecer en cualquier momento tras la operación, en una o ambas mamas, lo que ocurre en uno de cada 10 casos), el exudado de gel (los geles pueden salir de las prótesis), interferencias con las mamografías, aumento o pérdida de la sensibilidad, cicatrices que no se cierran, deformaciones permanentes cuando las operaciones no tienen éxito (uno de los implantes puede aumentar hasta 3 veces su tamaño: una de cada 10 mujeres acaba con un pecho más grande que el otro), etc.

⁷⁰ Datos ofrecidos en Documentos TV: *Implantes de mama: operaciones bajo sospecha* (documental emitido el 23 de enero de 2007).

⁷¹ *Rotura del implante* “Difícilmente ocurre de forma espontánea, pero puede ser secundario a traumas, instrumentos quirúrgicos, contractura capsular severa, manipulación vigorosa de la mama o capsulotomías cerradas. Si la prótesis es de gel de silicona, puede aparecer inflamación, sensibilidad, formación de granulomas de silicona y migración del gel. Es preciso retirar cuanto antes del implante roto. Si la prótesis es de suero salino, el contenido es reabsorbido por el organismo. Para evitar que la prótesis se rompa por desgaste, recomendamos cambiarlas antes de los 10 años”. (Fuente: Clínica del Dr Arquero. www.clinicarquero.com/08_implan_complicaciones.htm) La misma fuente advierte: “La insatisfacción estética puede ser debida varias razones, como contractura capsular excesiva que desplace la prótesis y produzca asimetría, ptosis o caída del pecho por exceso de piel, alteraciones de la cicatriz o tamaño inadecuado por pérdida del contenido o falta de entendimiento entre cirujano y paciente en cuanto al volumen deseado”.

Investigaciones de distintos países⁷² aportan el dato de *tasas de suicidio más elevadas* entre pacientes con implantes de pecho (mayores aún entre las mujeres que se operan con 40 años o más), riesgo que no se eleva hasta pasados 10 años de la operación (Brinton y cols., 2006); sin que la causa esté clara, **lo que sí resulta evidente es que un pecho mayor no ha hecho más felices a esas mujeres.**

En USA las prótesis de silicona están prohibidas desde 1992, cuando la FDA (Dirección Federal de Alimentos y Medicamentos) los autorizó sólo para el reemplazo de implantes anteriores o por otros problemas de salud, al comenzar a registrarse los primeros efectos adversos, como la ruptura y derrame de silicona, trastornos en los tejidos conectivos y riesgo de desarrollar cáncer de mama. La FDA solicitó a las compañías productoras sus estudios, pero ellos no pudieron aportar ningún dato. Estos problemas llevaron a la prohibición del uso de la silicona en los implantes mamarios, decisión que no han logrado cambiar los adelantos realizados en la producción de implantes⁷³. En 2004, el director del área de salud radiológica, David Feigal, afirmaba “Todavía es necesario recabar más información sobre los efectos de estos implantes en la salud y debemos descubrir cuáles son los factores que permiten predecir la ruptura de la prótesis, que suele ser el principal motivo por el cual se retira del paciente”.⁷⁴ Añadió que se debe prestar especial atención a las ‘rupturas silenciosas’ de los implantes, que provocan el derrame de la silicona y sólo pueden ser detectadas mediante resonancia magnética. Las compañías fabricantes nunca reconocieron las acusaciones, pero

⁷² Por ejemplo, Sheila Jeffreys (2005): *Beauty and Misogyny: Harmful cultural practices in the West*, London: Routledge; Brinton y cols., 2001; 2006; Koot y cols., 2003; Jacobsen y cols., 2004; McLaughlin y cols., 2004; Pukkala y cols., 2003.

⁷³ Aún así, en USA se calcula que el 70% de las intervenciones (con prótesis de gel salino, ya que la silicona sigue prohibida) se hacen para aumentar el pecho, y sólo el 30% por reconstrucción tras una enfermedad.

⁷⁴ Fuente: ondasalud.com <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0.2458.432449.00.html>, 9-1-2004.

p a g a r o n

m u c h a s

i n d e m n i z a c i o n e s .

La propia SEME (Sociedad Española de Medicina Estética) comenta en su página web⁷⁵ que en Estados Unidos hace más de una década que no cesa la polémica en torno a los implantes mamarios de silicona, y que “varios comités de la agencia del medicamento (FDA) han rechazado repetidamente su vuelta al mercado con fines cosméticos por temor a los efectos secundarios”. Aún así, añade que en “España y otros países de la Unión Europea las prótesis mamarias siguen utilizándose aunque con la obligación de informar a las pacientes de sus posibles riesgos y acompañadas de una serie de etiquetas informativas sobre su volumen, paciente, código, etc.”. (*Ah. Las mujeres europeas podemos estar tranquilas; si nos informan sobre su volumen, riesgos y código... Y nuestros cirujanos también...*)

Así, España es el primer país europeo en operaciones de estética (8% de las operaciones de estética se hacen aquí) y cuarto del mundo, tras EE.UU. (13%), México (9%) y Argentina (8,5%), según José Manuel Pérez-Macías, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). Él lo atribuye a factores como la existencia de unos 900 especialistas en el país y el carácter latino de los españoles⁷⁶. Destaca que las cirugías estéticas más demandadas actualmente son las que actúan contra el envejecimiento facial, la liposucción, los implantes mamarios, la faloplastia y la rinoplastia. A partir de datos proporcionados por los distribuidores comerciales de los implantes, informó que entre 2004 y 2005 se realizaron unos 50.000 implantes, de los cuales, la gran mayoría respondía a demandas meramente estéticas⁷⁷.

⁷⁵ www.seme.org/actualidad/vernoticia.html?id=989

⁷⁶ En 2004, unos 400.000 españoles pasaron por el quirófano por motivos estéticos. Entonces el negocio rondaba ya los 600 millones de euros.

⁷⁷ Fuente: <http://www.consumer.es/web/es/salud/2006/05/09/151808.php>

Se inventan nuevos modelos, **pero se implantan sin estudios a largo plazo que aseguren que no plantearán nuevos problemas...** P.e. en el Reino Unido se retiraron los implantes de soja 5 años después de comercializarlos como una alternativa “natural”. En España, el presidente de la Sociedad Española de Cirugía Estética tranquiliza afirmando que aquí “las mujeres que los han usado son poquísimas y ya existía una recomendación de los fabricantes de que se los extrajeran las embarazadas. Además ellos corrían con los gastos”... Los implantes de hidrogel, también vendidos como la alternativa natural y segura a la silicona, dieron problemas a las miles de mujeres que optaron por ellos a los 6 meses de salir al mercado, y también tuvieron que ser retirados. En este caso, el coste corrió a cargo de las usuarias. Como estos ejemplos muestran, *productos cuya implantación requiere cirugía mayor obtienen permiso para ser utilizados sin disponerse de datos suficientes que avalen su seguridad. Queda en manos de las mujeres demostrar si son seguros.*

Las consecuencias, en muchos casos, se han demostrado catastróficas. Las mujeres que deciden operarse están priorizando el tamaño de su pecho antes su propia seguridad física. Sus cirujanos las animan. *Cabría preguntarse cómo una sociedad que aparenta preocuparse tanto por la salud permite, incluso fomenta, directa e indirectamente, transformaciones estéticas que pueden resultar tan lesivas para la salud de sus mujeres.*

El poder de hacer del cuerpo un objeto de la tecnología, de medicalizar la belleza, tal como se ha medicalizado la vejez, el apetito, la calvicie, el embarazo o la menopausia, implica la auto-imagen, la biotecnología y el consumismo... En el futuro de la salud humana parece que van a jugar varios factores: los sentimientos o necesidades que orientan nuestras actitudes hacia la *curación* (lo que es sano); las políticas económicas

sobre la salud junto a los intereses de las grandes corporaciones; y la cambiante relación entre el cuerpo y las posibilidades biomédicas.

Para los usuarios, no sólo es importante ser conscientes de los riesgos, sino también de las necesidades creadas, la insatisfacción manipulada, inoculada e impuesta en las mujeres respecto a sus cuerpos. Pareciera que es el principal reducto de poder a su alcance: re-construir y transformar sus cuerpos como un medio privilegiado de conseguir aceptación, reconocimiento, poder y valoración...

Resulta claro que la alianza entre los medios y la medicina en el mercado de la belleza aporta sustanciosos beneficios a todos los que fomentan o se benefician de la insatisfacción corporal: médicos, empresas productoras, comercios, medios... Las más claramente dañadas son las mujeres occidentales. Ante tantos intereses, o comenzamos a ser más críticas y nos protegemos nosotras mismas, o seguiremos engrosando el número de mujeres víctimas de prácticas sociales perjudiciales pero toleradas en las distintas culturas. La obsesión por la estética es una de las lacras de nuestro contexto occidental.

REFERENCIAS

Briton, L.A.; Lubin, J.H.; Murray, M.C.; Colton, T.; Hoover, R.N. (2006). Mortality rates among augmentation mammoplasty patients: an update, *Epidemiology*, 17(2), 162-169.

Briton, L.A.; Lubin, J.H.; Burich, M.C.; Colton, T.; Hoover, R.N. (2001). Mortality among augmentation mammoplasty patients, *Epidemiology*, 12, 321-326.

Gismero, E. (2002). Cuerpo y sociedad: actitudes socioculturales en torno a la imagen corporal, en M.I. Serrano (ed.): *Salud, Investigación y equipos de trabajo*, Segovia, ALEZEIA.

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid, Morata.

Iazetto, D.; King, L. y Yanco, J. (1998). "Chapter one: Body Image", *Our Bodies, Ourselves for the new century: A book by and for women*. New York, Simon & Schuster.

Jacobsen, P.H., Holmich, L.R., McLaughing, J.K. et al. (2004). Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants, *Archives of Internal Medicine*, 164, 2450-2455.

Jáuregui, I., (2006). *Los factores socioculturales en los trastornos de la conducta alimentaria*. Interpsiquis.

Psiquiatria.com (<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?24573>).

Jeffreys, S. (2005): *Beauty and Misogyny: Harmful cultural practices in the West*, London: Routledge.

Koot, V.C., Peeters, P.H., Granath, F., Grobbee, D.E., Nyren, O. (2003). Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study, *British Medical Journal*, 326, 527-528.

McLaughlin, J.K., Wise, T.N., Lipworth, L. (2004). Increased risk of suicide among patients with breast implants: do the epidemiologic data support psychiatric consultation?, *Psychosomatics*, 45, 277-280.

Pukkala, E., Kumala, I., Hovi, S.L., et al. (2003). Causes of death among Finnish women with cosmetic breast implants, 1971-2001, *Annals of Plastic Surgery*, 51, 339-342.

Silverman W.A. y Sackett D.L. (1999). *Where's the evidence? Debates in modern medicine*. Oxford, Oxford University Press.

VV.AA., (2004). *La verdad sobre la belleza*, Conclusiones del estudio global de Dove sobre mujer, belleza y bienestar.

(<http://www.porlabellezareal.com/supports.asp?id=371&length=short§ion=campaign>)

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL CICLO VITAL

Coord.. Javier Hugo Martín Holgado

La noción de trastorno psicológico a la luz de los “nuevos” paradigmas

Juan Carlos Jaramillo Estrada

Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia

RESUMEN

Fundada en las premisas positivistas, la psicología “vio la luz” a finales del siglo XIX apuntalada en las nociones de objetividad, neutralidad, certidumbre y progreso, así como en la certeza en la existencia de una única realidad cognoscible y aprehensible a través de la razón, del método científico.

Soportada en este sustrato paradigmático, logró grandes desarrollos teóricos y prácticos, que podrían resumirse en la construcción de todo un aparataje teórico explicativo e interventivo de la estructuración psíquica del ser humano, tanto en los aspectos normales como en los patológicos, cercano al modelo médico y sus DSM y CIE-10.

No obstante lo anterior, y sin discutir los resultados obtenidos por este modelo en la disminución de la incidencia y prevalencia de trastornos psicológicos, nuevos paradigmas comenzaron a abrirse campo en la esfera del conocimiento, los cuales incluyeron la subjetividad, la incertidumbre, la relatividad del conocimiento, el conflicto, la inclusión de “los observados” como parte activa de las intervenciones y la relativización de una única realidad cognoscible para pasar a realidades co/construidas.

Para la psicología, este marco paradigmático ¿postmoderno? ha propiciado desarrollos en psicologías narrativas, constructivistas, postracionalistas y de muchos otros tenores que, por supuesto, poseen nociones de trastorno bastante diferentes a las sostenidas por la psicología tradicional llegando, incluso, a no considerarlas.

En este orden de ideas, se pretende realizar un recorrido del concepto de trastorno a lo largo del espectro paradigmático señalado, haciendo énfasis en como podría comprender la psicología dicho concepto desde el nuevo marco paradigmático, así como sus consecuencias en el ámbito formativo y profesional.

PALABRAS CLAVES: Trastorno psicológico, paradigmas, formación de psicólogos, intervención psicológica.

Marco paradigmático

Como marco referencial general de esta ponencia, se cuenta con una propuesta de análisis paradigmático realizada por Lincoln y Guba⁷⁸. Sintetizándola, podría asumirse que, para ellos, *“un paradigma puede considerarse como una serie de creencias básicas (o una metafísica) que tiene que ver con los principios últimos y primeros”*⁷⁹. Desde esta óptica, el paradigma necesariamente delimita una visión específica del mundo, una manera de verlo y relacionarse con él sin que los aspectos en los cuales se sustenta esta mirada, por ser básicos, puedan sustentarse per se como reales y verdaderos, debiendo ser aceptados por fe al no existir forma alguna de sustentarlos como ultima verdad.

Siendo así, los paradigmas definen aquello que es cognoscible y como puede serlo, así como los límites de posibilidad de este conocimiento.

Los autores plantean que las creencias básicas que sustentan un paradigma pueden condensarse en tres preguntas fundamentales que, de alguna manera, lo caracterizan y lo definen.

Elas son:

La pregunta ontológica: ¿cual es la forma y la naturaleza de la realidad y, por lo tanto, que es lo que podemos conocer de ella? Por ejemplo, si suponemos la existencia

⁷⁸ Guba, Egon y Lincoln, Yvonna. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Por los rincones antología de métodos cualitativos en la investigación social. Catalina Deman y Jesus Armando Haro. El colegio de sonora. 2000.p 113-145.

⁷⁹ IBID p 115

de un mundo real, entonces lo que podemos conocer de él es como son y como funcionan realmente las cosas.

La pregunta epistemológica: ¿cual es la naturaleza de la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido? La respuesta que se le puede dar a esta pregunta se encuentra limitada por la pregunta ontológica: es decir, ahora es imposible postular una relación cualquiera.

La pregunta metodológica: ¿como puede el investigador (el que busca conocer) arreglárselas para averiguar si lo que el o ella cree puede ser conocido?

Ahora bien, ellos caracterizan cuatro paradigmas alrededor de estas preguntas, algunos de los cuales pueden considerarse como “nuevos” paradigmas.

Parafraseando a los autores reseñados, estos son:

Positivismo

Supone la existencia de una realidad externa, que puede ser aprehensible y cognoscible en su totalidad, y organizada bajo el imperio de leyes inmutables que deben ser descubiertas. Se supone independencia entre el observador y lo observado, con búsqueda plena de objetividad en la aproximación a lo que se quiere conocer. La influencia que puede darse entre esta relación debe ser disminuida o eliminada. Metodológicamente las hipótesis son proposiciones que se someten a pruebas empíricas con el fin de ser verificadas.

Postpositivismo

Se supone la existencia de una realidad que solo puede ser aprehendida parcialmente. La relación entre el que conoce y lo conocido debe mantener la objetividad, pero esta se asegura a través de “guardianes externos” con hallazgos repetidos que deben ser siempre confirmados. Más que verificar las hipótesis, se busca probar su falsedad (falsación).

Teoría crítica y otras posiciones ideológicas relacionadas

Se supone la existencia de una realidad que, con el paso del tiempo se ha “cristalizado” y “alterado” por múltiples condiciones sociales, económicas, políticas y que, en forma se considera inapropiadamente real en el momento, natural e inmutable. No se propugna por la objetividad entre el que conoce y lo que se debe conocer sino que se los asume interactivamente vinculados y mediados por valores, lo que requiere un dialogo permanente entre el investigador y el investigado que permita transformar, cambiar los conceptos erróneos en una conciencia mas informada, dirigiendo las acciones hacia el cambio.

Constructivismo

La realidad es construida por los individuos (en relación) en la que los hallazgos de lo que puede ser considerado como real se crean en la relación con el otro. Se pretende alcanzar construcciones en consenso mas elaboradas y sustentadas que las precedentes pero sin que ello derive necesariamente en construcciones reales per se sino en contexto.

Los dos primeros paradigmas podrían considerarse como tradicionales, y en ellos se han fundado las raíces de la psicología –y por ende de trastorno psicológico-, mientras que los dos siguientes pueden ser entendidos como “nuevos” y es en ellos en los que se plantea la propuesta para un nuevo concepto de trastorno psicológico.

Resumiendo:

Característica	Paradigmas tradicionales	“nuevos” paradigmas
Concepto de realidad	Realidad existente independientemente de las personas	Realidad que se construye en la relación
Confiabilidad	Debe existir para que el conocimiento sea cierto.	Interna: aporta contextualidad.
Validez	Se asegura mediante métodos que eliminan los “ruidos”	Interna. Aporta contextualidad.
Objetividad	Se la considera necesaria si se quiere aprehender lo real	Se diluye en la interacción. Lo conocido y quien conoce están inextricablemente ligados.
Dominio del saber	Quien sabe es quien	Se reconocen los

	aplica el método: el científico, el profesional, el investigador	saberes de los participantes en la medida en que todos contribuyen a la comprensión.
Nivel de certidumbre	La verdad es el ajuste o cercanía máxima entre lo visto y lo real	No hay certidumbre definitiva; puede hablarse de niveles de comprensión
Nivel de relación	Vertical/jerárquico	Horizontal/heterárquico
Posición del profesional	Activo-dominante. Es quien sabe y define el proceso. Responde, resuelve.	Activo, co/constructor. Pregunta, inquiere, cuestiona. Propone alternativas de comprensión.
Posición del consultante	Pasivo-obediente. Sometido al profesional. Es quien desconoce y aprende.	Activo, co/constructor. Se pregunta y cuestiona. Propone alternativas de comprensión.
Metodología	Descubrir. Predeterminada según diagnóstico.	Construir. Se construye en el proceso. Existe el continente pero no el contenido.
Objetivo principal (llevado al campo de la psicología y la clínica)	Explicación. Aplicación. curación	Comprensión. bienestar
Concepto de trastorno	Enfermedad.	Mal/estar.

Relación entre trastorno psicológico y paradigmas tradicionales

Como definición de trastorno se cuenta con dos fuentes primordiales: el CIE-10 y el DSM IV-TR.

En el CIE- 10 *“el término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen*

disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales”⁸⁰.

Por su parte, el DSM IV-TR lo define como *"un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto"*⁸¹

Es interesante observar como desde el CIE se evita dar una definición de trastorno que pueda confundirse con la de padecimiento, haciendo evidente la búsqueda de patrones objetivos de evaluación y diagnóstico que permitan la universalización del concepto, lo que, por supuesto, no sería posible si se consideraran los aspectos subjetivos inherentes a él.

*“Cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas principales, así como de las características secundarias que, aunque menos específicas, son sin embargo relevantes. A continuación aparecen unas "Pautas para el diagnóstico". En la mayoría de los casos indican el número y los síntomas específicos que suelen requerirse para un diagnóstico fiable. Sin embargo, en la redacción de dichos síntomas se ha mantenido un cierto grado de flexibilidad de cara a las decisiones diagnósticas, para que la clasificación pueda ser utilizada en variadas y a menudo complejas situaciones clínicas, en las que deben tomarse decisiones diagnósticas antes de que el cuadro clínico haya podido ser totalmente aclarado o cuando la información es aún incompleta.”*⁸².

Igualmente, se destacan los lineamientos con los cuales ambos manuales parametrizan lo que define o no un trastorno: comportamiento persistente e inflexible del individuo que se aparta de los parámetros esperados por la cultura y que puede comportar malestar en su vida.

⁸⁰ Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10. Ginebra. Décima edición. 1992.

⁸¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV-TR. APA. 2001.

⁸² Consultado en: <http://www.psicomed.net>

Si se hace un análisis detallado de ambas definiciones, surgen algunas inquietudes referidas a su consistencia interna: se evita considerar lo subjetivo, habida cuenta de la necesidad de objetividad y generalización, pero se incluye el malestar como aspecto evaluativo; de acuerdo con los mismos manuales, para poder considerado como trastorno este debe ser egosintónico. No obstante, si así lo fuera, los consultantes con trastorno psicológico (de personalidad) tendrían que ser necesariamente referidos por un tercero, pues el malestar social ya no sería el que ellos sienten sino el que sienten los otros con ellos, lo que conduciría probablemente a tratamientos dirigidos bajo el deseo del tratante en asocio de los representantes de la sociedad incómodos por los comportamientos del “trastornado”.

Como sea, y retomando las anteriores definiciones, puede colegirse que existe un marco referencial universal en el que se define lo que es un trastorno, cuales son sus componentes principales y la manera de diagnosticarlo mediante diversas alternativas de check list. Estas listas o taxonomías son aplicables en cualquier parte del mundo por lo que deben obtenerse, idealmente, los mismos resultados evaluativos independientemente de quien los aplique. Aun mas, los trastornos se pueden intervenir mediante métodos bien definidos y delimitados e, idealmente, predeterminados en protocolos de aplicación, funcionales siempre que se diagnostique el trastorno específico.

Igualmente, el evaluador o experto debe realizar el abordaje de quien consulta de la manera mas objetiva posible con el fin de determinar cual es exactamente su trastorno, la entidad específica que lo aqueja, evitando que sus propios juicios o valores intervengan en el diagnostico. Es una especie de disección psíquica en la que no deben involucrarse los sentimientos o creencias del experto, so pena de desviar las conclusiones del estudio que busca descubrir el verdadero trastorno del paciente.

Podría afirmarse que la noción de trastorno psicológico así vista, corresponde a la de trastorno o enfermedad medica, real, universal en su reconocimiento, abordable de manera objetiva, tratable mediante técnicas predeterminadas (protocolizable), comprendida como una entidad en si misma y con una relación vertical durante el tratamiento entre el curador y su enfermo (en realidad, entre el curador y la enfermedad: el enfermo es prescindible).

Ahora bien, si se piensa en los nuevos paradigmas, difícilmente puede mantenerse la noción de trastorno tal como se ha definido hasta el momento.

Relación entre trastorno psicológico y los nuevos paradigmas

Si se recuerda, estos paradigmas se fundamentan en una relativización de aquello que se considera real, esto es, se alejan de la concepción de una única realidad válida para todos, considerando, por el contrario, la existencia de múltiples realidades construidas en la relación. Esencialmente, esto rompe con la posibilidad de considerar como marco referencial único las clasificaciones de trastorno existentes, pues, por razones evidentes, en ellas no se podrían considerar las múltiples realidades emergentes que los incontables tipos de relaciones posibles podrían generar; en otras palabras, el marco referencial de lo real, al ser construido en el proceso relacional, impediría prefijar lo trastornado, lo enfermo y lo sano, pues aquello que sucede y su significado serían productos comprensivos fruto de la relación, o sea eventos a posteriori que ni siquiera tendrían que considerar las categorías de enfermo o sano; cuando más, generadores de malestar o des/organización en la persona o personas que lo refieren, según el marco referencial (continente) desde el cual sea leído el fenómeno.

Por supuesto, la posición ontológica señalada implica que, epistemológicamente, no podría considerarse la relación entre el terapeuta y el paciente como objetiva y marcada por la distancia, mucho menos vertical y definida bajo los roles de experto y consultante en la que el primero se encarga, a través de una anamnesis exhaustiva, de descifrar mediante check list cuáles son los criterios diagnósticos que cumple el enfermo que consulta.

Por el contrario, el profesional debe ahora generar un espacio relacional en el cual él y el consultante sean capaces de encontrarle un sentido al malestar que este último padece, sentido que debe ser coherente para quien consulta, adecuado a su historia y realidad, y no una etiqueta rotuladora impuesta por quien sí sabe de ello.

En lo metodológico la experiencia debe ser comprendida y abordada desde múltiples facetas por el profesional; de su claro posicionamiento paradigmático, la coherencia epistemológica, el modelo de la mente y las teorías que lo soportan

devendrá la inmensa posibilidad de creación de estrategias o técnicas de intervención, contextualizadas y emergentes de la relación. Por supuesto, debe contar con claridad suficiente para utilizarlas de acuerdo con lo que la ocasión requiera, con muchísima flexibilidad en la que se considere a la persona que consulta, su historia y contexto y, sobre todo, con toda la coherencia ontológica y epistemológica posible.

Los protocolos pierden peso para darle paso a los métodos que se construyen en el camino, al mejor decir de machado.

Por supuesto, cualquiera puede observar que esta ubicación paradigmática pone en serios aprietos a la psicología tradicional y en ella, a la noción de trastorno psicológico parapetada en el modelo médico (paradigmas tradicionales).

No obstante ello -o quizás gracias a ello- un gran número de teóricos está tratando de crear una psicología fundada en estos paradigmas, entre los cuales pueden señalarse la psicología postracionalista, las múltiples psicologías narrativas, la psicología compleja, las psicologías constructivistas y construccionistas e, incluso, psicologías tan aparentemente extrañas como la psicología cuántica.

¿Cómo pensar la noción de trastorno a la luz de las propuestas arriba señaladas?

Podría ser de utilidad tomar en cuenta algunos elementos comunes a ellas, tales como la consideración de una psique, self, mi o yo dinámicos, en continuo cambio y movimiento, difusos en sus límites pero con una identidad propia en continua transformación. Fruto de eventos relacionales, siempre debe considerarse lo histórico contextual en su conformación y desarrollo, lo que implica que no se evalúan de acuerdo con parámetros externos preestablecidos que puedan determinar su normalidad/anormalidad, salud/enfermedad, sino más bien, por ejemplo, las características autoorganizativas que las han conducido a estados generadores de malestar. Ello, por supuesto, implica una abrumadora indefinición entre el adentro y el afuera, el mi y los otros, lo interno de lo externo, obligando a nuevas maneras de conceptualización del malestar en las que, en vez de definirlo objetivamente –como trastorno–, su significado debe construirse en la relación. Precisamente allí se ubica uno

de los mayores retos: el experto no lo será más, y ya no será quien defina la especificidad del trastorno, su desarrollo y tratamiento. El asunto ahora se construye en la relación, llenando de significado aquello que, precisamente por vaciamiento del mismo, genera malestar, modificándolo o transformándolo a través de la comprensión y la acción.

En resumen:

Trastorno psicológico	Paradigma tradicionales	“Nuevos” paradigmas
Universalidad	Diagnosticable en cualquier contexto. Manuales diagnóstico como guías.	Local. Determinado por las características del contexto y de quienes lo interpretan.
Objetividad	Necesaria para certificar su verdadera existencia. No es deseable la incertidumbre o la duda.	No aplicable debido a las características paradigmáticas. Se incluye la incertidumbre y la duda.
N i v e l de existencia del trastorno	Objetivo. Es una entidad en si misma ligada a la noción de enfermedad o desviación	Subjetivo. Existe en la interrelación. Ligado a la noción de malestar.
N i v e l de definición del trastorno	Descriptivo. Externo. Sigue check list predeterminados.	Comprensivo. Interno. Se define en su significado co/construido.
N i v e l de diagnóstico del trastorno	Individual	Diversas formas de organización.
Confiabilidad requerida	Necesario como criterio de verdad.	Interna, contextual.
Validez requerida	Necesario como criterio de verdad.	Interna, contextual.
Continente y contenido	Predeterminados: marco referencial, explicativo e interventivo al que debe adecuarse aquello que se evalúa.	Existe el continente, el contenido es emergente del mismo. Marco referencial desde el cual se lee lo que se intenta comprender preexistente y acordado. Contenido emergente.
Metodología	Predeterminada según diagnostico. Protocolos. Sigue el modelo médico.	Se construye progresivamente en la interrelación. Aun en proceso de definición teórica.
Papel del terapeuta	Directivo. Experto. Vertical. Exclusión de valores y creencias del	Colaborativo. Con saber específico al servicio de la co/construcción. Se

	terapeuta.	consideran los valores y creencias del terapeuta.
P a p e l consultante	Pasivo. Obediente.	Activo. Co/constructor.

Por supuesto, debe considerarse el hecho de que estos “nuevos paradigmas” se encuentran en proceso de reconocimiento, de autodefinición, por lo que difícilmente podría esperarse claridad en los caminos por los cuales construyen sus saberes y mucho menos los puntos de llegada que encontrarán. Las contradicciones, las tensiones internas, los vacíos conceptuales, las disputas personales y todo un cúmulo de dificultades caracterizan por ahora este marco paradigmático referencial que, no obstante, se desarrolla a pasos agigantados iluminando áreas del conocimiento hoy por hoy y en muchos casos incapaces de responder al contexto cambiante y globalizado de hoy.

De acuerdo con ello, la psicología que se desarrolla a partir de ellos trasega por rutas difíciles pues debe fundamentar/se en todo un corpus epistemológico y teórico/técnico esencialmente diferente al que estuvo presente desde sus inicios, construyendo progresivamente una identidad propia, diferenciada de la medicina y filosofía pero evitando, de alguna manera, que este proceso la lleve a la extinción al perder la identidad alcanzada como profesión en el contexto.

Este es uno de los retos vitales más interesantes al que nos enfrentamos los psicólogos de hoy: construir una psicología fundada en los nuevos paradigmas que, renovándose conceptualmente, pueda responder a las exigencias del contexto sin extinguirse en el intento.

The Neurodevelopment of Major Mental Disorders

Ricardo A. Machón, Ph.D.

Department Of Psychology, Loyola Marymount University Los Angeles, USA

The understanding of schizophrenia has significantly advanced since Emil Kraepelin first proposed the syndrome of “dementia praecox” in the late 19th Century. With major advances in technology and science, the evidence now strongly suggests that schizophrenia (and other major mental disorders) is a disorder of the brain, similar to Parkinson’s disease and Alzheimer’s disease. Recent studies suggest that schizophrenia and other major mental disorders may have, as one of their bases, an underlying neurodevelopmental etiology (McGlashan, & Hoffman, 2000). This neurodevelopmental hypothesis posits that risk for schizophrenia is produced by a disruption of normal brain development during a critical prenatal risk period in the second trimester of life. Disruptions in neural processes then interact with (post-birth) psychosocial stresses and other unfortunate life circumstances to increase the probability of adult schizophrenia and other major mental disorders.

This paper will draw on a series of collaborative studies with colleagues in Finland, China and the United States (Mednick, Machón, Huttunen, & Bonett, 1988; Machón, Mednick, & Huttunen, 1997; Machón, Mednick, Huttunen, & Tanskanen, 2006) conducted over the last 20 years. It will examine the evidence for a prenatal neurodevelopmental disturbance as one basis for a variety of mental health outcomes, including schizophrenia, schizotypal personality disorder and major affective disorders. The following questions will be discerned: Is second trimester exposure to maternal influenza associated with increased risk for schizophrenia spectrum disorders and major affective disorders? Is second trimester exposure to other, non-viral stressors (such as earthquakes) also associated with deviant outcomes? Is it possible to narrow the window of vulnerability to these outcomes? What are the likely mechanisms of action in the pathogenesis of these outcomes? Lastly, the following critical question will be addressed: what is the more important factor in explaining the above findings, the type of prenatal stressor vs. the timing of the stressor?

EVIDENCE FOR TERATOGENIC OUTCOMES ON FETAL DEVELOPMENT:

In the nineteenth century, it became clear that exogenous chemical and physical conditions could adversely affect the embryonic development of many species. This conclusion was based on studies of species whose fertilization and development took place outside the mother (cnidarians, echinoderms, amphibians, and fish). Mammalian embryos were held to be relatively impervious to potentially teratogenic agents primarily because their fertilization and development were better protected and took place at an almost constant temperature. Nevertheless, malformations of newborn mammals were regularly observed (McClure, 1995). These malformations were attributed to genetic anomalies because the mammalian fetus was held to be so well protected. This paradigm prevailed until the 1930s when Hale (1933) reported a litter of eleven piglets born without eyeballs. The parents had normal eyes and were previously (and subsequently) able to produce offspring with normal eyes. The apparent deficit of this litter was traced to a diet lacking in Vitamin A during the ill-fated pregnancy. It is now fairly established that the mammalian fetus may be highly sensitive to a variety of teratogenic influences. The relative degree of this sensitivity varies markedly as a function of the type of teratogen, the dose and (perhaps most importantly) its timing relative to stage of gestation. These teratogens include alcohol, smoking, drugs (e.g., thalidomide), and infections such as rubella (McClure, 1995) which often produce anomalies observable at birth.

Other teratogens produce more subtle effects on the human fetus. These types of teratogens may be more difficult, or impossible, to detect at birth because their influence may not become manifest before adolescence or adulthood. Exposure of the developing fetal brain to moderate levels of ionizing radiation during a sensitive period of gestation may produce anomalies not immediately observable in the infant at birth. This prenatal exposure to radiation predicts to deviant psychological and cognitive functioning in adulthood (Otake and Schull, 1984). Third trimester exposure to Phenobarbital (via maternal medical treatment) has been linked with significant deficits in later adult intelligence. These cognitive deficits again are not detectable at birth (McClure, 1995).

Prenatal Influenza and Adult Schizophrenia:

Hakosalo and Saxén (1971) first identified infection with H₂N₂ subtype influenza A virus during the first trimester as a likely teratogen associated with elevated rates of central nervous system anomalies in the newborn. The Hakosalo and Saxén research examined individuals whose mothers were exposed to this influenza virus during the 1957 “pandemic” in Helsinki, Finland. Our research group examined the adult psychiatric outcomes in the children whose mothers very likely suffered an influenza infection during this same Helsinki 1957 pandemic (Mednick, Machón, Huttunen and Bonett, 1988; Mednick, Huttunen and Machón, 1994). We found that maternal influenza during the second trimester was associated with significantly elevated rates of adult schizophrenia in the offspring. No such increase was observed in those fetuses exposed in their first or third trimester. This basic finding for the same 1957 and other pandemics has been replicated in a wide range of national settings (O’Callaghan, Sham, Takei, Glover and Murray, 1991; Kendall, and Kemp, 1989; Kunugi, Nankos and Takei, 1992; McGrath, Pemberton, Welham, and Murray, 1994; Fahy, Jones, Sham, Takei and Murray, 1993; Barr, Mednick and Munk-Jørgenson, 1990); some noteworthy failures to replicate the above findings also have been noted (Crow and Done, 1992; Bowler and Torrey, 1990; Selten and Slaets, 1994; Susser, Lin, Brown, Lumey and Erlenmeyer-Kimling, 1994). In a major review of the extant literature, Bagalkote, Pang and Jones (2001) conclude that despite recent failures to replicate the basic prenatal influenza and schizophrenia findings, the data are nevertheless compelling and the “gun continues to smoke” (p. 16).

The association between fetal influenza and adult schizophrenia outcome may be a product of an influenza-based disturbance in fetal neural development during a period of rapid growth in schizophrenia-relevant brain regions, particularly involving the mesolimbic system, the thalamus and entorhinal regions. The maternal influenza infection may disturb the generation of young neurons, interfere with the migration, positioning or connections of the young neurons, or disturb programmed cell death, thus potentially causing errors in brain development, and therefore increasing the risk for later, adult deviance (Mednick and Hollister, 1995).

Analgesics and Schizophrenia:

The above findings provide suggestive evidence that maternal influenza in the second trimester of gestation may disturb fetal neural development. Is the *timing* of the teratogen more important than the *type* of teratogen? We tested this hypothesis in a Copenhagen cohort born 1959-1961, comprising 9,125 consecutive births. This cohort was identified and intensively examined as part of an obstetrical study. The pregnancy, delivery and post natal period was carefully described by Danish pediatricians and obstetricians. This description included notation of the timing and administration of analgesics.

Animal studies suggest a neurobehavioral teratogenic effect elicited by strong analgesics (opioids). Prenatal exposure of mice to heroin during mid to late gestation produced marked deficits in hippocampus-related behaviors (Yanai, Vatury and Slotkin, 2002). An observational study in humans found that prenatal exposure to aspirin, but not acetaminophen was associated with negative long-term impact on the CNS, affecting behavior and intellectual performance in children (Streissguth, Treder and Barr, 1987).

On the basis of these studies, we speculated that prenatal exposure to certain types of analgesic drugs might interfere with early neurodevelopment and also render the exposed individuals more vulnerable to the development of schizophrenia later in life. The analgesics noted in our study, included: (1) aspirin; (2) phenacetin (or aspirin) and codeine; (3) morphine (very rare); (4) mixtures of aspirin and opioids; and (5) non-steroid anti-inflammatory antipyrine. Across the first, second and third trimesters, the rate of prescription of analgesics ranged from 0.9 to 1%.

Cases of schizophrenia diagnoses in the cohort were identified by cross-checking the birth cohort in the Danish Psychiatric Central Register. Individuals exposed to analgesics in the second trimester of fetal life had significantly higher levels of schizophrenia than non-exposed controls or those exposed in trimesters one or three ($P < .001$, Odds Ratio = 5.61). We removed all cases with parental schizophrenia and the results remained the same. When we examined cases separately by sex, the overall pattern of results was the same. Similarly when cases with severe birth complications (maternal diabetes, severe eclampsia, staining) in the 4th, 5th or 6th months of pregnancy were removed, the overall pattern of results was the same. Regrettably, the relatively low number of cases did not permit additional analyses by type of analgesic or month of exposure. These results are considered preliminary and need to be replicated in a larger sample.

Influenza and Major Affective Disorder:

Is schizophrenia the only psychiatric disorder that may have a neurodevelopmental origin? Magnetic resonance imaging findings, particularly the presence of medial temporal lobe (i.e., hippocampus or amygdala complex) hypoplasia and reduction of total cerebral volume, have been interpreted as providing support for a neurodevelopmental etiology for bipolar affective disorder (Nasrallah, 1991; Olsen et al., 1990). These neurostructural findings appear to parallel those of schizophrenia. Based on these suggestive findings, we examined the hypothesis that exposure to the 1957 influenza pandemic in greater Helsinki, Finland during the second trimester of gestation would increase the risk for adult major affective disorders (ICD-8 code: 296) compared with controls born in the same months of the year but in the 6 years before the 1957 pandemic (Machón, Mednick, and Huttunen, 1997). For these analyses, we removed anyone with a lifetime history of schizophrenia diagnosis (ICD-8 code: 295). For those exposed to influenza during trimesters 1 or 3, major affective disorder was diagnosed in a similar proportion of subjects in the Index and Control groups. Among those exposed to influenza during their second trimester of fetal life, subjects in the Index group had a significantly elevated proportion of major affective disorder diagnoses (13%) relative to total psychiatric admissions compared with Control subjects (2%) (2-tailed Fisher's Exact test, $P < .001$). The above pattern remained statistically significant for males exposed in the second trimester (16% vs. 2%; 2-tailed Fisher's Exact test, $P < .001$); it did not reach statistical significance for females exposed in the second trimester (8% vs. 3%; 2-tailed Fisher exact test, $P > .05$) but it was in the same direction as the males.

Since the ICD-8 diagnosis code of 296 includes unipolar and bipolar forms of affective disorder, we also examined whether the above findings extended in a similar fashion to both unipolar and bipolar forms. Subjects in the Index group who were exposed to influenza during the second trimester had a significantly higher proportion of *unipolar* (depressive) forms of major affective disorder (7.1%) compared with their controls (0.5%) (Fisher's Exact test, $P < .002$). Those Index subjects exposed to influenza during the second trimester did not have a significantly different proportion of *bipolar* forms of

major affective disorder (5.4%) compared with their controls (1.6%) (Fisher's Exact test, $P > .05$) although it was in a similar direction as the unipolar group.

Influenza and Schizotypal Personality:

Our initial research report (Mednick et al., 1988) showed a significant increase in *schizophrenia* diagnoses among those exposed to influenza in their second trimester of fetal life. We have carried out additional studies in an attempt to address two related research questions: Is second trimester exposure to influenza associated with adult schizophrenia *spectrum* disorder, in particular schizotypal personality? With a large enough sample size, we have sought to also answer this question—is it possible to narrow the window of vulnerability to psychiatric disorder?

Peter Venables (1996) previously examined the relationship between influenza exposure during gestation and scores on a schizotypy scale administered to 17-year-olds as part of the Mauritius Study. The findings indicated that those exposed to maternal influenza as fetuses evidenced significantly elevated Schizophrenism (positive symptoms of schizotypy) scale scores as compared to controls. When Venables examined the relationship by month of exposure, he noted a significant increase in Schizophrenism scores among those exposed to the influenza epidemic in the 5th month of gestation. No significant elevation was noted for the Anhedonia (negative symptoms of schizotypy) factor.

Based on Venables' (1996) intriguing results, we undertook a study to attempt to replicate their findings. Each year, 30,000 Finnish men are eligible to start their compulsory military service. They are routinely administered a battery of tests, including several complete scales from the original Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). We constructed a Schizotypal Personality disorder scale by summing the 7 (Psychasthenia) and 8 (Schizophrenia) scales. This pattern of 7- and 8-scale scores has been reported by Meyer (1993) to be a clinical indicator of schizotypal personality disorder (SPD or schizotypy). In 1969 there was a worldwide pandemic caused by the H₃N₂ subtype influenza virus which struck Helsinki, Finland beginning the week of January 12, reaching a peak during the week of January 26, diminishing rapidly at the end of February, and ending the week of February 23.

We have examined a database containing MMPI scores for all male conscripts in Finland (Machón et al., 2002). Individuals who, as fetuses, were exposed to the severe influenza epidemic (the “Hong Kong flu”) of 1969 were identified. We also located a group of Controls born during a relatively low year (1971) for infectious epidemics; for these two groups, we compared the pattern of their MMPI scale scores, indicative of “SPD characteristics.” As hypothesized, a significantly higher proportion of 6th month exposed Index subjects (39%) had “elevated” (in the highest quartile) Schizotypal Personality Characteristics Scale scores as compared to their Controls (26%) ($P < .003$). Further analyses revealed that these differences were accounted for by those exposed to the influenza epidemic in Week 23 (51% vs. 24%) of the sixth month ($P < .005$). Exploratory analyses for the other months did not reveal any significant differences. These findings replicated those of Venables (1996). (Note: Although the Venables study used a different standard for defining the pregnancy period [9 months vs. 40 weeks or 10 months], both studies report that exposure to maternal influenza 5 months prior to the birth of the fetus is associated with increased risk for schizotypy.)

The above findings (Machón et al., 2002) and those of Venables (1996) point to the relationship between positive features of schizotypy and prenatal influenza. We have previously reported that among patients with schizophrenia, those exposed to influenza in the second trimester had significantly higher levels of positive symptoms (delusions of jealousy, delusions of reference and suspiciousness) as compared to schizophrenics exposed in the first or third trimester or Controls (Machón et al., 1995). In a major review of the extant literature, Siever, Bernstein, and Silverman (1995) find compelling evidence suggesting, “that schizotypal personality is related to schizophrenia in terms of common phenomenological, outcome and treatment response characteristics” (p. 71). This may suggest that maternal exposure to second trimester influenza increases the risk for some specific personality organization (positive features of schizotypy), which then places the individual at increased risk for later decompensation for schizophrenia depending on additional psychosocial and neuromaturational factors.

Earthquake (A Non-Viral “Stressor”) and Schizotypal Personality:

On 28 July 1976, a 7.9 (Richter scale) earthquake struck Tangshan, People’s Republic of China. The epicenter of the quake was 5 miles east-by-northeast of Tangshan. The

devastating effects of the quake included widespread destruction of houses and disruption of basic services. Countless numbers of Tangshan residents were injured; an estimated 240,000 people were killed. This catastrophic event (unpredictable and uncontrollable) represents a natural, quasi-experiment since all Tangshan women who were pregnant were stressed by the quake at the same instant. In a series of analyses recently completed, we assessed symptoms of schizotypal personality disorder in a group of 18-year-old high school students whose mothers experienced the Tangshan earthquake at various stages of pregnancy (the “Index” group). Their controls, born a year later, were not subjected to the earthquake (the “Control” group).

A major aim of this study was to try to replicate, in an independent sample, our earlier findings from Finland implicating the sixth month, and in particular the 23rd week of gestation, and later schizotypal personality characteristics (Machón et al., 2002). For this study, we employed Raine’s Schizotypy Personality Questionnaire-B (SPQ-B) to assess “schizotypy” (Raine et al., 1994; Raine and Benishay, 1995). The SPQ-B, which yields a total score and three subscale scores (Cognitive Perceptual disturbance; Interpersonal Deficit; and Disorganization), has been translated and validated in a Chinese population (Chen, Hsiao, and Lin, 1997).

It was hypothesized that among fetuses exposed to the 1976 Tangshan earthquake in their sixth month (weeks 21-24) of gestation (the Index group), we would observe higher mean scores on the SPQ-B as compared to their Controls born in the same month of the year but who were not exposed to the earthquake. We further predicted that among those Index subjects exposed in the sixth month, those in their 23rd week of gestation would show the highest SPQ-B scores as compared to their Controls.

The results indicated that Index subjects exposed in their sixth month of gestation (weeks 21-24 combined) showed a statistically significant higher mean SPQ-B Total Scale score as compared to their sixth month Controls ($t [97.7] = 2.04, P < 0.04$). Index subjects exposed in their sixth month also showed a statistically significant higher mean SPQ-B subscale Cognitive Perceptual score as compared to their sixth month Controls ($t [95.8] = 2.0, P < 0.049$). Index subjects exposed in the sixth month did not differ in their mean SPQ-B subscale Interpersonal Deficits score as compared to their sixth month Controls ($t (122) = 1.1, P > 0.05$). There was a trend for Index subjects exposed in their sixth month to show higher mean SPQ-B subscale Disorganization scores as compared to their Controls but these differences did not reach statistical significance ($t [122] = 1.8, P < 0.07$).

Based on our recent Finnish findings implicating the 23rd week in the sixth month of gestation as being relevant to schizotypal personality characteristics (Machón et al., 2002), we then tested whether the observed differences in the sixth month were attributable to differences in the 23rd week of gestation in this Chinese sample. As predicted, those Index subjects exposed in their 23rd week of gestation showed significantly higher mean SPQ-B Total Scale scores as compared to their 23rd week Controls ($t(39) = 2.1, P < 0.039$). There was a trend for Index subjects exposed in their 23rd week of gestation to show higher SPQ-B subscale Cognitive Perceptual scores as compared to their Controls but these differences did not reach statistical significance ($t(39) = 1.6, P < 0.10$). Index subjects exposed in the 23rd week did not differ in SPQ-B subscale Interpersonal Deficits score (3.2) as compared to their sixth month Controls (2.5) ($t(39) = 1.2, P > 0.05$). Index subjects exposed in their 23rd week of gestation exhibited significantly higher SPQ-B subscale Disorganization scores (3.1) as compared to their Controls (1.9) ($t(39) = 2.3, P < 0.028$).

Index subjects exposed in the 21st, 22nd or 24th weeks of gestation did not differ from Controls on either the SPQ-B Total Scale or the 3 SPQ-B subscales. No significant differences were likewise noted when we also compared Exposed Index group scores with their corresponding Controls on SPQ-B Total Scale and the 3 SPQ-B subscales for the other nine months of gestation (1-5 and 7-10—for which we had no hypothesis).

Critical Risk Period and Type of Deviance:

Does the critical risk period differ for *type* of deviance? In order to address this question, we have conducted additional *post-hoc analyses* examining the specific distribution of deviant outcomes (schizophrenia, major affective disorder) by month of birth of exposure. These preliminary results revealed a significantly larger cluster of the major affective disorder diagnoses in the *fifth* month of gestation. A significantly greater cluster of those with schizophrenia diagnoses tended to have been exposed to influenza in their *sixth* month of fetal life. In another publication, we have noted that those convicted for violent offenses tended to have been exposed to influenza in their *sixth and seventh* months of gestation (Machón, Mednick, Huttunen, and Tanskanen, 2006). In toto, these findings seem to suggest that neurodevelopmental disturbances at different critical periods are associated with distinct deviant outcomes.

Mechanism of Action in the Pathogenesis of the Schizophrenia Spectrum:

What mechanism or mechanisms might explain the pathogenesis of the above schizophrenia spectrum findings? Huttunen (1971) previously reported that rats subjected to prenatal stress evidenced disturbances in brain neurochemistry and behavior after their births. More recent findings point to the key role that heat stress proteins play in regulating both the genetically and environmentally induced apoptosis of neuronal cells (Srivastava, 2002). These proteins represent a central reaction of the body cells against all kinds of stress and their levels are increased during fever, stress, etc. Their increase is known to distract the metabolism of fetal neurons from synaptic formation. This process may result in a failure of connection of the crucial neurons at a critical period (in the 23rd week) of the formation of connections.

McGlashan and Hoffman (2000) have proposed a model of schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. Early neurobiological lesions (neurodevelopmental deficits) are major determinants of childhood synaptic density and vulnerability to psychosis. Deterioration to full-blown schizophrenia results from the vulnerable-to-psychosis brain system being subjected to a normal or abnormal, developmentally driven synaptic pruning process, which is accelerated during adolescence and young adulthood. Friston (2002) has posited an alternative mechanism. He proposes that the pathophysiology of schizophrenia is a disorder marked by synaptic abnormalities and dysfunctional connectivity. Thus, is schizophrenia a disorder of abnormal structural or functional/synaptic plasticity? Though these systems are commonly regarded as separate, they may represent two manifestations of a common, underlying process. A paradigm that integrates these two “non-independent” processes will undoubtedly advance our understanding of the etiology of schizophrenia spectrum disorders.

The Importance of Type of “Stressor” vs. Timing of the Stressor:

The bulk of the epidemiological studies supporting the neurodevelopmental hypothesis have shown the importance of exposure to prenatal influenza and later adult psychiatric outcomes (Mednick et al., 1988; Bagalkote et al., 2001; Machón et al., 1997). Huttunen

and Niskanen (1978) reported elevated rates of psychosis in the offspring of mothers who were informed during their second trimester of pregnancy that their husbands had been killed during war. Otake and Schull (1984) have noted that Hiroshima survivors who were second-trimester fetuses when the atomic bomb exploded later evidenced increased levels of adult, cognitive disturbances (mainly mental retardation). The work of Selten et al. (1997) showed that prenatal maternal exposure to severe stress (1953 Dutch flood) was associated with an increased risk for psychosis in the offspring. The recent Tangshan China earthquake findings reported above are the first to link exposure to an earthquake with adverse psychological outcomes in young adulthood. These findings, as a whole, tend to support the interpretation that the timing of the “stressor” during relevant and critical brain neurodevelopment is the more salient factor than is the type of “stressor.”

Conclusions and Future Directions:

This paper examined the supporting evidence for a prenatal neurodevelopmental disturbance as one basis for a variety of major psychiatric outcomes, including schizophrenia spectrum and major affective disorders. A solid body of evidence has emerged suggesting that schizophrenia and other deviant outcomes may have, as one of their bases, an underlying neurodevelopmental etiology. This neurodevelopmental hypothesis posits that risk for deviant outcomes is produced by a disruption of normal brain development (particularly involving the mesolimbic system, the thalamus and the entorhinal regions) during a critical prenatal risk period in the second trimester. Disruptions in these neural processes, in turn, increase the probability of adult schizophrenia and other major mental disorders. The studies reviewed above demonstrated links between a variety of teratogens (including influenza exposure, maternal stress, flood, earthquakes and radiation) and later, adult deviant outcomes. The evidence suggested that the timing of the teratogen is more critical than the type of teratogen in disrupting brain processes to increase the risk for these deviant outcomes. As the dawn of the 21st century continues to unfold, our understanding of psychological disorders will be further advanced only with the integration of interdisciplinary methodologies. The challenge for psychology is to ally itself with an array of disciplines— including molecular genetics, behavioral neuroscience, psychiatric epidemiology, and behavior genetics to name a few. It is no longer a question of

whether nature or nurture accounts for behavior and mental processes. Our veritable challenge is to achieve a deeper understanding of the dynamic interaction between biology and neuroscience on the one hand and psychology and the environment on the other.

References

- Barr, C. E., Mednick, S. A., and Munk-Jørgenson, P. (1990). Exposure to influenza epidemics during gestation and adult schizophrenia: A 40-year study. *Archives of General Psychiatry*, 47, 869-874.
- Bowler, A. E., and Torrey, E.F. (1990). Influenza and schizophrenia: Helsinki vs. Edinburgh. *Archives of General Psychiatry*, 47, 876-877.
- Chen, W.J., Hsiao, C.K., and Lin, C.C.H. (1997). Schizotypy in community samples: The three-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 649-654.
- Crow, T. J., and Done, D. J. (1992). Prenatal exposure to influenza does not cause schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 390-392.
- Fahy, T. A., Jones, P. B., Sham, P. C., Takei, N., and Murray, R. M. (1993). Schizophrenia in Afro-Caribbeans in the UK following prenatal exposure to the 1957 A₂ influenza pandemic. *Schizophrenia Research*, 9, 132.
- Friston, K.J., 2002. Dysfunctional connectivity in schizophrenia. *World Psychiatry*, 1, 66-71.
- Hakosalo, J. K., and Saxén, L. (1971). Influenza epidemic and congenital defects. *Lancet*, 2, 1346-1347.
- Hale, F. (1933). Pigs born without eye balls. *Journal of Heredity*, 24, 104-106.
- Huttunen, M.O., 1971. Persistent alteration of turnover of brain noradrenalin in the offspring of rats subjected to stress during pregnancy. *Nature*, 35, 53-55.
- Huttunen, M.O., and Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 35, 429-431.
- Kendell, R., and Kemp, I. W. (1989). Maternal influenza in the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 46, 878-882.
- Kunugi, H., Nankos, S., and Takei, N. (1992). Influenza and schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 160, 274-275.
- Machón, R. A., Huttunen, M. O., Mednick, S. A., Sinivuo, J., Tanskanen, A., Watson, J. et al. (2002). Adult schizotypal personality characteristics and prenatal influenza in a Finnish birth cohort. *Schizophrenia Research*, 54, 7-16.
- Machón, R. A., Mednick, S. A., and Huttunen, M. O. (1995). Fetal viral infection and adult schizophrenia: Empirical findings and interpretation. In S. A. Mednick and J.

- M. Hollister (Eds.), *Neural development and schizophrenia: Theory and research. NATO ASI series. Series A: Life sciences Vol. 275* (pp 191-202). New York: Plenum Press.
- Machón, R. A., Mednick, S. A., and Huttunen, M. O. (1997). Adult major affective disorder after prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 54, 322-328.
- Machón, R. A., Mednick, S. A., Huttunen, M. O., and Tanskanen, A. (2006). Fetal neural development and deviance. In A. Raine (Ed.), *Crime and schizophrenia: Causes and cures* (pp. 167-178). New York, NY: Nova Science Publishers.
- McClure, W.O. (1995). Fetal development and schizophrenia: Historical observations from teratology. In S. A. Mednick and J. M. Hollister (Eds.), *Neural development and schizophrenia: Theory and research. NATO ASI series. Series A: Life sciences Vol. 275* (pp 13-25). New York: Plenum Press.
- McGlashan, T.H., and Hoffman, R.E. (2000). Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 637-648.
- McGrath, J. J., Pemberton, M. R., and Welham, J. L. (1993). Schizophrenia and the influenza epidemics of 1954, 1957 and 1959: A southern hemisphere study. *Schizophrenia Research*, 14, 1-8.
- Mednick, S. A., and Hollister, J. M. (1995). *Neural development and schizophrenia: Theory and research. NATO ASI series. Series A: Life sciences Vol. 275*. New York: Plenum Press.
- Mednick, S. A., Huttunen, M. O. and Machón, R. A. (1994). Prenatal influenza infections and adult schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 263-267.
- Mednick, S. A., Machón, R. A., Huttunen, M. O., and Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 189-192.
- Meyer, R. G. (1993). *The clinician's handbook: Integrated diagnostics, assessment and intervention in adult and adolescent psychopathology* (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Nasrallah, H. A. (1991). Neurodevelopmental aspects of bipolar affective disorder. *Biological Psychiatry*, 29, 1-2.

- O'Callaghan, E., Sham, P., Takei, N., Glover, G., and Murray, R. M. (1991). Schizophrenia after prenatal exposure to 1957 A₂ influenza epidemic. *Lancet*, 337, 1248-1250.
- Olsen, S. C., Bogerts, B., Coffman, J. A., Schwarzkopf, S. B., and Nasrallah, H. A. (1990). Medial-temporal and ventricular abnormalities by MRI: Comparing major psychoses. *Biological Psychiatry*, 27, 59A-60A.
- Otake, M., and Schull, M. J. (1984). In utero exposure to A-bomb radiation and mental retardation: A reassessment. *British Journal of Radiology*, 57, 409-414.
- Raine, A., and Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., and Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal and disorganized features of individual differences in schizotypal personality in the general population. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 191-201.
- Selten, J-P., and Slaets, J. P. J. (1994). Evidence against maternal influenza as a risk factor for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 674-676.
- Selten, J.P., van Duursen, R., van der Graaf, C., Gispen, W., and Kahn, R.S. (1997). Second-trimester exposure to maternal stress is a possible risk factor for psychotic illness in the child. *Schizophrenia Research* 24, 258.
- Siever, L. J. Bernstein, D. P., and Silverman, J. M. (1995). Schizotypal personality disorder. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 71-90). New York: Guilford Press.
- Srivastava, P. (2002). Roles of heat-shock proteins in innate and adaptive immunity. *Nature Reviews Immunology*, 2, 185-194.
- Streissguth, A. P., Treder, R. P., and Barr, H. M. (1987). Aspirin and acetaminophen use by pregnant women and subsequent child IQ and attention decrements. *Teratology*, 35, 211-219.
- Susser, E., Lin, S. P., Brown, A. S., Lumey, L. H., and Erlenmeyer-Kimling, L. (1994). No relation between risk of schizophrenia and prenatal exposure to influenza in Holland. *American Journal of Psychiatry*, 151, 922-924.
- Tehrani, J. A., Brennan, P. A., Hodgins, S., and Mednick, S. A. (1998). Mental illness and criminal violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 81-85.
- Venables, P. H. (1996). Schizotypy and maternal exposure to influenza and to cold temperature: The Mauritius study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 53-60.

Yanai, J., Vatury, O., and Slotkin, T. A. (2002). Cell signaling as a target and underlying mechanism for neurobehavioral teratogenesis. *Annals of the New York Academies of Sciences*, 965, 473-478.

AUTHOR NOTE:

A version of this manuscript has been previously published:

Machón, R. A., Mednick, S. A., Huttunen, M. O., and Tanskanen, A. (2006). Fetal neural development and deviance. In A. Raine (Ed.), *Crime and schizophrenia: Causes and cures* (pp. 167-178). New York, NY: Nova Science Publishers.

Correspondence: Ricardo A. Machón, Ph.D., Department of Psychology, Loyola Marymount University Los Angeles, One LMU Drive, Suite 4700, Los Angeles, California, 90045-2659, USA; E-mail RMACHON@LMU.EDU .

The author wishes to acknowledge the contributions of his research collaborators, Professors: 1.) Sarnoff A. Mednick, Ph.D., Dr. Med., Social Science Research Institute, University of Southern California, Los Angeles, CA, USA; and 2.) Matti O. Huttunen, M.D., Department of Psychiatry, University of Helsinki, and Department of Mental Health and Alcohol Research, National Public Health Institute of Finland, Helsinki, Finland.

Dr. Machón also wishes to recognize his Loyola Marymount University students who provided valuable assistance in the preparation of this manuscript— Natalie Sparrow, Ann Marie Dolan and Summer Tawalbeh.

From adulthood to aging – risk and resilience

António M. Fonseca

Catholic University of Portugal, Porto, Portugal

ABSTRACT

This presentation derives from a conception of psychological development based on a “life-span” approach. This conception demonstrates the role of diverse influences on human development, the growing importance that social, cultural and historical factors have come to acquire in tracing the developmental course throughout life, as well as the possibilities of the application of developmental science to the promotion and improvement of the psychological life of each individual. The life-span developmental psychology theory takes on particular relevance in the context of the study of the adulthood -aging transition process, recognising that transition processes through life-span carry the possibility of psychological development within which are at play forces that come from the interaction between the person and his or her contexts. Through description and explanation of the developmental processes that take place throughout one’s existence, developmental life-span psychology proves to be an appropriate approach through which to face aging as a continuation of a developmental process that is influenced by life events that are significant to the individual and to reach a broad understanding of the principles that regulate these events, likely to introduce substantial modifications on the individual’s life. Of these events, the experience of “moving on to retirement” or “retirement transition” will be considered presenting the main results of a study of this life event, as experienced by the Portuguese, and the process of “transition-adaptation” that follows it, attempting to determine the risk and resilience aspects that are involved in the resulting adaptation to this life event.

Key-Words: Adulthood, aging, transition, retirement, risk and resilience factors

INTERVENCIÓN Y PSICOTERAPIA

Coord. Carlos Alemany

Outreach familiar: Intervención psicoterapéutica en familias multiproblemáticas.

Carmen Gloria Hidalgo C

Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen:

Se presenta una estrategia de intervención familiar sistémica breve (IFEB) para familias en situación de pobreza, cuyo objetivo fue fortalecer la dinámica familiar para abordar graves problemas biopsicosociales, con una metodología innovadora de visitas en sus domicilios (outreach familiar), por profesionales especializados (psicólogos expertos en familia). Esta se llevó a cabo en el contexto de servicios especializados del Programa Puente del Gobierno de Chile (FOSIS).

Se intervino 54 familias de una comuna de Santiago, de nivel socioeconómico bajo, con mediciones pre-post tratamiento y seguimiento a los 18 meses de terminada la intervención, con un instrumento de evaluación familiar "Como funciona SU/TU " (OPS y validado en Chile) y encuestas de evaluación de la eficacia del tratamiento respondida por los participantes y los 5 terapeutas especializados. Se diseñó un abordaje estructural-estratégico, personalizado de acuerdo a las necesidades de cada familia, realizada en su domicilio, con un promedio de 11 sesiones quincenales, durante seis meses.

Los resultados señalan efectos positivos en el 93% de las familias, con cambios estadísticamente significativos en la comunicación, roles y rutinas, percepción de recursos familiares y estrategias de resolución de problemas, entre otros. El seguimiento en el 75% de ellas, indicó la mantención significativa de cambios logrados con la ISEB. Se señala la percepción de cambio favorable y la efectividad de la metodología domiciliaria, discutiendo los desafíos que imponen los servicios de outreach familiar.

Proyecto financiado por el FOSIS y la Municipalidad de San Ramón de Santiago de Chile.

ANTECEDENTES.

El *Programa Puente* del Gobierno de Chile, iniciado el 2001, fue diseñado por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), por encargo del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLA)- , con el fin de abordar de una manera integral a las familias que viven en condiciones de extrema pobreza. Es un proyecto innovador de Protección Social, que implicó la elaboración de una Política Pública para todo el país y una Estrategia de intervención Psicosocial para apoyar a que estas familias logren satisfacer sus necesidades básicas, generen ingresos económicos superiores a la línea de indigencia y activen sus habilidades necesarias para su integración a las redes locales disponibles. (FOSIS, Programa Puente, Chile Solidario, 2004)

El Programa Puente considera 7 categorías básicas de la que se derivan 53 condiciones mínimas de calidad de vida. Estos 7 pilares del PUENTE son: identificación, salud, educación, habitabilidad, trabajo, ingresos y dinámica familiar. Se trabaja a nivel comunal, siendo la Municipalidad el actor clave para la implementación del Programa. Cada familia pesquisada y evaluada trabaja con un Apoyo Familiar (UIF), durante un período intensivo de 6 meses y un seguimiento de 18 meses. La primera etapa es definir las acciones necesarias para cada familia, asociadas a las 53 condiciones mínimas de calidad de vida. Luego se implementan las intervenciones planificadas y tienen un monitoreo hasta los dos años.

La dimensión dinámica familiar incluye las siguientes condiciones mínimas:

1. Que existan en la familia prácticas cotidianas de conversación en temas como hábitos, horarios y espacios para la recreación.
2. Que la familia cuente con adecuados mecanismos para enfrentar conflictos
3. que existan normas claras de convivencia al interior de la familia
4. que exista una distribución equitativa de las tareas del hogar
5. que la familia conozca los recursos comunitarios y los programas de desarrollo disponibles en la red local
6. que en caso que exista violencia intrafamiliar, las personas directamente involucradas en esta situación estén incorporadas en algún programa de apoyo
7. que la familia que tiene interno un niño en algún sistema de protección , lo visite regularmente

8. que si tiene algún joven privado de libertad, lo apoye y colabore en el programa de rehabilitación. (FOSIS Serie Reflexiones Sobre el PUENTE: Las condiciones mínimas para la construcción del Puente, Pag 65).

La Municipalidad de San Ramón, una de las más pobres y con altos niveles de violencia en la Región Metropolitana de Santiago, en la implementación del PUENTE, detectó la alta vulnerabilidad e intensas situaciones de riesgo psicosocial en la dimensión de dinámica familiar, en un número importante de las familias tratadas. A pesar de los enormes esfuerzos desplegados por los Apoyos Familiares (UIF), a través de las acciones definidas e implementadas por el Programa PUENTE, ellos se declararon incompetentes para poder ayudar eficientemente a dichas familias, dadas las características de familias multiproblemáticas y la alta disfuncionalidad del contexto familiar. Los Apoyos Familiares, en su mayoría profesionales o técnicos del área de las ciencias sociales (asistentes sociales, educadores, antropólogos, sociólogos) no se sentía con suficientes herramientas técnico-profesionales en el área de familia y de la salud mental para poder actuar eficientemente en un porcentaje no menor de estas familias PUENTE. Esta inquietud llevó a este Municipio a licitar un proyecto complementario de intervenciones especializadas en la dimensión de dinámica familiar y habitabilidad. La Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile se adjudicó el proyecto. El objetivo general fue *intervenir familias Puente resistentes a las acciones de los UIF, para modificar su condición psicosocial, a través de fortalecer la dinámica familiar, estimular el autocuidado de la salud, y la integración a redes sociales*. Este paper da cuenta de dicha intervención psicosocial, realizada por profesionales especializados en familia con un enfoque sistémico, en este grupo altamente vulnerables de familias PUENTE.

MARCO CONCEPTUAL.

El marco teórico conceptual se sustentó en el modelo de Salud Familiar (Hidalgo & Carrasco, 1999) desarrollado durante la última década, en el contexto de la Salud para el nivel de Atención Primaria, tomando en cuenta los aportes de la sociología de la familia (Muñoz & Reyes, 1992) la psicología de la familia con los aportes del enfoque evolutivo la familia (Duvall, 1977, Falicov, 1991), estructural (Minuchin 1967, 1984) y estratégico (Haley, 1967) para intervenciones familiares. Desde el punto de vista de la evaluación de los sistemas familiares se consideró el modelo circumplexo de Olson y

colaboradores (1983, 2002) el modelo de adaptación familiar de Patterson y McCubbins (1983) y la conceptualización de factores de riesgo y factores de protección familiar (Florenzano, 1993, 1997) Con este marco de referencia actualizado con los aportes de Szapocznik, 2000; Santisteban, 1996, 1997, 2003, y el Modelo de Salud Familiar integral para la Atención Primaria (Hidalgo,1999) se diseñó una intervención familiar estructural y estratégica breve (IFEB.)

Desde el punto de vista de la metodología de aplicación de la IFEB se innovó en tanto esta se insertó en el contexto social del Proyecto Puente y por lo tanto, los aportes de la psicología social comunitaria de los métodos de “trabajo de calle” o de outreach (Gottheil,1997; Miskiman,1979), abrieron una posibilidad interesante de sacar estos servicios especializados del box del centro comunitario de salud o de alguna organización comunitaria, al domicilio de las familias involucradas. Los profesionales especializados –psicólogos clínicos sistémicos, asistente social especialista en familia y una nutricionista- conformaron en grupo de especialistas que tuvieron a su cargo estas familias. Este equipo se propuso intervenir a las familias teniendo como fin descubrir y promover las potencialidades relacionales del grupo familiar, con el fin de empoderar a la familia en la resolución de los problemas biopsicosociales que presentan y a estimular el uso adecuado de las redes sociales de su comunidad, mejorando su calidad de vida.

Se configuró esta intervención psicosocial en un proyecto de investigación- acción que pudiera ser evaluado en su eficacia de acuerdo a los objetivos propuestos.

METODO.

- *Diseño:* Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, con mediciones sucesivas al inicio de la intervención, al término de ella y a los 18 meses de seguimiento.
- *Participantes:* 54 “ familias puente” seleccionadas por los Apoyos Familiares según los siguientes criterios:
 - presencia de factores de riesgo en el funcionamiento familiar de acuerdo a la evaluación psicosocial establecida por el proyecto Puente general en los ámbitos de dinámica familiar, y
 - motivación de la familia.
- *Procedimiento de asignación de las Familias Puente a los terapeutas familiares.* Estos criterios se definieron en conjunto con todos los UIF y el equipo de profesionales especializados. Una vez seleccionadas las familias se hizo un

mapa de la ubicación de sus viviendas y se les asignó 10 a 12 familias a cada terapeuta familiar, de acuerdo a un sector territorial. Posteriormente cada terapeuta se reunió con la UIF de la familia y éste le hizo entrega de los datos sociodemográficos, antecedentes familiares, genograma de la familia y trabajo realizado con ellos a la fecha.

Finalmente 51 familias completaron su tratamiento, cubriendo 279 personas.

Se logró un seguimiento en 38 familias (75% de la muestra).

- *Instrumentos de Evaluación*

- Test Como funciona SU familia (OPS, 1996; estandarización chilena Rodríguez,1996), versión para padres, que mide diversos factores de estructura y dinámica familiar. Cuestionario heteroadministrado de 147 ítemes, cada uno de 5 alternativas de “casi nunca” a “casi siempre”o bien de alternativa si/no, respecto a la ocurrencia de ciertas conductas familiares. Estos ítemes se agrupan en factores que dan cuenta, de acuerdo a una distribución percentílica, de mayor o menor riesgo de las familias de acuerdo al funcionamiento familiar, configurándose un “perfil de funcionamiento familiar”. Se usó una adaptación para ser usada en familias de extrema pobreza (Hidalgo, 1998).

- Evaluación Global de su funcionamiento familiar realizada por un miembro de la familia y (Escala de Nota 1 a 7)

- Evaluación Global del funcionamiento familiar realizada por el terapeuta de la familia y (Escala de Nota 1 a 7)

Las evaluaciones se hicieron al inicio del tratamiento (Pre), a los 6 meses o término del tratamiento (Post1) y a los 18 meses de seguimiento (Post 2).

Tratamiento.

Se diseñó la intervención psicosocial familiar y se capacitó a 5 terapeutas familiares (4 psicólogos y una asistente social), mas una nutricionista cuyo rol implicó la evaluación de salud ambiental y el apoyo a las familias que presentaron requerimientos de apoyo nutricional. La IFEB fue diseñada por una experta en salud familiar, terapeuta sistémica y supervisora acreditada, junto al equipo de profesionales que participaron directamente con las familias. Los objetivos específicos de la IFEB diseñada se enmarcaron en lograr:

- 1. Empoderar a la familia a través del desarrollo de comportamientos relacionales que permitan una dinámica familiar más funcional, tales como**

- Desarrollar habilidades básicas de comunicación (escuchar activo, empatizar, asertividad positiva y negativa)
- Desarrollar técnicas elementales de resolución de conflictos (evitación, participación ,negociación, compromiso)
- Definir de manera clara los roles, límites, subsistemas y distribuir roles según sexo y edad.

-Generar espacios de conversación sobre la violencia intrafamiliar y entregar herramientas básicas para reaccionar de manera eficaz frente a episodios de violencia.

2. Estimular y monitorear la incorporación de las familias a redes formales del sistema comunal en el área de salud, educación, justicia,etc..

La IFEB es una intervención clínica, de tiempo definido, dirigida a la resolución de problemas familiares, establecidos en conjunto entre la familia y su terapeuta familiar (co-construcción del problema), con un compromiso explícito de la familia, y llevada a cabo siempre en el domicilio particular de cada grupo familiar.

Procedimiento: Los terapeutas familiares fueron presentados a la familia en una primera reunión conjunta por el Apoyo Familiar, con el objetivo de establecer una adecuada derivación y vinculación familia-terapeuta, explicarles el proyecto, co-construir los problemas a trabajar, agendar las sesiones quincenales y establecer el “sistema consultante”. Se motivó a que participaran todos los miembros del grupo familiar y/o aquellos que se sintieran comprometidos en los problemas que la familia quería abordar. Se acordaron y priorizaron dos o tres problemas familiares a trabajar, que de alguna manera concordaban con las necesidades de la familia y los objetivos específicos de la intervención. Se trabajó muy rigurosamente en el establecimiento de metas realistas y se redefinieron acciones posibles desde esta intervención, de modo de no generar expectativas falsas (por ejemplo resolver los problemas económicos, de salud, justicia, vivienda, etc, que se acarrean las familias multiproblemáticas. Se le administró los instrumentos por el mismo terapeuta en las mediciones pre y post 1. La medición post 2 fue realizada por una de las terapeutas que era conocida por todas las familias ya que tuvo además un rol de coordinadora de las acciones con el conjunto de las familias. Las sesiones familiares fueron quincenales, después de las horas de trabajo (en la tarde y los días sábados).

El grupo de terapeutas familiares fue sistemáticamente supervisado por un experto, en reuniones grupales semanales donde se revisaba cada familia, el proceso en curso, los impasses terapéuticos, la adecuación a la realidad contextual, contención para los terapeutas y readecuación de las normas de seguridad que fue necesario implementar para las terapeutas. Además, el supervisor hizo algunas sesiones acompañando a los terapeutas en aquellos casos muy complejos y cuyo proceso no avanzaba de acuerdo a lo esperado.

Finalmente, al término de las intervenciones, se volvió a evaluar. Adicionalmente se hizo una ceremonia comunitaria de cierre y termino del proyecto con todos los miembros del Municipio, Fosis, equipo de UIF y terapeutas, dónde las familias fueron actores principales, a través de los testimonios y premios que recibieron por su compromiso en el proyecto y su inserción comunitaria.

RESULTADOS:

Aceptación de la intervención por parte de las familias Puente

De las 54 familias seleccionadas 51 de ellas terminaron el proceso de tratamiento, que exigía un 80% de cumplimiento del mismo, con un criterio de deserción que implicó que la familia no estuviera disponible para alguna sesión en tres oportunidades. Sólo tres familias desertaron. Las visitas domiciliarias facilitaron la no deserción y también esto se reforzó por la motivación y compromiso de los terapeutas que fueron capaces de máxima flexibilidad para la realización de las sesiones (respecto a horarios, lugar, contactos telefónicos, etc).

La intervención se realizó durante seis meses, con un promedio de 11 sesiones por familia, más la evaluación final y la evaluación de impacto (al año y medio) que se logró con 38 familias tratadas (75%). El 25% restante fueron familias que no fueron ubicadas, la mayoría por cambio de domicilio (en varias de ellas ésto fue una de las acciones estimuladas por la intervención) y un mínimo que no quiso entregar información.

Características de la estructura familiar

Como puede observarse la mayoría de las familias no tienen una estructura nuclear completa, siendo mayoritarias las familias con una estructura uniparental, extendidas y/o con parejas inestables; con un alto porcentaje de cesantía y trabajos esporádicos

sin contrato. Las familias básicamente en el ciclo evolutivo con hijos adolescentes, con más hijos que el promedio nacional.

Tabla N° 1: Perfil descriptivo de las familias tratadas.

Familia nuclear completa:	40%
Familia hijos adolescentes/adultos jóvenes:	75%
Tamaño de la familia: 5 o menos:	60%
Número de hijos: 4 o más:	60%
Educación de la madre:	
Básica incompleta	48%
Educación Media	15%
Ocupación jefe hogar:	
Trabajo independiente	35%
Cesantes	25%
Ingresos: salario mínimo	79%

Problemas familiares definidos por las familias y su terapeuta a ser abordados por la intervención.

Como se observa en la Tabla 2 la mayor frecuencia de problemas o factores de riesgo co-construidos por el sistema terapéutico fue problemas de comunicación en la familia, roles y límites en el subsistema parental, resolución de problemas familiares y de la pareja, abuso de sustancias y violencia intrafamiliar. También destaca el impacto familiar de situaciones de salud de alguno de los miembros de la familia. Podemos destacar que la intervención fue exitosa, de acuerdo a la evaluación realizada en conjunto, en los temas de resolución de problemas familiares, problemas de conducta de los niños, comunicación, roles y rutinas familiares y generación de espacios familiares positivos. También en los problemas de salud y su solución en las instancias y redes pertinentes. En cambio, en los problemas de pareja, abuso de sustancias y violencia intrafamiliar el efecto al término del tratamiento es insuficiente.

Tabla N° 2: Problemas familiares identificados y tratados en la IFEB

Problemas y/o Factores de riesgo (FR)	N ° de familias con	FR disminuido	F R n o modificado
---------------------------------------	---------------------	---------------	--------------------

	FR	Nº	%	Nº	%
Comunicación	26	18	69,2	8	30.7
Roles y Límites	32	22	68.7	10	31.3
Problemas de pareja	5	10	20	7	80
Resolución de problemas familiares	9	9	100	0	0
Problemas conductuales niños	3	10	100	10	0
Problemas escolares	10	1	60	4	40
Abuso sustancias	20	3	50	0	50
Violencia intrafamiliar	17	6	58.8	3	41.1
Enfermedad mental Eje I o II	9	6	66.6	4	33.3
Enfermedad no psiquiátrica	4	2	75,5	3	15.5
Cesantía	5	3	40	5	60
Redes	8	0	37.5	1	62.5
Embarazo precoz	1	3	0	1	100
OTROS	15	6	40	9	60
ideación suicida	1	1	100	0	0
higiene	6	3	50	3	50
abandono familiar	1	0	0	1	100
nido vacío	1	0	0	1	100
poca vida familiar	5	5	100	0	0
fuga de hija	1	1	100	0	0

Evaluación global del resultado de la intervención en el funcionamiento familiar.

Por otra parte, la evaluación global realizadas por los terapeutas poniéndoles una nota de 1 a 7 respecto al funcionamiento de las familias, como grupo, señaló un cambio significativo en la apreciación de la calidad de las relaciones familiares en los temas tratados, efecto idéntico al encontrado en la misma evaluación pero hecha por uno o varios miembros de cada familia, utilizando el mismo criterio. Lo que es interesante es que los terapeutas evaluaron en promedio a las familias con un peor funcionamiento familiar inicial que las propias familias, e igualmente, al termino de la intervención estos consideraron que los problemas abordados y la dinámica familiar no había mejorado tanto como lo que percibieron las propias familias. (Gráfico 1 y 2).

Grafico N° 1: Evaluación pre y post del funcionamiento familiar del terapeuta(N=51)

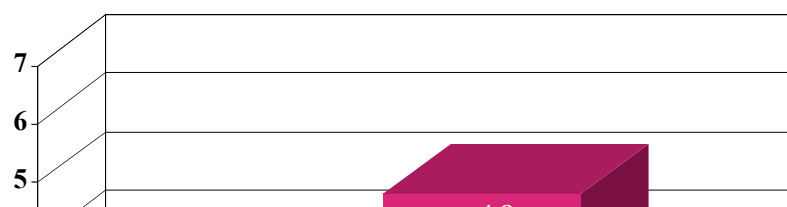
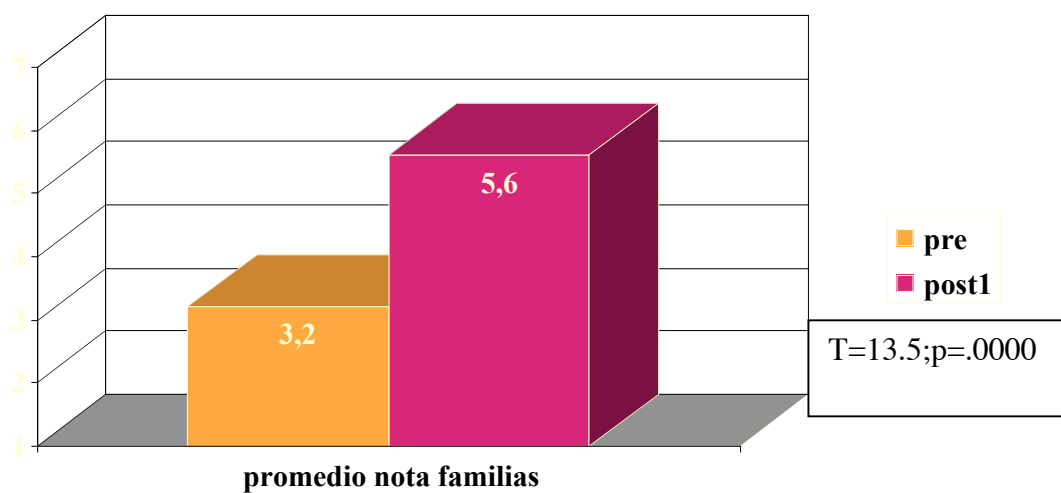


Grafico N° 2: Evaluación pre y post del funcionamiento familiar de las familias ($N=51$)



Evaluación de resultados en el funcionamiento familiar a través del Cuestionario Cómo es Su familia.

Este cuestionario demostró que un alto número de familias modificaron su funcionamiento familiar permitiéndoles mejorar la percepción de los propios recursos familiares con que cuenta, mejorar el estilo de resolución de problemas en las relaciones interpersonales al interior de su familia, tener mas y mejor comunicación entre ellos, clarificar sus roles y flexibilizarlos según las circunstancias de vida, aprender a establecer y manejar los límites entre los subsistemas de la familia nuclear y extensa, y valorar las rutinas y ritos familiares como una forma de aumentar los espacios de compartir en familia y recreación. Esto permitió, probablemente, una mejor satisfacción con su calidad de vida. Algunas familias tuvieron mejoras y deterioro en ciertos factores, especialmente en las relaciones de pareja. Lo mas relevante es que ninguna familia presentó exclusivamente deterioro en los indicadores. Tabla N° 3.

Tabla N° 3: Número de familias con cambio de categoría en los factores del test Como es SU familia, pre-post. (N=45)

Percepción de recursos de la familia	33
Estilo familiar de resolución de problemas	29
Comunicación, roles y rutinas	26
Satisfacción con la calidad de vida	22
Modificación de factores y deterioro de uno o dos factores	12
<i>Solo deterioro</i>	<i>0</i>

El análisis estadístico realizado para comprobar una mejoría significativa en los factores indicadores de un mejor funcionamiento familiar y un descenso en la categoría de riesgo familiar, indicó al termino del tratamiento, un cambio significativo en todos los factores, con la excepción de la evaluación de la presencia de factores de riesgo de salud general en todos los miembros de cada familia. Las familias como grupo lograron bajar significativamente a una categoría de menor riesgo en su funcionamiento familiar. Como se observa en la tabla N° 4, la evaluación realizada al seguimiento de dos años

después de haber iniciado el tratamiento, se mantienen los cambios en los factores asociados a un mayor empoderamiento de la familia. mejores vínculos con la familia extensa y redes sociales, y una mejoría en el estado de salud general de los miembros de la familia.

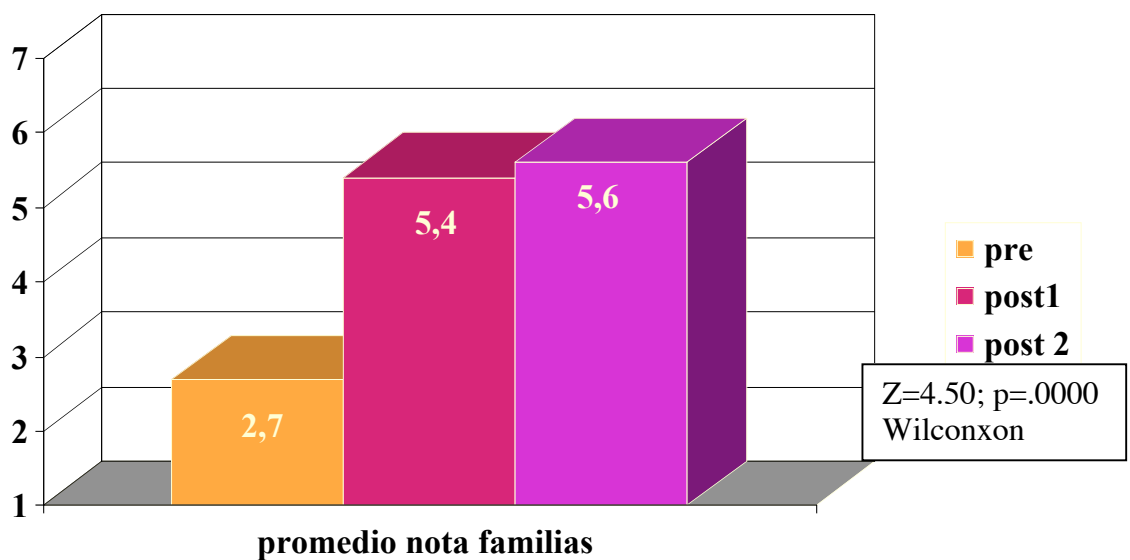
Tabla N° 4: Cambio de categoría en el nivel de riesgo familiar pre-post1 (N=45) y pre-post2 (N=38). Prueba de Wilcoxon

Factor Test Cómo es SU familia	Z pre vs post 1	P value	Z pre vs Post 2	Pvalue
Comunicación, roles y rutinas	-4,003	0,000	-0,619	0,2680
Comunicación de pareja y jerarquía	-3,057	0,002	-0,639	0,2625
Vínculos de familia extensa y amigos	-3,567	0,000	-2,182	0,0145
Estilo familiar de resolución de problemas	-4,336	0,000	-1,808	0,0356
Percepción de recursos de la familia	-4,609	0,000	-2,922	0,0015
Valores y creencias	-2,743	0,006	-0,026	0,4895
Satisfacción con la calidad de vida	-4,7	0,000	-1,196	0,1160
Eventos estresantes	-2,707	0,007	-1,181	0,1190
Riesgo de salud de la familia	-1,74	0,081	-1,911	0,0280

Evaluación global de las familias al seguimiento.

A los dos años de ser intervenidas estas familias mantienen su apreciación de un cambio positivo y de una mejoría significativa en sus relaciones familiares, en aquellos aspectos que se trabajó durante la intervención. Es más, incluso su percepción de mejoría y cambio parece con el tiempo tender a un aumento, si bien entre el post 1 y el seguimiento, ésta no alcanza significación estadística.

Grafico N° 3. Evaluación funcionamiento familiar de las familias (N=32)



DISCUSIÓN

La IFEB favoreció al 93% de las familias en cuanto a una mejoría significativa en algunas de las dimensiones evaluadas de funcionamiento familiar y estos cambios se mantuvieron en el tiempo en un porcentaje mayoritario de ellas. Las familias lograron ser empoderadas, mejoraron su capacidad de resolución de problemas y disminuyó el riesgo familiar. Los usuarios percibieron que su dinámica familiar y

los problemas por ellos planteados como prioritarios disminuyeron o bien, aprendieron a manejarlos mejor.

La evaluación de impacto muestra que la mitad de los factores evaluados mantiene su mejoría al año y medio de seguimiento. La evaluación de seguimiento global realizada por las familias respecto de las dimensiones tratadas se mantiene en el mismo nivel (con una leve mejoría) después del año y medio de terminado su tratamiento.

Estos alentadores resultados logrados en familias muy disfuncionales, en contextos de extrema pobreza y multiproblemáticas, resistentes a varias intervenciones con agentes comunitarios de las múltiples organizaciones que suelen ayudar y entregar medidas de protección y ayuda social, deja en evidencia que en este tipo de familias se requiere una intervención clínica y social, realizada por especialistas expertos y con una metodología apropiada. De esta forma se puede lograr un impacto que se sostiene en el tiempo y ser sustentable económicamente. Esta intervención tuvo un costo aproximado de U\$ 35.000

Claramente hay temáticas de alto nivel de complejidad que no pudieron ser manejadas eficazmente en las familias en una intervención tan breve. Los problemas de adicciones, y los conflictos graves de pareja como violencia, abuso sexual, problemas con la justicia, etc, en la mayoría no fue posibles manejarlas al nivel que se planificó (toma de conciencia de los problemas, disminución de conductas de riesgo y derivación a los programas específicos de la red de salud de la comuna). Estas disfuncionalidades requieren un abordaje mucho mas focalizado e intensivo, si bien estamos convencidos que la metodología de outreach es una buena opción para la pesquisa e involucramiento de las personas y familias que sufren estos problemas. En los casos de deterioro de la comunicación con la pareja tenemos dudas respecto de si esto es un elemento negativo o positivo en algunas familias en los que estaban presentes dichos problemas, ya que el cortar o suprimir una relación abusiva puede ser muy funcional.

La metodología de campo o de outreach familiar resultó altamente eficiente. Permitió una mínima deserción, la incorporación de varios miembros en cada grupo familiar, y una intervención integral biopsicosocial (salud, habitabilidad, higiene ambiental, nutrición,) al realizarla en el propio contexto social y habitacional.

El vínculo familia-terapeuta es un elemento decisivo para aplicar esta forma de acercamiento, claramente favorecido (en unos pocos casos dificultado) por el

vínculo previo de los apoyos familiares del Proyecto Puente. El vínculo de respeto por cada miembro de la familia, la estrategia de pedir autorización para entrar en sus casas, el definir en conjunto los problemas prioritarios de cada familia, junto con un relación no paternalista ni autoritaria, fueron elementos claves para el éxito de la IFEB. ,

Desde la perspectiva de los terapeutas, debe destacarse también la alta motivación para el trabajo en terreno con familias en situación de pobreza y su flexibilidad para intervenir en contextos absolutamente distintos a los habituales para los profesionales de la salud mental.

Los terapeutas debieron sortear una serie de dificultades anexas a las familias mismas.

Un tema en extremo relevante es la necesidad de supervisión sistemática de los terapeutas dada la gravedad de las disfuncionalidades y la fuerte carga emocional de las situaciones a enfrentar. Requieren capacitación, orientación y contención permanente para poder intervenir eficientemente y no ser absorbidas por el sistema familiar y social y caer en la desesperanza.

Por otra parte, se deben tomar resguardos para la seguridad e integridad física de los profesionales. Evidentemente se debe trabajar en horarios compatibles con las obligaciones familiares, por lo tanto, los fines de semanas y después de las 18 hrs en las tardes. Deben aprender formas de enfrentar eventuales situaciones críticas tales como violencia callejera, sujetos consumidores y traficantes de drogas, robos, etc. Fue necesario tener un chofer que las trasladara de una casa a otra, sobretudo en las horas mas peligrosas, establecer recorridos por zonas conocidas e idealmente con acompañamiento.

Las terapeutas debieron hacer uso a su creatividad y flexibilidad para adecuarse a las condiciones de habitabilidad de cada familia y realizar las sesiones familiares donde fuera posible. Muchas veces se producian interrupciones de familiares, vecinos y niños que entran y salen de los recintos donde habitan muchas familias sin marcadas fronteras.

Otro elemento importante es la necesidad de una buena coordinación entre los actores involucrados, en este caso un Municipio, el Programa Puente general y la Escuela de Psicología de la U. Universidad Católica de Chile, instancia ejecutora con un equipo de profesionales especializados. La dinámica de instituciones

públicas y privadas tienen un ritmo de trabajo diferente que obliga a importantes esfuerzos de coordinación, fundamentales para el éxito del proyecto.

Por otra parte, creemos que con estas familias se requiere un monitoreo de más largo tiempo por parte de los apoyos familiares. Efectivamente este monitoreo estaba planificado e incluso se realizó unos talleres breves de capacitación de los apoyos familiares para que continuaran conectadas con estas familias, desde el termino del tratamiento hasta el año y medio de seguimiento. No obstante, esta actividad no se llevó a cabo en forma regular ni sistemática, dado la presión asistencial para los apoyos familiares, lo que a nuestro modo de ver, pudo haber influido en que algunas familias no mantuvieron los cambios e incluso aparecieron otros problemas en el seguimiento que no pudieron ser adecuadamente abordados.

Referencias

- Duvall E (1977) Marriage and Family Development. Filadelfia .Lippincott
- Falicov C (1991) Transiciones de la Familia. Ed. Amorrortu. B. Aires.
- Florenzano R (1998). El adolescente y sus conductas de riesgo. Ed. Universidad Católica de Chile.
- Florenzano R. Risk: Factors and Youth: The rol of family and community. Journal of adolescent Health, 14, 1993.
- FOSIS Programa Puente, Chile Solidario, 2004 Serie Reflexiones Sobre el PUENTE: Las condiciones mínimas para la construcción del Puente.
- FOSIS Programa Puente, Chile Solidario, 2004: Serie de Reflexiones desde el Puente, Cuadernillo 4.
- Gottheil, E., Sterling, R.C., Weinstein, S.P. (1997). Outreach Engagement Efforts: Are they Worth it? American Journal of Drug and Alcohol Abuse 23: 61-6.
- Haley J (1986) Terapia para resolver problemas. Ed. Amorrortu. B. Aires
- Hidalgo C G & Carrasco E. (1999):Salud Familiar: Un modelo de Atención integral en la Atención Primaria. Ed. Universidad Católica de Chile.
- Hidalgo C G & Rodriguez J (1998) Perfil clínico de Evaluación del Funcionamiento familiar según el test Como funciona SU familia. Revist Psykhe 7, 75-81
- Hidalgo C G (1997) Familia y salud: estudio comparativo de las característcas de estructura y funcionamiento familiar, en familias pobres, clasificadas con y sin riesgo biopsicosocial. Tesis de Magíster. Facultad de Medicina, U. de Chile.

<http://www.paho.org/spanish/HPP/Hpf/ADOLF/pdf>.

Minuchin S & Fischman H (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. Ed. Paidós. B. Aires
Minuchin S y col *Family of Slams*. Basic Books. N. York

Miskiman DE. (1979). An evaluation of a community outreach program. *American Journal of Community Psychology* 7(1):71-7

Olson d, Russell C & Sprenkle D (1983) : Circumplex Model of Marital and Family Systems . *Family Process* (22), 69-83

Olson, D. (2002) Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, Vol 22 (2) Special Issue: Empirical approaches to family assessment. Pag 144-167

OPS, (1997):*Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud*. Manual de Aplicación de Instrumentos. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Programa de Salud Integral del Adolescente, W.K.Kellogg Foundation.

Patterson J & McCubbin H (1983). *Social Stress and the family* (Eds). The Haworth Press

Rodríguez J, Serrano T, Valdés M, y otros (1996) Análisis de la confiabilidad y validez de un instrumento que mide el rol protector familiar en las conductas de riesgo adolescentes. *Cuadernos Médicos Sociales XXXVII*, 2, 64-89

Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W.M., Schwartz, S.J, La Perriere, A. & Szapocznik, J. (2003). The efficacy of Brief Strategic Family Therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance abuse. *Journal of Family psychology*, 17, 121-133.

Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Mitrani, V., Jean-Gilles, M. & Szapocznik, J. (1997). Brief structural strategic family therapy with African American and Hispanic High Risk Youth: A report of outcome. *Journal of Community Psychology*, 25 (5), 453-471.

Santisteban, D.A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E.J., & LaPerriere, A. (1996). Efficacy of Interventions for engaging Youth/Families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 35-44.

Szapocznik, J., & Williams, R.A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (2), 117-135.

INTERVENCIÓN Y PSICOTERAPIA

Coord. Carlos Alemany

Outreach familiar: Intervención psicoterapéutica en familias multiproblemáticas.

Carmen Gloria Hidalgo C

Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen:

Se presenta una estrategia de intervención familiar sistémica breve (IFEB) para familias en situación de pobreza, cuyo objetivo fue fortalecer la dinámica familiar para abordar graves problemas biopsicosociales, con una metodología innovadora de visitas en sus domicilios (outreach familiar), por profesionales especializados (psicólogos expertos en familia). Esta se llevó a cabo en el contexto de servicios especializados del Programa Puente del Gobierno de Chile (FOSIS).

Se intervino 54 familias de una comuna de Santiago, de nivel socioeconómico bajo, con mediciones pre-post tratamiento y seguimiento a los 18 meses de terminada la intervención, con un instrumento de evaluación familiar "Como funciona SU/TU " (OPS y validado en Chile) y encuestas de evaluación de la eficacia del tratamiento respondida por los participantes y los 5 terapeutas especializados. Se diseñó un abordaje estructural-estratégico, personalizado de acuerdo a las necesidades de cada familia, realizada en su domicilio, con un promedio de 11 sesiones quincenales, durante seis meses.

Los resultados señalan efectos positivos en el 93% de las familias, con cambios estadísticamente significativos en la comunicación, roles y rutinas, percepción de recursos familiares y estrategias de resolución de problemas, entre otros. El seguimiento en el 75% de ellas, indicó la mantención significativa de cambios logrados con la ISEB. Se señala la percepción de cambio favorable y la efectividad de la metodología domiciliaria, discutiendo los desafíos que imponen los servicios de outreach familiar.

Proyecto financiado por el FOSIS y la Municipalidad de San Ramón de Santiago de Chile.

ANTECEDENTES.

El *Programa Puente* del Gobierno de Chile, iniciado el 2001, fue diseñado por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), por encargo del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLA)- , con el fin de abordar de una manera integral a las familias que viven en condiciones de extrema pobreza. Es un proyecto innovador de Protección Social, que implicó la elaboración de una Política Pública para todo el país y una Estrategia de intervención Psicosocial para apoyar a que estas familias logren satisfacer sus necesidades básicas, generen ingresos económicos superiores a la línea de indigencia y activen sus habilidades necesarias para su integración a las redes locales disponibles. (FOSIS, Programa Puente, Chile Solidario, 2004)

El Programa Puente considera 7 categorías básicas de la que se derivan 53 condiciones mínimas de calidad de vida. Estos 7 pilares del PUENTE son: identificación, salud, educación, habitabilidad, trabajo, ingresos y dinámica familiar. Se trabaja a nivel comunal, siendo la Municipalidad el actor clave para la implementación del Programa. Cada familia pesquisada y evaluada trabaja con un Apoyo Familiar (UIF), durante un período intensivo de 6 meses y un seguimiento de 18 meses. La primera etapa es definir las acciones necesarias para cada familia, asociadas a las 53 condiciones mínimas de calidad de vida. Luego se implementan las intervenciones planificadas y tienen un monitoreo hasta los dos años.

La dimensión dinámica familiar incluye las siguientes condiciones mínimas:

9. Que existan en la familia prácticas cotidianas de conversación en temas como hábitos, horarios y espacios para la recreación.
10. Que la familia cuente con adecuados mecanismos para enfrentar conflictos
11. que existan normas claras de convivencia al interior de la familia
12. que exista una distribución equitativa de las tareas del hogar
13. que la familia conozca los recursos comunitarios y los programas de desarrollo disponibles en la red local
14. que en caso que exista violencia intrafamiliar, las personas directamente involucradas en esta situación estén incorporadas en algún programa de apoyo
15. que la familia que tiene interno un niño en algún sistema de protección , lo visite regularmente

16. que si tiene algún joven privado de libertad, lo apoye y colabore en el programa de rehabilitación. (FOSIS Serie Reflexiones Sobre el PUENTE: Las condiciones mínimas para la construcción del Puente, Pag 65).

La Municipalidad de San Ramón, una de las más pobres y con altos niveles de violencia en la Región Metropolitana de Santiago, en la implementación del PUENTE, detectó la alta vulnerabilidad e intensas situaciones de riesgo psicosocial en la dimensión de dinámica familiar, en un número importante de las familias tratadas. A pesar de los enormes esfuerzos desplegados por los Apoyos Familiares (UIF), a través de las acciones definidas e implementadas por el Programa PUENTE, ellos se declararon incompetentes para poder ayudar eficientemente a dichas familias, dadas las características de familias multiproblemáticas y la alta disfuncionalidad del contexto familiar. Los Apoyos Familiares, en su mayoría profesionales o técnicos del área de las ciencias sociales (asistentes sociales, educadores, antropólogos, sociólogos) no se sentía con suficientes herramientas técnico-profesionales en el área de familia y de la salud mental para poder actuar eficientemente en un porcentaje no menor de estas familias PUENTE. Esta inquietud llevó a este Municipio a licitar un proyecto complementario de intervenciones especializadas en la dimensión de dinámica familiar y habitabilidad. La Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile se adjudicó el proyecto. El objetivo general fue *intervenir familias Puente resistentes a las acciones de los UIF, para modificar su condición psicosocial, a través de fortalecer la dinámica familiar, estimular el autocuidado de la salud, y la integración a redes sociales*. Este paper da cuenta de dicha intervención psicosocial, realizada por profesionales especializados en familia con un enfoque sistémico, en este grupo altamente vulnerables de familias PUENTE.

MARCO CONCEPTUAL.

El marco teórico conceptual se sustentó en el modelo de Salud Familiar (Hidalgo & Carrasco, 1999) desarrollado durante la última década, en el contexto de la Salud para el nivel de Atención Primaria, tomando en cuenta los aportes de la sociología de la familia (Muñoz & Reyes, 1992) la psicología de la familia con los aportes del enfoque evolutivo la familia (Duvall, 1977, Falicov, 1991), estructural (Minuchin 1967, 1984) y estratégico (Haley, 1967) para intervenciones familiares. Desde el punto de vista de la evaluación de los sistemas familiares se consideró el modelo circumplexo de Olson y

colaboradores (1983, 2002) el modelo de adaptación familiar de Patterson y McCubbins (1983) y la conceptualización de factores de riesgo y factores de protección familiar (Florenzano, 1993, 1997) Con este marco de referencia actualizado con los aportes de Szapocznik, 2000; Santisteban, 1996, 1997, 2003, y el Modelo de Salud Familiar integral para la Atención Primaria (Hidalgo,1999) se diseñó una intervención familiar estructural y estratégica breve (IFEB.)

Desde el punto de vista de la metodología de aplicación de la IFEB se innovó en tanto esta se insertó en el contexto social del Proyecto Puente y por lo tanto, los aportes de la psicología social comunitaria de los métodos de “trabajo de calle” o de outreach (Gottheil,1997; Miskiman,1979), abrieron una posibilidad interesante de sacar estos servicios especializados del box del centro comunitario de salud o de alguna organización comunitaria, al domicilio de las familias involucradas. Los profesionales especializados –psicólogos clínicos sistémicos, asistente social especialista en familia y una nutricionista- conformaron en grupo de especialistas que tuvieron a su cargo estas familias. Este equipo se propuso intervenir a las familias teniendo como fin descubrir y promover las potencialidades relacionales del grupo familiar, con el fin de empoderar a la familia en la resolución de los problemas biopsicosociales que presentan y a estimular el uso adecuado de las redes sociales de su comunidad, mejorando su calidad de vida.

Se configuró esta intervención psicosocial en un proyecto de investigación- acción que pudiera ser evaluado en su eficacia de acuerdo a los objetivos propuestos.

METODO.

- *Diseño:* Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, con mediciones sucesivas al inicio de la intervención, al término de ella y a los 18 meses de seguimiento.
- *Participantes:* 54 “ familias puente” seleccionadas por los Apoyos Familiares según los siguientes criterios:
 - presencia de factores de riesgo en el funcionamiento familiar de acuerdo a la evaluación psicosocial establecida por el proyecto Puente general en los ámbitos de dinámica familiar, y
 - motivación de la familia.
- *Procedimiento de asignación de las Familias Puente a los terapeutas familiares.* Estos criterios se definieron en conjunto con todos los UIF y el equipo de profesionales especializados. Una vez seleccionadas las familias se hizo un

mapa de la ubicación de sus viviendas y se les asignó 10 a 12 familias a cada terapeuta familiar, de acuerdo a un sector territorial. Posteriormente cada terapeuta se reunió con la UIF de la familia y éste le hizo entrega de los datos sociodemográficos, antecedentes familiares, genograma de la familia y trabajo realizado con ellos a la fecha.

Finalmente 51 familias completaron su tratamiento, cubriendo 279 personas.

Se logró un seguimiento en 38 familias (75% de la muestra).

- *Instrumentos de Evaluación*

- Test Como funciona SU familia (OPS, 1996; estandarización chilena Rodríguez,1996), versión para padres, que mide diversos factores de estructura y dinámica familiar. Cuestionario heteroadministrado de 147 ítemes, cada uno de 5 alternativas de “casi nunca” a “casi siempre”o bien de alternativa si/no, respecto a la ocurrencia de ciertas conductas familiares. Estos ítemes se agrupan en factores que dan cuenta, de acuerdo a una distribución percentílica, de mayor o menor riesgo de las familias de acuerdo al funcionamiento familiar, configurándose un “perfil de funcionamiento familiar”. Se usó una adaptación para ser usada en familias de extrema pobreza (Hidalgo, 1998).

- Evaluación Global de su funcionamiento familiar realizada por un miembro de la familia y (Escala de Nota 1 a 7)

- Evaluación Global del funcionamiento familiar realizada por el terapeuta de la familia y (Escala de Nota 1 a 7)

Las evaluaciones se hicieron al inicio del tratamiento (Pre), a los 6 meses o término del tratamiento (Post1) y a los 18 meses de seguimiento (Post 2).

Tratamiento.

Se diseñó la intervención psicosocial familiar y se capacitó a 5 terapeutas familiares (4 psicólogos y una asistente social), mas una nutricionista cuyo rol implicó la evaluación de salud ambiental y el apoyo a las familias que presentaron requerimientos de apoyo nutricional. La IFEB fue diseñada por una experta en salud familiar, terapeuta sistémica y supervisora acreditada, junto al equipo de profesionales que participaron directamente con las familias. Los objetivos específicos de la IFEB diseñada se enmarcaron en lograr:

- 1. Empoderar a la familia a través del desarrollo de comportamientos relacionales que permitan una dinámica familiar más funcional, tales como**

- Desarrollar habilidades básicas de comunicación (escuchar activo, empatizar, asertividad positiva y negativa)
- Desarrollar técnicas elementales de resolución de conflictos (evitación, participación ,negociación, compromiso)
- Definir de manera clara los roles, límites, subsistemas y distribuir roles según sexo y edad.

-Generar espacios de conversación sobre la violencia intrafamiliar y entregar herramientas básicas para reaccionar de manera eficaz frente a episodios de violencia.

2. Estimular y monitorear la incorporación de las familias a redes formales del sistema comunal en el área de salud, educación, justicia,etc..

La IFEB es una intervención clínica, de tiempo definido, dirigida a la resolución de problemas familiares, establecidos en conjunto entre la familia y su terapeuta familiar (co-construcción del problema), con un compromiso explícito de la familia, y llevada a cabo siempre en el domicilio particular de cada grupo familiar.

Procedimiento: Los terapeutas familiares fueron presentados a la familia en una primera reunión conjunta por el Apoyo Familiar, con el objetivo de establecer una adecuada derivación y vinculación familia-terapeuta, explicarles el proyecto, co-construir los problemas a trabajar, agendar las sesiones quincenales y establecer el “sistema consultante”. Se motivó a que participaran todos los miembros del grupo familiar y/o aquellos que se sintieran comprometidos en los problemas que la familia quería abordar. Se acordaron y priorizaron dos o tres problemas familiares a trabajar, que de alguna manera concordaban con las necesidades de la familia y los objetivos específicos de la intervención. Se trabajó muy rigurosamente en el establecimiento de metas realistas y se redefinieron acciones posibles desde esta intervención, de modo de no generar expectativas falsas (por ejemplo resolver los problemas económicos, de salud, justicia, vivienda, etc, que se acarrean las familias multiproblemáticas. Se le administró los instrumentos por el mismo terapeuta en las mediciones pre y post 1. La medición post 2 fue realizada por una de las terapeutas que era conocida por todas las familias ya que tuvo además un rol de coordinadora de las acciones con el conjunto de las familias. Las sesiones familiares fueron quincenales, después de las horas de trabajo (en la tarde y los días sábados).

El grupo de terapeutas familiares fue sistemáticamente supervisado por un experto, en reuniones grupales semanales donde se revisaba cada familia, el proceso en curso, los impasses terapéuticos, la adecuación a la realidad contextual, contención para los terapeutas y readecuación de las normas de seguridad que fue necesario implementar para las terapeutas. Además, el supervisor hizo algunas sesiones acompañando a los terapeutas en aquellos casos muy complejos y cuyo proceso no avanzaba de acuerdo a lo esperado.

Finalmente, al término de las intervenciones, se volvió a evaluar. Adicionalmente se hizo una ceremonia comunitaria de cierre y termino del proyecto con todos los miembros del Municipio, Fosis, equipo de UIF y terapeutas, dónde las familias fueron actores principales, a través de los testimonios y premios que recibieron por su compromiso en el proyecto y su inserción comunitaria.

RESULTADOS:

Aceptación de la intervención por parte de las familias Puente

De las 54 familias seleccionadas 51 de ellas terminaron el proceso de tratamiento, que exigía un 80% de cumplimiento del mismo, con un criterio de deserción que implicó que la familia no estuviera disponible para alguna sesión en tres oportunidades. Sólo tres familias desertaron. Las visitas domiciliarias facilitaron la no deserción y también esto se reforzó por la motivación y compromiso de los terapeutas que fueron capaces de máxima flexibilidad para la realización de las sesiones (respecto a horarios, lugar, contactos telefónicos, etc).

La intervención se realizó durante seis meses, con un promedio de 11 sesiones por familia, más la evaluación final y la evaluación de impacto (al año y medio) que se logró con 38 familias tratadas (75%). El 25% restante fueron familias que no fueron ubicadas, la mayoría por cambio de domicilio (en varias de ellas ésto fue una de las acciones estimuladas por la intervención) y un mínimo que no quiso entregar información.

Características de la estructura familiar

Como puede observarse la mayoría de las familias no tienen una estructura nuclear completa, siendo mayoritarias las familias con una estructura uniparental, extendidas y/o con parejas inestables; con un alto porcentaje de cesantía y trabajos esporádicos

sin contrato. Las familias básicamente en el ciclo evolutivo con hijos adolescentes, con más hijos que el promedio nacional.

Tabla N° 1: Perfil descriptivo de las familias tratadas.

Familia nuclear completa:	40%
Familia hijos adolescentes/adultos jóvenes:	75%
Tamaño de la familia: 5 o menos:	60%
Número de hijos: 4 o más:	60%
Educación de la madre:	
Básica incompleta	48%
Educación Media	15%
Ocupación jefe hogar:	
Trabajo independiente	35%
Cesantes	25%
Ingresos: salario mínimo	79%

Problemas familiares definidos por las familias y su terapeuta a ser abordados por la intervención.

Como se observa en la Tabla 2 la mayor frecuencia de problemas o factores de riesgo co-construidos por el sistema terapéutico fue problemas de comunicación en la familia, roles y límites en el subsistema parental, resolución de problemas familiares y de la pareja, abuso de sustancias y violencia intrafamiliar. También destaca el impacto familiar de situaciones de salud de alguno de los miembros de la familia. Podemos destacar que la intervención fue exitosa, de acuerdo a la evaluación realizada en conjunto, en los temas de resolución de problemas familiares, problemas de conducta de los niños, comunicación, roles y rutinas familiares y generación de espacios familiares positivos. También en los problemas de salud y su solución en las instancias y redes pertinentes. En cambio, en los problemas de pareja, abuso de sustancias y violencia intrafamiliar el efecto al término del tratamiento es insuficiente.

Tabla N° 2: Problemas familiares identificados y tratados en la IFEB

Problemas y/o Factores de riesgo (FR)	N ° de familias con	FR disminuido	F R n o modificado
---------------------------------------	---------------------	---------------	--------------------

	FR	Nº	%	Nº	%
Comunicación	26	18	69,2	8	30.7
Roles y Límites	32	22	68.7	10	31.3
Problemas de pareja	5	10	20	7	80
Resolución de problemas familiares	9	9	100	0	0
Problemas conductuales niños	3	10	100	10	0
Problemas escolares	10	1	60	4	40
Abuso sustancias	20	3	50	0	50
Violencia intrafamiliar	17	6	58.8	3	41.1
Enfermedad mental Eje I o II	9	6	66.6	4	33.3
Enfermedad no psiquiátrica	4	2	75,5	3	15.5
Cesantía	5	3	40	5	60
Redes	8	0	37.5	1	62.5
Embarazo precoz	1	3	0	1	100
OTROS	15	6	40	9	60
ideación suicida	1	1	100	0	0
higiene	6	3	50	3	50
abandono familiar	1	0	0	1	100
nido vacío	1	0	0	1	100
poca vida familiar	5	5	100	0	0
fuga de hija	1	1	100	0	0

Evaluación global del resultado de la intervención en el funcionamiento familiar.

Por otra parte, la evaluación global realizadas por los terapeutas poniéndoles una nota de 1 a 7 respecto al funcionamiento de las familias, como grupo, señaló un cambio significativo en la apreciación de la calidad de las relaciones familiares en los temas tratados, efecto idéntico al encontrado en la misma evaluación pero hecha por uno o varios miembros de cada familia, utilizando el mismo criterio. Lo que es interesante es que los terapeutas evaluaron en promedio a las familias con un peor funcionamiento familiar inicial que las propias familias, e igualmente, al termino de la intervención estos consideraron que los problemas abordados y la dinámica familiar no había mejorado tanto como lo que percibieron las propias familias. (Gráfico 1 y 2).

Grafico N° 1: Evaluación pre y post del funcionamiento familiar del terapeuta(N=51)

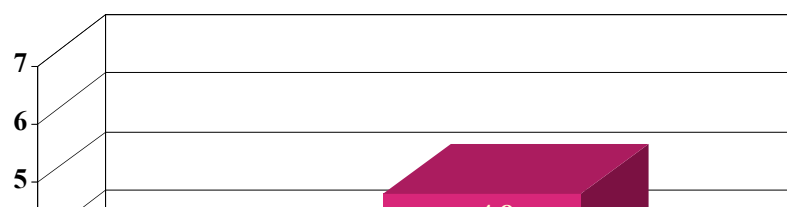
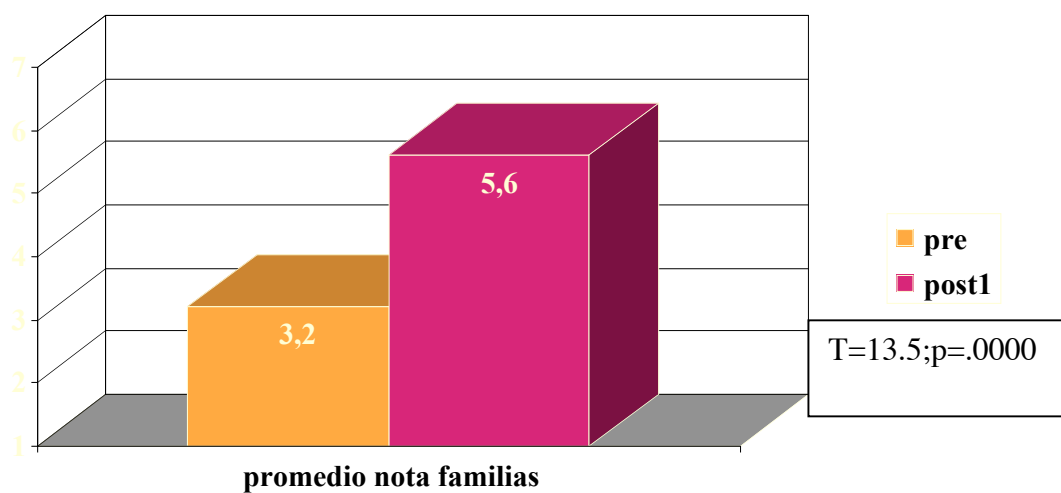


Grafico N° 2: Evaluación pre y post del funcionamiento familiar de las familias ($N=51$)



Evaluación de resultados en el funcionamiento familiar a través del Cuestionario Cómo es Su familia.

Este cuestionario demostró que un alto número de familias modificaron su funcionamiento familiar permitiéndoles mejorar la percepción de los propios recursos familiares con que cuenta, mejorar el estilo de resolución de problemas en las relaciones interpersonales al interior de su familia, tener mas y mejor comunicación entre ellos, clarificar sus roles y flexibilizarlos según las circunstancias de vida, aprender a establecer y manejar los límites entre los subsistemas de la familia nuclear y extensa, y valorar las rutinas y ritos familiares como una forma de aumentar los espacios de compartir en familia y recreación. Esto permitió, probablemente, una mejor satisfacción con su calidad de vida. Algunas familias tuvieron mejoras y deterioro en ciertos factores, especialmente en las relaciones de pareja. Lo mas relevante es que ninguna familia presentó exclusivamente deterioro en los indicadores. Tabla N° 3.

Tabla N° 3: Número de familias con cambio de categoría en los factores del test Como es SU familia, pre-post. (N=45)

Percepción de recursos de la familia	33
Estilo familiar de resolución de problemas	29
Comunicación, roles y rutinas	26
Satisfacción con la calidad de vida	22
Modificación de factores y deterioro de uno o dos factores	12
<i>Solo deterioro</i>	<i>0</i>

El análisis estadístico realizado para comprobar una mejoría significativa en los factores indicadores de un mejor funcionamiento familiar y un descenso en la categoría de riesgo familiar, indicó al termino del tratamiento, un cambio significativo en todos los factores, con la excepción de la evaluación de la presencia de factores de riesgo de salud general en todos los miembros de cada familia. Las familias como grupo lograron bajar significativamente a una categoría de menor riesgo en su funcionamiento familiar. Como se observa en la tabla N° 4, la evaluación realizada al seguimiento de dos años

después de haber iniciado el tratamiento, se mantienen los cambios en los factores asociados a un mayor empoderamiento de la familia. mejores vínculos con la familia extensa y redes sociales, y una mejoría en el estado de salud general de los miembros de la familia.

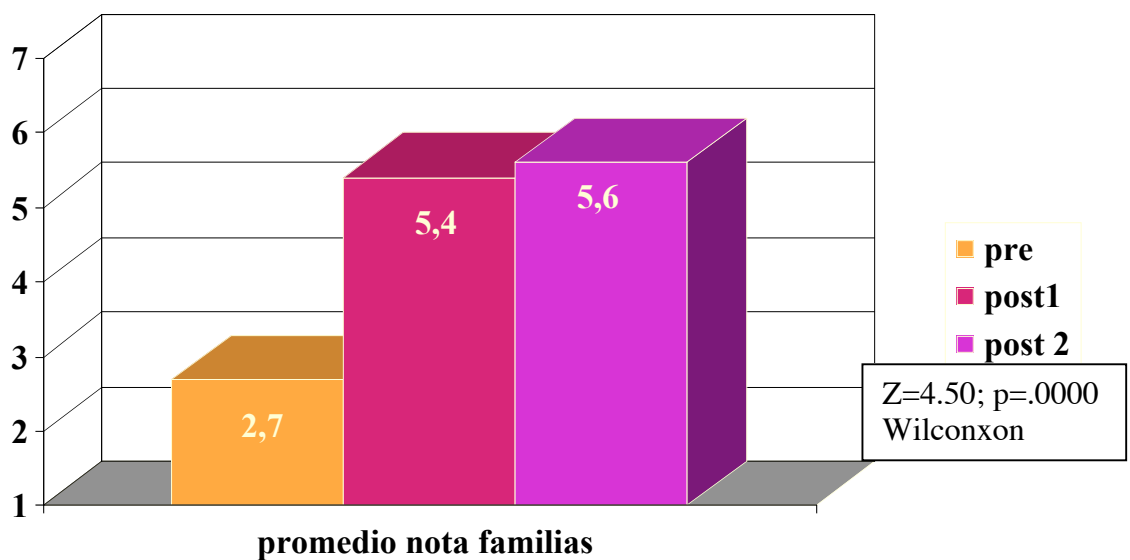
Tabla N° 4: Cambio de categoría en el nivel de riesgo familiar pre-post1 (N=45) y pre-post2 (N=38). Prueba de Wilcoxon

Factor Test Cómo es SU familia	Z pre vs post 1	P value	Z pre vs Post 2	Pvalue
Comunicación, roles y rutinas	-4,003	0,000	-0,619	0,2680
Comunicación de pareja y jerarquía	-3,057	0,002	-0,639	0,2625
Vínculos de familia extensa y amigos	-3,567	0,000	-2,182	0,0145
Estilo familiar de resolución de problemas	-4,336	0,000	-1,808	0,0356
Percepción de recursos de la familia	-4,609	0,000	-2,922	0,0015
Valores y creencias	-2,743	0,006	-0,026	0,4895
Satisfacción con la calidad de vida	-4,7	0,000	-1,196	0,1160
Eventos estresantes	-2,707	0,007	-1,181	0,1190
Riesgo de salud de la familia	-1,74	0,081	-1,911	0,0280

Evaluación global de las familias al seguimiento.

A los dos años de ser intervenidas estas familias mantienen su apreciación de un cambio positivo y de una mejoría significativa en sus relaciones familiares, en aquellos aspectos que se trabajó durante la intervención. Es más, incluso su percepción de mejoría y cambio parece con el tiempo tender a un aumento, si bien entre el post 1 y el seguimiento, ésta no alcanza significación estadística.

Grafico N° 3. Evaluación funcionamiento familiar de las familias (N=32)



DISCUSIÓN

La IFEB favoreció al 93% de las familias en cuanto a una mejoría significativa en algunas de las dimensiones evaluadas de funcionamiento familiar y estos cambios se mantuvieron en el tiempo en un porcentaje mayoritario de ellas. Las familias lograron ser empoderadas, mejoraron su capacidad de resolución de problemas y disminuyó el riesgo familiar. Los usuarios percibieron que su dinámica familiar y

los problemas por ellos planteados como prioritarios disminuyeron o bien, aprendieron a manejarlos mejor.

La evaluación de impacto muestra que la mitad de los factores evaluados mantiene su mejoría al año y medio de seguimiento. La evaluación de seguimiento global realizada por las familias respecto de las dimensiones tratadas se mantiene en el mismo nivel (con una leve mejoría) después del año y medio de terminado su tratamiento.

Estos alentadores resultados logrados en familias muy disfuncionales, en contextos de extrema pobreza y multiproblemáticas, resistentes a varias intervenciones con agentes comunitarios de las múltiples organizaciones que suelen ayudar y entregar medidas de protección y ayuda social, deja en evidencia que en este tipo de familias se requiere una intervención clínica y social, realizada por especialistas expertos y con una metodología apropiada. De esta forma se puede lograr un impacto que se sostiene en el tiempo y ser sustentable económicamente. Esta intervención tuvo un costo aproximado de U\$ 35.000

Claramente hay temáticas de alto nivel de complejidad que no pudieron ser manejadas eficazmente en las familias en una intervención tan breve. Los problemas de adicciones, y los conflictos graves de pareja como violencia, abuso sexual, problemas con la justicia, etc, en la mayoría no fue posibles manejarlas al nivel que se planificó (toma de conciencia de los problemas, disminución de conductas de riesgo y derivación a los programas específicos de la red de salud de la comuna). Estas disfuncionalidades requieren un abordaje mucho mas focalizado e intensivo, si bien estamos convencidos que la metodología de outreach es una buena opción para la pesquisa e involucramiento de las personas y familias que sufren estos problemas. En los casos de deterioro de la comunicación con la pareja tenemos dudas respecto de si esto es un elemento negativo o positivo en algunas familias en los que estaban presentes dichos problemas, ya que el cortar o suprimir una relación abusiva puede ser muy funcional.

La metodología de campo o de outreach familiar resultó altamente eficiente. Permitió una mínima deserción, la incorporación de varios miembros en cada grupo familiar, y una intervención integral biopsicosocial (salud, habitabilidad, higiene ambiental, nutrición,) al realizarla en el propio contexto social y habitacional.

El vínculo familia-terapeuta es un elemento decisivo para aplicar esta forma de acercamiento, claramente favorecido (en unos pocos casos dificultado) por el

vínculo previo de los apoyos familiares del Proyecto Puente. El vínculo de respeto por cada miembro de la familia, la estrategia de pedir autorización para entrar en sus casas, el definir en conjunto los problemas prioritarios de cada familia, junto con un relación no paternalista ni autoritaria, fueron elementos claves para el éxito de la IFEB. ,

Desde la perspectiva de los terapeutas, debe destacarse también la alta motivación para el trabajo en terreno con familias en situación de pobreza y su flexibilidad para intervenir en contextos absolutamente distintos a los habituales para los profesionales de la salud mental.

Los terapeutas debieron sortear una serie de dificultades anexas a las familias mismas.

Un tema en extremo relevante es la necesidad de supervisión sistemática de los terapeutas dada la gravedad de las disfuncionalidades y la fuerte carga emocional de las situaciones a enfrentar. Requieren capacitación, orientación y contención permanente para poder intervenir eficientemente y no ser absorbidas por el sistema familiar y social y caer en la desesperanza.

Por otra parte, se deben tomar resguardos para la seguridad e integridad física de los profesionales. Evidentemente se debe trabajar en horarios compatibles con las obligaciones familiares, por lo tanto, los fines de semanas y después de las 18 hrs en las tardes. Deben aprender formas de enfrentar eventuales situaciones críticas tales como violencia callejera, sujetos consumidores y traficantes de drogas, robos, etc. Fue necesario tener un chofer que las trasladara de una casa a otra, sobretudo en las horas mas peligrosas, establecer recorridos por zonas conocidas e idealmente con acompañamiento.

Las terapeutas debieron hacer uso a su creatividad y flexibilidad para adecuarse a las condiciones de habitabilidad de cada familia y realizar las sesiones familiares donde fuera posible. Muchas veces se producian interrupciones de familiares, vecinos y niños que entran y salen de los recintos donde habitan muchas familias sin marcadas fronteras.

Otro elemento importante es la necesidad de una buena coordinación entre los actores involucrados, en este caso un Municipio, el Programa Puente general y la Escuela de Psicología de la U. Universidad Católica de Chile, instancia ejecutora con un equipo de profesionales especializados. La dinámica de instituciones

públicas y privadas tienen un ritmo de trabajo diferente que obliga a importantes esfuerzos de coordinación, fundamentales para el éxito del proyecto.

Por otra parte, creemos que con estas familias se requiere un monitoreo de más largo tiempo por parte de los apoyos familiares. Efectivamente este monitoreo estaba planificado e incluso se realizó unos talleres breves de capacitación de los apoyos familiares para que continuaran conectadas con estas familias, desde el termino del tratamiento hasta el año y medio de seguimiento. No obstante, esta actividad no se llevó a cabo en forma regular ni sistemática, dado la presión asistencial para los apoyos familiares, lo que a nuestro modo de ver, pudo haber influido en que algunas familias no mantuvieron los cambios e incluso aparecieron otros problemas en el seguimiento que no pudieron ser adecuadamente abordados.

Referencias

- Duvall E (1977) Marriage and Family Development. Filadelfia .Lippincott
- Falicov C (1991) Transiciones de la Familia. Ed. Amorrortu. B. Aires.
- Florenzano R (1998). El adolescente y sus conductas de riesgo. Ed. Universidad Católica de Chile.
- Florenzano R. Risk: Factors and Youth: The rol of family and community. Journal of adolescent Health, 14, 1993.
- FOSIS Programa Puente, Chile Solidario, 2004 Serie Reflexiones Sobre el PUENTE: Las condiciones mínimas para la construcción del Puente.
- FOSIS Programa Puente, Chile Solidario, 2004: Serie de Reflexiones desde el Puente, Cuadernillo 4.
- Gottheil, E., Sterling, R.C., Weinstein, S.P. (1997). Outreach Engagement Efforts: Are they Worth it? American Journal of Drug and Alcohol Abuse 23: 61-6.
- Haley J (1986) Terapia para resolver problemas. Ed. Amorrortu. B. Aires
- Hidalgo C G & Carrasco E. (1999):Salud Familiar: Un modelo de Atención integral en la Atención Primaria. Ed. Universidad Católica de Chile.
- Hidalgo C G & Rodriguez J (1998) Perfil clínico de Evaluación del Funcionamiento familiar según el test Como funciona SU familia. Revist Psykhe 7, 75-81
- Hidalgo C G (1997) Familia y salud: estudio comparativo de las característcas de estructura y funcionamiento familiar, en familias pobres, clasificadas con y sin riesgo biopsicosocial. Tesis de Magíster. Facultad de Medicina, U. de Chile.

<http://www.paho.org/spanish/HPP/Hpf/ADOLF/pdf>.

Minuchin S & Fischman H (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. Ed. Paidós. B. Aires
Minuchin S y col *Family of Slams*. Basic Books. N. York

Miskiman DE. (1979). An evaluation of a community outreach program. *American Journal of Community Psychology* 7(1):71-7

Olson d, Russell C & Sprenkle D (1983) : Circumplex Model of Marital and Family Systems . *Family Process* (22), 69-83

Olson, D. (2002) Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, Vol 22 (2) Special Issue: Empirical approaches to family assessment. Pag 144-167

OPS, (1997):*Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud*. Manual de Aplicación de Instrumentos. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Programa de Salud Integral del Adolescente, W.K.Kellogg Foundation.

Patterson J & McCubbin H (1983). *Social Stress and the family* (Eds). The Haworth Press

Rodríguez J, Serrano T, Valdés M, y otros (1996) Análisis de la confiabilidad y validez de un instrumento que mide el rol protector familiar en las conductas de riesgo adolescentes. *Cuadernos Médicos Sociales XXXVII*, 2, 64-89

Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W.M., Schwartz, S.J, La Perriere, A. & Szapocznik, J. (2003). The efficacy of Brief Strategic Family Therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance abuse. *Journal of Family psychology*, 17, 121-133.

Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Mitrani, V., Jean-Gilles, M. & Szapocznik, J. (1997). Brief structural strategic family therapy with African American and Hispanic High Risk Youth: A report of outcome. *Journal of Community Psychology*, 25 (5), 453-471.

Santisteban, D.A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E.J., & LaPerriere, A. (1996). Efficacy of Interventions for engaging Youth/Families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 35-44.

Szapocznik, J., & Williams, R.A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (2), 117-135.

**Psychological Trauma: Education and Clinical
Training for the Treatment of Post Traumatic Stress Disorder**

Michelle Loris

Sacred Heart University, Connecticut, USA

Psychological trauma and an individual's pathological reactions to trauma have been legitimized in Western Diagnostic systems (American Psychiatric Association, 1980, 1994) as Post Traumatic Stress Disorder (van der Kolk, 1996). In contrast to other DSM IV-R disorders, PTSD is defined by having been set in motion by a particular external event which may be interpersonal, as in the case of rape; or the event may be social and cultural as in the case of war or acts of terrorism; or the event may be set in motion by a natural or manmade disaster. Depending upon the individual's experience of and the meaning the individual attaches to the traumatic event, psychological trauma may create profound psychological, social, and biological disruptions in the individual and in their life. PTSD is an illness, then, that is not entirely based upon the intrinsic nature of the individual, but it depends upon an external event that occurs in the socio-cultural context of the individual. PTSD is caused by a life-threatening event to which the individual responds with feelings of fear, helplessness, and horror.

The study and treatment of post traumatic stress, particularly in the context of interpersonal violence, war, or acts of terrorism, challenges us, as clinicians, to bear witness to horrible events, to be confronted with the capacity for evil in human nature, and to be faced with the profound pain of human vulnerability. Such work requires the clinician who works with individuals experiencing PTSD to understand and treat a

complex constellation of symptoms as well as a host of comorbid disorders that accompany PTSD. The clinician must understand the individual's life history and that history in the context of the traumatic event. Treatment must help the individual regain a sense of safety in their world, and in their bodies. Treatment must help the individual rebuild shattered assumptions about self, other, and the world and recover and heal traumatic memory. This paper addresses the education and clinical training needed in the treatment of PTSD.

First, clinicians need to understand the diagnosis of PTSD. The development of the PTSD diagnosis has created a framework for understanding how an individual's biology, conception of the world, and personality are inextricably intertwined and shaped by a traumatic experience. The diagnosis has helped us to understand more about an individual's inability to cope with a real experience.

Naming PTSD in the DSM has opened up the systematic investigation of how people can be overwhelmed by a traumatic experience (van der Kolk, 1996). The current DSMIV-R manual has six criterion for establishing a diagnosis of PTSD.

1. The stressor criterion states that the individual experience, witness, or be confronted with an event that involved actual or threatened death or serious injury or threat to the physical integrity of the individual or to another person and the individual's response to the stressor is intense fear, helplessness or horror.
2. The second criterion reflects re-experiencing symptoms such as intrusive images or thoughts, flashbacks, nightmares, or strong physical or emotional responses to reminders of the event.
3. The third criterion is about the avoidance symptoms. The person makes effortful avoidance and numbing or dissociates. Effortful avoidance includes avoiding thoughts, feelings, activities, people, places that are reminders of the trauma.

Numbing or dissociation are reflected by the inability to recall important aspects of the event; or the individual experiences diminished interest in significant activities; or feelings of detachment from others; or a restricted range of affect; or a foreshortened future.

4. Symptoms of physiological arousal are the fourth criterion. These symptoms include pervasive arousal reflected by hypervigilance, irritability, difficulty concentrating, sleep difficulty or an exaggerated startle response.
5. The symptoms must co-occur for a least a month; and
6. The symptoms cause significant distress or impairment in the social or occupational functioning of the individual (van der Kolk, 1996).

The diagnosis of PTSD, however, does not fully capture the complexity of an individual's response to trauma. Traumatic events are by their very nature sudden, unexpected, and threatening. These events are life threatening or threatening to one's self/integrity and are accompanied by intense fear, helplessness, or horror in the individual. A traumatic stressor may result in creating a psychological disorder and set of symptoms that drastically interfere with one's ability to function normally at every level of functioning – psychological, biological, social, spiritual.

PTSD: Biological Bases

Clinicians need to be familiar with the PTSD research which shows us that the biological responses occurring during traumatic stress are different from the biological responses reflected in the normal responses to stress. The normal stress response is an acute reaction that quickly returns to homeostasis. The biological responses to PTSD reflect chronic and even increasing reactivity over time (Resick, 2001). Several studies of the neuroendocrine system have been conducted with individuals with and without PTSD and have found neuroendocrine abnormalities in those individuals with PTSD

(Resick, 2001). Other studies have found central nervous system abnormalities - particularly in the hippocampus and amygdala - in individuals with PTSD (Resick, 2001). The effects of these neurobiological events in traumatic stress form the underpinning for PTSD symptoms of arousal, attention, hypervigilance, and memory.

PTSD: Risk Factors and Vulnerabilities

PTSD needs to be seen as the result of a complex of interrelationships among psychological, biological, and social processes that depend upon the maturational level and background of the individual as well as the nature and duration of the trauma to which the person has been exposed. Because clinicians need to be familiar with the risk factors for the development of PTSD, I would like to offer some highlights from the current research which suggest the most significant vulnerabilities and risk factors. The research indicates that war and interpersonal violence are the traumatic experiences most likely to lead to PTSD (Resick, 2001). Among the demographic variables that may affect the development of PTSD, gender seems to be the most consistent predictor of PTSD. Overall, women have a higher prevalence of PTSD than men (Breslan et al., 1991; Kessler et al., 1995; Weaver & Clum, 1995). This higher life time prevalence may be accounted for by the type of trauma, that is the interpersonal violence of rape, incest, or the physical and sexual abuse that women are more likely to experience. According to work by Resnick et al. (1993), in men the events most likely to be associated with PTSD were combat, childhood neglect, and childhood physical abuse. In women the traumas most likely to cause PTSD were rape and childhood physical or sexual abuse. In interpreting this information, it must be kept in mind that in rape, the violence exposure is uniformly high; the individual is forced to submit to penetrative sex. In combat situations, there may be greater variability in the level of threat, violence, injury, or exposure (Resick, 2001).

With regards to combat and level of exposure, a number of studies report that the duration of combat exposure was predictive of the prevalence and persistence of PTSD, with the intensity of combat or the fact of having been wounded predicting greater severity of PTSD (Resick, 2001).

Among other risk factors, several studies report that traumatic stress effects appear to be cumulative (Ruch, Chandler, Harter, 1980; Kilpatrick and Veronen, 1984; Resick, 1988) and that childhood sexual abuse history is a predictor of worse reactions to subsequent adult traumas. Further, work by van der Kolk (1993) shows that the younger the age at which the trauma occurred and the longer the duration of the trauma, the more likely the individual will develop problems with the regulation of anger, anxiety, and impulsive behaviors.

Other studies, reporting risk factors for PTSD, indicate that during the experience of a trauma, two reactions – mental defeat and peritraumatic dissociation – appear to be strong predictors of severity of PTSD reactions and to treatment outcome (Dunmore, Clark, & Ehlers, 1997; Marmar et al., 1994; Tichenor, Marmar, et al., 1996). Mental defeat is conceptualized as more than just giving up; it is the perception that the individual has lost all autonomy; that is, a state of giving up one's efforts to retain one's sense of identity as a human person (Resick, 2001).

Peritraumatic dissociation is the experience of unreality during a traumatic event. It can be experienced in a number of forms: such as losing track of time or blanking out; going on 'automatic pilot; experiencing a sense of unreality, disconnection, emotional numbing, or partial amnesia. Although relatively little is known about the mechanisms of peritraumatic dissociation, it is thought by some to be a natural biological response to inescapable horror, for which some people are more prone than others (Resick, 2001).

Further, the magnitude of the traumatic event is a strong predictor of the development of PTSD. Seven dimensions of the traumatic stressor are predictors of the development of PTSD. These dimensions are:

- a. threat to one's life or bodily integrity
- b. severe physical harm or torture
- c. intentional injury or harm
- d. exposure to the grotesque
- e. witnessing violence to a loved one
- f. learning of exposure to a noxious agent
- g. causing death or harm to another

PTSD: Symptoms and Comorbidity

Clinicians who treat individuals with PTSD will be looking at a complex constellation of symptoms and comorbid disorders. Individuals who develop PTSD start to organize their lives around the trauma. The persistence of intrusive and distressing memory of the trauma is not able to be modulated or integrated into everyday, normal memory. Instead, the traumatic memory takes on a life of its own and exists as an overwhelming, repetitive memory. This traumatic memory increases the individual's level of stress and forms the underpinning of severe PTSD symptoms which include: nightmares, flashbacks, sleep disruption, and hypervigilance. These problems with arousal, attention, and stimulus discrimination are often accompanied by a host of psychological disorders which together contribute to the maladaptive functioning of the individual.

The comorbidity of psychological disorders in traumatized populations are included in epidemiological studies of particular at-risk populations, and in studies with clinical populations (Resick, 2001). The major comorbid disorders include depression, a

number of different anxiety disorders, and substance abuse disorders. Research by Kessler et al. (1995) found that in those with PTSD, 88% of the men and 79% of the women developed comorbid disorders. Another study (NVVRS; Kulka et al., 1990) of Vietnam veterans, era veterans, and civilian controls found that 15% of the Vietnam vets had PTSD and of those, the rate of comorbidity was 99% for life time comorbidity and 50% for current comorbidity.

PTSD: Treatment

Much still remains to be learned about the effective treatment of traumatic stress. Completely effective treatment would need to resolve the whole spectrum of PTSD symptoms including: hyperarousal, problems with attention, distractibility, nightmares, intrusive memories, compulsive re-exposure, stimulus discrimination, avoidance and numbing, altered perceptions of the self, others and the world, dissociation, and somatization (van der Kolk, 1996). Effective treatment would also need to address the host of comorbid disorders, the psychological defenses, as well as the social and interpersonal maladaptive behaviors that are often the result of traumatic stress.

Foa et al., (2000) published a comprehensive set of Guidelines for Treatment of PTSD. Their work suggests that studies on treatment efficacy for PTSD vary with respect to their methodological rigor. Still, what the research shows us to date is that psychotherapy, specifically cognitive-behavioral therapy, and medication, specifically serotonin reuptake inhibitors, have been shown to be effective treatments for PTSD. There is also some evidence that psychodynamic psychotherapy, hypnotherapy, and eye movement desensitization and reprocessing are also effective, but the studies are either less numerous or less well controlled.

Choice of Treatment Setting

These Guidelines go on to state that most treatments for PTSD take place in an outpatient setting, such as psychiatric or psychological clinics and counseling centers. However, an inpatient setting may be required when the patient manifests a significant tendency for suicidality or severe comorbid disorders (e.g., psychotic episode, severe borderline personality). The treatment setting should be determined during the initial diagnostic evaluation. Careful monitoring of the patient's mental status throughout treatment may indicate the appropriateness of changes in the treatment setting.

Treatment Management

The Guidelines recommend that a comprehensive diagnostic evaluation should precede treatment to determine the presence of PTSD and whether PTSD symptoms constitute the predominant problem of the patient. Once the diagnosis is ascertained, irrespective of the treatment chosen, the clinician must form and maintain a therapeutic alliance. Special attention should be given to trust and safety issues. Many individuals with PTSD have difficulties trusting others, especially if the trauma had interpersonal aspects (e.g., assault, rape). Other patients have related problems in recognizing and respecting personal boundaries when they enter a therapeutic relationship. Therefore, during the first stage of therapy, attention should be directed to these sensitive issues, providing reassurance that the patient's welfare is the priority in the therapeutic relationship. Second, the therapist should demonstrate concern with the patient's physical safety when planning the treatment, such as appraising the safety of places selected for exposure exercises, or monitoring the safety of the woman who has just left an abusive relationship. Third, the clinician should provide education and reassurance with regard to the PTSD symptoms and related problems. Fourth, the patient's PTSD symptoms and general functioning should be monitored over time. Fifth, comorbid conditions should be identified and addressed. When necessary, it is important to work

with other health professionals and with the patient's family members and significant others. Many patients with PTSD require dependable and steady therapeutic relationships because their symptoms do not remit completely and can exacerbate with anniversary reactions and trauma reminders. For these reasons, it is important to assure the patient of the continued availability of his or her therapist. Finally, many patients with PTSD have ongoing crises in their lives and may need to rely intermittently upon a supportive therapist. Crises that arise during the course of therapy have clear implications for the sequencing of treatments for that patient. For some patients, starts and pauses in treatment may characterize the only way that they can engage the process of change. Acknowledging this and accounting for this in designing a treatment plan may avert problems during the intensive therapeutic phase.

Validity of Memories of Traumatic Events

These Guidelines stipulate that to receive the diagnosis of PTSD, one must first be exposed to a traumatic event. Treatment of PTSD typically involves the processing of this event, its meaning, and its consequences. Treatment of PTSD presupposes the existence of a verifiable and valid traumatic event and not an effort to recover unconscious memories of past traumatic events.

The clinician is encouraged to adopt treatments that have been proven effective. The choice of treatment approach should be decided by the clinical circumstances presented by the specific patient (e.g., the presence of comorbid disorders and the patient's preferences) as well as by the efficacy of the treatment modality. Much has been learned about the treatment of PTSD in the past 20 years, and much more still needs to be learned. Clinicians are encouraged to incorporate into their clinical practice the approaches that have proven efficacy. In this way, the public health of society will be enhanced.

PTSD: Treatment (International)

Further, The Task Force on International Trauma Training (Eisenman, et. al., 2006) proposes a set of guidelines for primary healthcare providers in conflict-affected and trauma-exposed countries. These guidelines include the following specific principles for effective training:

1. Values and Beliefs

- a. Effective training involves collaboration and interaction with local governments, communities, nongovernment agencies, and mental health specialty care providers.
- b. Trauma is a multifaceted problem that is best understood through the contributions and perspectives of multiple disciplines. Individual and collective experience of trauma is shaped by culture, economics, history, gender, religion, historical and social change, and politics.
- c. A multicontextual view of trauma includes the family, community, and society. The community context of values, cultural beliefs, and meanings needs to be incorporated into treatment.
- d. Training in trauma needs to encompass a human rights framework.

2. Contexts and Systems

- a. Effective training incorporates an understanding of how local culture influences survivors' experiences of trauma, suffering, recovery, resources, and the idioms used to express distress.
- b. Training is likely to be more effective if it incorporates an understanding of local health, social, and economic factors and their influence on the need for an characteristics of training.

- c. Understanding local primary health care provider's position in relation to previous or ongoing human rights violations and the aims and activities of local and international human rights organizations is important for developing training programs.

Most important, van der Kolk (1996) outlines the following principles essential to all effective treatment of PTSD. The clinician must understand that the foundation of all effective treatment is the basis of the therapeutic relationship and establishing this relationship with the patient is the first task of the clinician. Second, the clinician needs to understand that effective treatment needs to address the individual's need to regain a sense of safety in their body. Further, to conduct effective treatment clinicians must address the traumatic memory which the individual, over time, will need to integrate into a personally meaningful context. Reporting or exploring the trauma for its own sake, without connecting it to an experience of feeling safe, understood, physically strong, capable, or empathic to fellow survivors will be therapeutically ineffective. Third, the effective treatment incorporates a strategically planned stage-model program for treatment addressing symptom stabilization; affect regulation; traumatic memory and feelings of mistrust, fear, helplessness, shame, and guilt; and fear of intimacy and connection with others. These are the foundational principles for all effective treatment of PTSD.

As I stated at the beginning of my paper, the treatment of PTSD in the aftermath of a traumatic event, particularly war, terrorism, or interpersonal violence challenges the clinician to bear witness to the effects of horrible events, profound human suffering, and our awful human capacity for evil. Such a clinical challenge requires the clinician to be well educated and trained in understanding and treating post traumatic stress disorder.

Works Cited

- Breslan, N., David, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1997). Cognitive predictors of chronic PTSD after assault. Unpublished manuscript, University of Oxford, UK.
- Eisenman, D., Weine, S., Green, B., de Jong, J., Rayburn, N., Ventevogel, P., Keller, A., Agani, F. (2006). The ISTSS/Rand Guidelines on Mental Health Training of Primary Healthcare Providers for Trauma-Exposed Populations in Conflict-Affected Countries. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 19, No. 1, February, 2006 pp. 5-17.
- Foa, E., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for Treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 13, No. 4, 2000, pp. 539-555.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1984). *The psychological impact of crime*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., & Hough, R. I. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma*. Psychology Press. Clinical Psychology: A Modular Course. Philadelphia, PA.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a

representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.

Ruch, L., & Chandler, S. (1980). An evaluation of a center for sexual assault. *Women and Health*, 5, 45-63.

Tichenor, V., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Rosenfeldt, H. M. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theatre veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1054-1059.

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press.

Weaver, T. L. & Chard, K. M. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 115-140.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y GÉNERO: VULNERABILIDAD Y PROPUESTAS DE TRATAMIENTO

Inés Carrasco Galán¹
Isabel Espinar Fellmann²

¹Universidad Complutense Madrid

²Universidad Pontificia Comillas Madrid

1- INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta que se manifiesta en forma de hipervigilancia hacia posibles fuentes de amenaza. Entre los elementos que contribuyen a mantener el estado de ansiedad se encuentran un estado fisiológico que mantiene dicha vigilancia, y los pensamientos negativos o los juicios que las personas que la padecen hacen sobre la fuente de la amenaza. Por último, habría que mencionar las conductas de escape y/o evitación que el sujeto pone en funcionamiento para sortear los elementos amenazantes.

Los trastornos de ansiedad son, en conjunto, el trastorno psiquiátrico más frecuente. Según un trabajo llevado a cabo en Estados Unidos con una muestra representativa de la comunidad de 8.098 sujetos (National Comorbidity Survey (NCS); Kessler et al., 1994), y utilizando como criterios diagnósticos los establecidos por el DSM-III-R, se encontró que en el último año el 17.2% de los sujetos había padecido algún trastorno de ansiedad.

Atendiendo a los distintos trastornos de ansiedad los datos reflejaron que un 8.8% de los sujetos había tenido fobias específicas, trastornos de ansiedad muy frecuentes y generalmente no muy invasivos; un 7.9% informó de fobia social, un trastorno de ansiedad mucho más incapacitante; el 5.1 % de la muestra padeció ansiedad generalizada; el 2.3% de las personas había sufrido ataques de pánico; y un 2.8% había desarrollado agorafobia sin pánico. Además, el 56% de los sujetos presentaba más de un trastorno de ansiedad (Ver Tabla 1.1).

Tabla 1.1- Prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general (Kessler et al., 1994)

Trastorno	Prevalencia (%)
Fobias específicas	8.8
Fobia social	7.9
Ansiedad generalizada	5.1
Ataques de pánico	2.3
Agorafobia	2.8

En el estudio de Goldberg y Lecrubier (1995) coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se recogieron datos en centros de atención primaria de 14 países. Se entrevistaron a 25.916 pacientes que acudían a su médico y se les diagnosticaron siguiendo los criterios de la CIE-10.

Tabla 1.2- Prevalencia de los trastornos de ansiedad en centros de atención primaria.
(Goldberg y Lecrubier, 1995)

Trastorno	Prevalencia (%)
Ansiedad generalizada	8.9
Ataques de pánico	1.1
Agorafobia con ataques pánico	1
Agorafobia sin ataques de pánico	0.5

Tal y como se muestra en la tabla 1.2., el trastorno de ansiedad más común entre los pacientes de los centros de salud fue el de ansiedad generalizada (8.9%)⁸³. Además, también acudían, pero en un porcentaje claramente inferior, los afectados por ataques de pánico (1.1%) y por agorafobia (1%), siendo los pacientes que sufrían ataques de pánico con o sin agorafobia, los que mayoritariamente buscaban tratamiento (2.1% en total).

1.1- FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESPAÑA.

También en España los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes ya que, según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2005), afectan al 20% de la población generando síntomas físicos y psicológicos que requieren abordaje terapéutico.

En la tabla 1.3., se muestra el trabajo llevado a cabo por Chocrón, Vilalta, Legazpi, Auquer y Franch (1995) en el que se estudió la prevalencia de trastornos psicopatológicos en los pacientes que acudían a un centro de atención primaria de Girona (España), y se encontró que el 13.8% de los pacientes sufrían de algún trastorno de ansiedad, diagnosticados siguiendo los criterios del DSM-III-R.

Tabla 1.3- Prevalencia de los trastornos de ansiedad en un centro de atención primaria de Girona. (Chocrón y cols, 1995)

Trastorno	Prevalencia (%)
Ansiedad generalizada	7.3
Trastorno obsesivo-compulsivo	3
Agorafobia con pánico	2
Fobias	1.1
Ataques de pánico	1
Agorafobia sin pánico	0.5

Al analizar cómo se distribuye este porcentaje entre los distintos trastornos de ansiedad, nos encontramos con que los datos no difieren mucho de los que aparecen en el estudio de la OMS, anteriormente citado. El trastorno más prevalente es la ansiedad generalizada (7.3%), seguido del trastorno obsesivo-compulsivo (3%). El porcentaje de pacientes agorafóbicos con ataques de pánico es claramente superior (2%), y la frecuencia de los que padecían ataques de pánico y agorafobia sin ataques de pánico es prácticamente la misma (1% y 0.5%, respectivamente) que en el trabajo de la OMS.

⁸³ Este dato, recurrente en la bibliografía, es congruente con el hecho de que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada no acuden a consultas médicas específicas o psicológicas para intentar resolver su problema. Suelen acudir a centros de medicina general donde se les prescriben ansiolíticos.

Una vez más uno de los trastornos más frecuentes entre los pacientes que buscan tratamiento es el ataque de pánico, con o sin agorafobia (3% en total).

2- DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La literatura señala de forma contundente cómo las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad y depresión que los varones. Esta diferencia se incrementa especialmente en el paso de la infancia al inicio de la edad adulta. Además, los estudios longitudinales señalan que la ansiedad infantil predice la ansiedad en la adolescencia sólo en el caso de las mujeres (Craske, 2003).

Según los datos aportados por Kessler et al., (1994), el 31% de la mujeres y el 19% de los hombres informaron que habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Entre los factores de riesgo asociados se encontraron que, junto con los ingresos más bajos y la menor educación, ser del sexo femenino era un importante factor de riesgo para padecer trastornos de ansiedad. A lo largo de la vida, las mujeres tenían una probabilidad un 85% mayor de desarrollar un trastorno de ansiedad que los hombres. Este mayor riesgo asociado a ser mujer es consistente en varios tipos de patologías de ansiedad (Ver Tabla 2.1).

Tabla 2.1 - Prevalencia de los trastornos de ansiedad en mujeres y hombres⁸⁴

Trastorno	Prevalencia	
	Mujeres %	Hombres %
Fobia específica	7	4.3
Fobia social	15.5	11.1
Fobia social	9.1 (*)	6.6 (*)
Trastorno de ansiedad generalizada	6.6	3.6
Ataques de pánico	3,2 (**)	1.1 (**)
Trastorno de angustia	2 (**)	0.8 (**)
Trastorno de angustia	5.0	2.0
Agorafobia sin ataques de pánico	7	3.5
Agorafobia con ataques de pánico	1.0 (**)	0.4 (**)
Trastorno de estrés Postraumático	10.4	5
Trastorno obsesivo-compulsivo	0.9 - 3.4	1

En general, podríamos decir que el cociente mujer/hombre en las *fobias específicas* es de aproximadamente 2:1, incluso entre los ancianos. Esta frecuencia varía según sea el tipo de fobia que se padezca. Aproximadamente, entre el 75-90% de las personas que tienen fobia a los animales, ambiental o situacional son mujeres (excepto en el miedo a las alturas, donde las mujeres representan entre el 55 y el 70%). Del mismo modo, entre el 55 y el 70% de los individuos con fobia a la sangre-inyecciones-daño son mujeres (DSM IV-R, 2002).

También la *fobia social*, evaluada en sujetos de la comunidad, es más frecuente en las mujeres. Según la NCS, el 9.1% de las mujeres evaluadas la había tenido el último año, frente al 6.6% de los varones. Cuando se analizaba el trastorno a lo largo de la vida, el 15.5% de las mujeres la habían padecido frente al 11.1% de los hombres.

⁸⁴ La prevalencia señalada es la del trastorno a lo largo de la vida, menos en (*) que es en el último año y (**) que marca la frecuencia en el último mes.

Tasas ligeramente más bajas en las mujeres (13.7%) se encontraron en el estudio epidemiológico realizado en Ontario (Canadá) pero se observó una ratio mujer/hombre de 2:1 (DeWit, Ogborne y Offord, 1999; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). Sin embargo, cuando se recogen los datos en poblaciones clínicas, la prevalencia es casi igual en ambos sexos o aparece el trastorno con una frecuencia ligeramente superior en los hombres (DSM IV-R, 2002)⁸⁵.

El *trastorno de ansiedad generalizada* es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres cuando se estudian muestras de centros asistenciales. Sin embargo, en estudios epidemiológicos realizados en población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres (DSM IV-R, 2002). De acuerdo con la NCS el 6.6% de las mujeres y el 3.6% de los hombres cumplieron, en algún momento de su vida, los criterios del trastorno de ansiedad generalizada del DSM-III-R (Wittchen, Zhao, Kessler, 1994; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). Según estos datos, las mujeres tenían un 63% más de probabilidad de desarrollar el trastorno que los hombres.

La prevalencia del trastorno aumenta en los dos sexos, en función de la edad, pero más en las mujeres que en los hombres. Entre los 15-24 años, las mujeres incrementan un 2.5% llegando al 10.3% en las mayores de 45 años. Los hombres pasan de un 1.5% en los jóvenes de entre 15 y 24 años hasta un 3.6% en los mayores de 45 años (Halbreich, 2003; cit. por Burt y Hendrick, 2007). A medida que envejecen, el índice sigue ampliándose en las mujeres mientras que disminuye en los hombres ancianos.

Los datos estadísticos muestran que hay diferencias, según el sexo del sujeto, en las tasas de prevalencia de los ataques de pánico y del trastorno de angustia. Los datos de la NCS señalaron que los *ataques de pánico* tenían una frecuencia en la mujer del 3.2% y en el hombre del 1.1% y la prevalencia para el síndrome completo del *trastorno de angustia* fue de un 2% en la mujer mientras que, durante el último mes, sólo un 0.8% de los varones cumplían todos los criterios diagnósticos (Eaton, Kessler y Wittchen, 1994; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). Las tasas a lo largo de la vida, para la mujer y el hombre fueron del 5% y del 2% (Kessler et al., 1994a).

Con respecto al *trastorno agorafóbico*, los datos de la NCS muestran que cuando la agorafobia está acompañada de ataques de pánico, las tasas de prevalencia al mes son del 1% para las mujeres y del 0.4% para los hombres (Eaton et al., 1994; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). La agorafobia sin ataques de pánico es algo más frecuente y la tasa de prevalencia a lo largo de la vida es para las mujeres del 7% y para los hombres del 3.5% (Kessler et al., 1994a).

Los índices de prevalencia del *trastorno de estrés postraumático* (TEPT), a lo largo de la vida, son el doble de elevados en las mujeres que en los hombres, con una estimación del 10.4% para las mujeres y del 5% para los hombres (Kessler, Sonnega y Bromet, 1995). Las mujeres tienen 2 veces más de probabilidad de desarrollar el trastorno que los hombres.

Analizando los posibles factores de riesgo asociados al género en el trastorno de estrés postraumático, se encontró que el estatus marital confiere diferente riesgo a mujeres y hombres. El haber estado casada es un factor de riesgo para la mujer, mientras que para los varones lo es el estar o el haber estado casado. Además, el padecer o haber padecido trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos mucho más

⁸⁵ Esto, quizás, podría explicarse, apelando a los distintos roles asociados al género y al tipo de trabajo desarrollado, dentro y fuera de casa, por mujeres y hombres. Quizás la mujer puede convivir mejor con sus deficiencias sociales mientras que el hombre se ve impelido a buscar ayuda para aliviar sus síntomas e intentar llevar una vida normal.

frecuentes en las mujeres, o el haber padecido un acontecimiento traumático antes de los 15 años, incrementaba el riesgo en la mujer pero no en el hombre (Kessler et al., 1995).

Aunque la tasa global de exposición al trauma es mayor en hombres que en mujeres, son más frecuentes en las mujeres los traumas de “alto impacto”, es decir, aquellos que con más probabilidad llevan al TEPT incluyendo asaltos sexuales y físicos (Kessler et al., 1995).⁸⁶

Cada vez se reconoce con más frecuencia que el *trastorno obsesivo-compulsivo* es un trastorno incapacitante, bastante común y en 1990 se estimó que, en los países desarrollados, ocupaba el quinto lugar en los trastornos que sufrían las mujeres entre los 15 y los 44 años (Murray y López, 1996). La mayoría de las encuestas epidemiológicas sugieren que el trastorno afecta más a las mujeres que a los hombres. Bebbington (1998) revisando los trabajos llevados a cabo en población general encontró que la ratio mujer:hombre variaba de 0,9:1, en Puerto Rico, a 3,4:1, en Nueva Zelanda, y concluyó que las mujeres tenían un riesgo mayor que los hombres del 1.5 %.

En muestras clínicas las diferencias son menos marcadas, quizás como reflejo de que el curso del trastorno es más severo en los hombres o a las diferencias debidas a la conducta de búsqueda de ayuda. Lo que aparece con consistencia en la literatura es que los hombres suelen tener un comienzo más temprano que las mujeres, y que éstas tienen más probabilidad de estar casadas y de tener menos impedimentos en el funcionamiento psicosocial (Noshirvani, Kasvikis y Marks, 1991; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006; Castle, Deale y Marks, 1995).

3- DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA EXPRESIÓN DE SÍNTOMAS, COMORBILIDAD Y CURSO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Se constata de forma sistemática que las mujeres con trastornos de ansiedad tienen mayor probabilidad que los hombres de sufrir depresión comórbida (Pajer, 1995; Pigott, 2003). Algunos autores sugieren que la expresión de la ansiedad en la mujer deprimida puede diferir de la ansiedad en el hombre deprimido (Katz et al., 1993). Por ejemplo, mujeres deprimidas muy ansiosas pueden expresar sus síntomas ansioso-depresivos a través del retraso motor y la inseguridad, mientras que los hombres pueden mostrar hostilidad y una visible agitación corporal.

La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el abuso y dependencia del alcohol es también muy frecuente (Massion, Warshaw y Keller, 1993; Yonkers, Warshaw y Massion, 1996; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). Los síntomas ansiosos pueden incrementar la susceptibilidad al consumo de alcohol. Globalmente los hombres tienen más probabilidades de abusar de las drogas y del alcohol, pero la ansiedad en mujeres deprimidas parece que incrementa su riesgo al abuso de alcohol (Fischer y Goethe, 1998). Esta asociación entre alcoholismo y trastornos de ansiedad en las mujeres es mayor en las fobias que en el trastorno de pánico o en la ansiedad generalizada (Merikangas, Stevens y Fenton, 1998; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006).

Se han encontrado diferencias con respecto a los síntomas experimentados por mujeres y hombres con *ataques de pánico*. Los datos de la NCS muestran que las mujeres, comparadas con los hombres, tienen mayor probabilidad de tener dificultades

⁸⁶ Esto se ha sugerido como una explicación del alto riesgo de las mujeres para el TEPT, pero hay sólo un apoyo parcial a esta hipótesis. El control del tipo de trauma, no eliminó el mayor riesgo de la mujer a sufrir TEPT.

respiratorias y de sufrir náuseas y percepción de ahogo⁸⁷ (Sheik, Leskin y Klein., 2002). Las mujeres con *trastorno de angustia* tienen la misma probabilidad que los hombres de mejorar y recuperarse, pero la tasa de recaída es tres veces mayor en las mujeres que en los hombres⁸⁸ (Yonkers, Bruce, Dyck y Keller, 2003).

Con respecto a la *agorafobia*, las mujeres tienden a adaptarse al trastorno, significativamente más que los hombres, limitando sus salidas fuera de casa, especialmente si no van acompañadas (Bourdon et al., 1988; Starcevic, Djordjevic, Latas y Bogojevic, 1998). Hay que destacar que esto es más aceptable culturalmente para la mujer ya que puede trabajar dentro de casa, mientras que el hombre tiende a trabajar fuera. A pesar de esto las mujeres informaron que, como resultado de su agorafobia, tienen una calidad de vida significativamente peor que los hombres (Starcevic et al., 1998). Las mujeres tenían más conductas de evitación, y miedos más catastróficos. Esto es consistente con los datos que muestran que el trastorno de pánico con agorafobia es más grave en las mujeres que en los hombres (Turgeon, Marchand y Dupuis, 1998).

La comorbilidad más frecuente de la agorafobia en la mujer es con otros trastornos de ansiedad, y los más comunes son el trastorno de angustia, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático. En estudios realizados en población general las mujeres con alcoholismo tenían mayor probabilidad, que los hombres con alcoholismo, de padecer un trastorno de angustia con agorafobia. Sin embargo, no está claro que en las mujeres la agorafobia sea un precipitante del alcoholismo. Como contrapartida, los estudios realizados en población clínica, muestran que los hombres con agorafobia tienen más probabilidad que las mujeres de sufrir alcoholismo⁸⁹ (Bibb y Chambless, 1986; Starcevic et al., 1998; Yonkers, Zlontnick y Allsworth, 1998; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). Al evaluar estas diferencias en relación al sexo, es importante considerar las implicaciones sociales específicas de género en la autorrevelación de agorafobia. Los hombres pueden estar menos inclinados que las mujeres a reconocer sus síntomas agorafóbicos porque les desacreditaría en aspectos relacionados con su fuerza y valor (Barlow, 1988). Esto puede llevarnos a pensar que presumiblemente habrá un grupo de varones agorafóbicos “ocultos” entre el alcoholismo de los hombres y podría contribuir a explicar la disparidad de la tasa de agorafobia en hombres y mujeres⁹⁰.

Atendiendo el *trastorno de ansiedad generalizada*, el curso parece ser similar para hombres y mujeres, con un resultado generalmente de cronicidad (Yonkers et al., 2003), y es muy frecuente que en la mujer esté asociado con depresión aunque, como hemos visto, esto puede no estar limitado sólo a este trastorno. Al intentar explicar esta

⁸⁷ Debido a esta facilidad de las mujeres para desarrollar síntomas relacionados con dificultades respiratorias, las mujeres con ataques de pánico pueden tener una sensibilidad mayor que los varones a la hora de realizar las respiraciones para inducir el pánico y enfrentarse a él lo que puede incrementar su sensibilidad a la ansiedad (Papp y Gorman, 1988; Papp, et al., 1997; Sheik et al., 2002).

⁸⁸ Estas recaídas en la mujer pueden deberse a su alta sensibilidad a la ansiedad, aun después de que el tratamiento haya tenido éxito. En algunos casos, esta vulnerabilidad puede estar mediada por la aparición de enfermedades como la depresión (Hayward, et al., 2000), pero también por las diferencias biológicas en los mecanismos de la respiración, ya comentadas (Sheikh et al., 2002).

⁸⁹ Este resultado podría considerarse como un reflejo del índice general que establece que los hombres tienen una tasa global más alta en el uso peligroso del alcohol que las mujeres (Kessler et al., 1994). Sin embargo, al comparar a hombres agorafóbicos y no agorafóbicos, la tasa más alta de abuso de alcohol se encontró en los hombres agorafóbicos (Bibb y Chambless, 1986).

⁹⁰ Hay soporte empírico para mantener esta afirmación. En un estudio específico de género sobre el uso de alcohol en individuos agorafóbicos, los hombres consumían significativamente más alcohol que las mujeres y describían el beber como una estrategia específica para luchar contra la ansiedad. Los hombres, y no las mujeres, informaban directamente que bebían como un modo de disminuir la inhibición agorafóbica (Cox, Swinson, Shulman, Duch y Reichman, 1993).

comorbilidad, se ha encontrado que el trastorno de ansiedad incrementa el riesgo de sufrir un trastorno del estado de ánimo y viceversa (Hayward, Pillemer y Kraemer, 2000; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006) y que la cronicidad del trastorno puede predisponer al desarrollo de depresión mayor. Esta comorbilidad con depresión disminuye la tasa de recuperación en mujeres y hombres, y muy especialmente cuando los trastornos asociados son trastornos de personalidad (Yonkers et al., 2003).

Se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres en la expresión de los síntomas del *trastorno de estrés postraumático*. En un estudio prospectivo de víctimas de accidentes de vehículos de motor se encontró que las mujeres tenían más probabilidad de experimentar conductas de evitación, síntomas de entumecimiento y síntomas de activación (Fullerton, Ursano y Epstein, 2001; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006). También las mujeres, después de la primera manifestación del trastorno de estrés postraumático, tienen más probabilidad de cronicidad y aunque mejoren, se quedan con más secuelas (Castle, Kulkarni y Abel, 2006).

Normalmente, la *fobia social* aparece en la adolescencia, alrededor de los 16 años, con un predominio en las niñas (Compton, Nelson y March, 2000). El curso clínico parece que es similar entre hombres y mujeres y con frecuencia es crónico. Sin embargo, los individuos que la inician en una edad temprana tienen menos probabilidad de recuperación que aquellos que la adquieren en una edad más tardía (DeWit, et al., 1999; cit. por Howell et al., 2006; Yonkers et al., 2001).

Las diferencias en la expresión de la fobia social se han investigado en población clínica. En el trabajo de Turk, Heimberg, Orsillo (1998) evaluando a 108 varones y 104 mujeres con fobia social se encontró que las mujeres tenían una dificultad significativamente mayor al hablar con figuras de autoridad, actuar o hablar ante una audiencia, ser observadas en el trabajo, entrar en una habitación donde hay personas sentadas, ser el centro de atención, expresar desacuerdo y tener que dar una fiesta. Sin embargo, los hombres tenían significativamente más dificultad al orinar en público y al devolver una mercancía en una tienda. También se encontraron diferencias en las respuestas psicofisiológicas; las mujeres con fobia social, al hablar en público, tenían un incremento significativamente mayor que los hombres con el mismo trastorno en tasa cardíaca y en las medidas de presión sanguínea sistólica y diastólica⁹¹ (Grossman, Wilhelm y Kawachi, 2001; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006).

Con frecuencia la fobia social aparece asociada a otros trastornos de ansiedad, sobre todo al trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y agorafobia, además de al trastorno depresivo mayor. En la mayoría de las ocasiones la fobia social es el trastorno que aparece en primer lugar (Yonkers et al., 2001).

Al analizar el *trastorno obsesivo-compulsivo*, en la mayor parte de los casos se observa un curso longitudinal más benigno del trastorno para la mujer, con un comienzo abrupto y con varios episodios a lo largo de la vida. No está claro si el curso más benigno del trastorno en la mujer es debido a una edad media de comienzo más tardía o que los hombres son más vulnerables a un subtipo particularmente pernicioso del trastorno⁹². Otras hipótesis hacen referencia a la posibilidad de que existan factores genéticos que puedan explicar las diferencias entre los sexos.

⁹¹ El que las mujeres con fobia social tenían más dificultad que los hombres para hablar en público, también se encontró en el estudio de Pollard y Henderson (1988).

⁹² Esta hipótesis hace referencia a que existe un subtipo del trastorno obsesivo-compulsivo, de desarrollo neurológico, que es predominante en el hombre y que está caracterizado por un comienzo temprano, signos leves neurológicos, tics motores y pobre respuesta al tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos (Blanes y McGuire, 1997).

En términos de perfil de síntomas, las mujeres con trastorno obsesivo-compulsivo tienen más probabilidad que los hombres de manifestar miedos de contaminación y rituales de limpieza, mientras que los hombres son más propensos a las obsesiones agresivas y sexuales y a tener preocupaciones con la simetría (Bogetto, Venturello, Albert, Maina y Ravizza, 1999; Lensi, Cassano y Correddu, 1996; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006).

Con respecto a los trastornos asociados, es más probable que las mujeres sufran depresión o trastornos de la alimentación, y que los hombres sean más vulnerables a una hipomanía posterior (Lensi et al., 1996). Los hombres con trastorno obsesivo-compulsivo, y sobre todo los que tengan un comienzo temprano del trastorno, tienen más probabilidad de sufrir tics motores y signos neurológicos leves (Blanes y McGuire, 1997; cit. por Howell, Castle y Kimberly, 2006).

4- POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS DE LA MAYOR PREVALENCIA EN LA MUJER DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Se han analizado distintos aspectos de cara a explicar las notables diferencias que aparecen en la prevalencia de los trastornos de ansiedad cuando se comparan mujeres y hombres. Entre los factores estudiados se encuentran la afectividad negativa, distintas variables psicosociales implicadas en el aprendizaje del miedo y en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, como el reconocimiento de expresiones faciales y los estresores sociales experimentados a lo largo de la vida, así como los diferentes patrones sociales de reforzamiento que reciben varones y mujeres desde su nacimiento.

Existe evidencia que muestra que la *afectividad negativa*⁹³ constituye un factor de vulnerabilidad para sufrir trastornos emocionales y que las mujeres presentan mayores índices en este factor que los varones. Además, la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad se incrementa cuando la afectividad negativa se combina con un estilo de respuesta del sujeto caracterizado por otorgar un alto valor de amenaza al estímulo y emitir respuestas de escape y/o evitación (Craske, 2003).

En la línea del modelo de Eysenck (1967), que postulaba relaciones entre rasgos de personalidad y estructuras biológicas, estudios recientes defienden que la tendencia a sentir niveles diferenciales de afectividad positiva/negativa depende de diferencias individuales en estructuras neurológicas⁹⁴. Los trabajos sobre genética conductual indican que existe un factor hereditario en los niveles de afectividad positiva (Buss y Plomin, 1984; Ormel y Wohlfarth, 1991) y los trabajos de Davidson (1993) muestran que las diferencias individuales en asimetría frontal reflejan y predicen rasgos importantes del estilo afectivo. Larsen y Ketelaar (1991) señalan que en circunstancias adecuadas, las personas extravertidas están preparadas para responder con un afecto positivo más fuerte, y los neuróticos con un afecto negativo más pronunciado. Sin embargo, parece ser que el factor hereditario es mayor cuando se explica el afecto desagradable o negativo que el agradable o positivo.

Los factores genéticos se consideran elementos clave a la hora de explicar la afectividad negativa y el riesgo diferencial entre los sexos a manifestar un trastorno de ansiedad. Sin embargo, como existe una clara coincidencia entre la edad en la que se incrementa la afectividad negativa en las mujeres y el momento en el que se produce la

⁹³ La afectividad negativa es un término que ha sustituido al tradicional concepto de neuroticismo, y supone una tendencia o disposición de los individuos a experimentar estados emocionales negativos.

⁹⁴ Estos postulados son defendidos por los modelos conocidos como “de arriba abajo” (Avia, 1995).

socialización, que es diferente en función del género, otros autores han centrado su interés en estudiar las *influencias sociales* (Craske, 2003).

La mayor propensión de las niñas a la afectividad negativa empieza a aparecer alrededor de los 2 años. Hasta la etapa preescolar, los niños manifiestan más emociones de enfado mientras que las niñas se muestran más temerosas y manifiestan más miedos. Además, a lo largo de la infancia las niñas empiezan a manifestar más síntomas de ansiedad e inhibición conductual. Durante primaria y secundaria las niñas manifiestan más emociones de sorpresa, tristeza, vergüenza, timidez y culpa mientras que los varones muestran más reacciones de desprecio y son más propensos a negar la experiencia de otras emociones.

A medida que pasan los años las niñas son más propensas a experimentar afectividad negativa. Eysenck y Eysenck (1976) encontraron que las niñas manifestaban un marcado incremento en sus niveles de neuroticismo en el intervalo de edad de los 7 a los 15 años. Estos resultados se han replicado, con sujetos de 12 a 18 años, en investigaciones recientes, mediante estudios transversales y longitudinales donde les evaluaban cada 4 años (McCrae et al., 2002; Del Barrio, Moreno-Rosset, López y Olmedo, 1997). Las niñas en la adolescencia manifiestan mayores niveles de intensidad emocional y de neuroticismo que los niños adolescentes, manteniéndose estas diferencias durante la etapa adulta. Además, estos resultados se encuentran en muestras de diferentes países, tal y como muestra una revisión realizada en 37 países donde las mujeres manifestaron mayores niveles de neuroticismo (Lynn y Martin, 1997).

También se han estudiado *variables de tipo psicosocial*, como el reconocimiento de las expresiones faciales y los estresores vitales experimentados, como posibles factores de riesgo que podrían explicar las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos de ansiedad (Craske, 2003).

Se ha estudiado *el reconocimiento de las expresiones faciales* dado que son estímulos importantes en la comunicación, para la transmisión del peligro y, por tanto, en la adquisición vicaria del miedo⁹⁵. Distintos trabajos han puesto de manifiesto una mayor sensibilidad de la mujer a las expresiones faciales lo que se ha señalado como un factor de riesgo para la detección de la amenaza, el condicionamiento del miedo y el mantenimiento de elevados niveles de reactividad ante los acontecimientos negativos. Por ejemplo, en el estudio de Gerull y Rapee (2002) realizado con bebés de entre 15 y 20 meses, se codificaron sus respuestas a la expresión facial materna (positiva o negativa) ante la imagen de una araña y/o una serpiente. En los ensayos positivos (i.e. expresiones faciales maternas positivas) no hubo diferencias entre ambos sexos, pero en los ensayos negativos las niñas mostraron un mayor miedo y evitación, lo que llevó a los investigadores a sugerir que éstas se ven más afectadas por la expresión materna de miedo o repugnancia/asco. Otros trabajos encontraron que las mujeres son más precisas en la clasificación de expresiones faciales. Del mismo modo los meta-análisis indican las mujeres muestran un procesamiento superior de expresiones faciales y parece que son más expresivas en situaciones inductoras de estados emocionales (Craske, 2003).

Los *estresores* experimentados a lo largo del ciclo vital contribuyen a una mayor reactividad ante futuros estresores (i.e. sensibilización al estrés) y, por tanto, incrementan la afectividad negativa. Se ha señalado que las diferencias en ansiedad, entre ambos sexos, se deben a una mayor incidencia en la mujer de traumas o estresores agudos y/o crónicos, debido a su estatus social, económico y político más bajo. Sin

⁹⁵ Los individuos con mayor sensibilidad a las expresiones faciales, pueden tener una mayor predisposición a responder con miedo ante determinados estímulos observando a los demás cuando experimentan dicha emoción, y pueden por tanto ser más precisos en la detección de los peligros en el entorno.

embargo, como ya hemos comentado al analizar el estrés postraumático, los varones se ven expuestos a un mayor número de adversidades o traumas que las mujeres y la diferencia está en los casos de abuso y agresiones sexuales, donde la amenaza o riesgo es mayor para la mujer. Y, en esta línea, algunos autores señalan que, aunque una mujer no sea víctima de violación o asalto, el riesgo potencial para este suceso puede afectar a su percepción de amenaza. De hecho, Koss y Mukai (1993) encontraron que el miedo a la violación es bastante frecuente entre las mujeres. Además, aunque las mujeres experimentan menos sucesos traumáticos que los varones, parece que el impacto en ellas es mayor al menos en lo que se refiere a sintomatología internalizante. Como hemos visto, el riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático es dos veces mayor para las mujeres⁹⁶. La mayor reactividad de la mujer se da ante una gran diversidad de sucesos adversos aunque el impacto es mayor cuando se relaciona con su red de apoyo social (e.g. la muerte de una pareja o de un ser cercano).

Aunque esta mayor reactividad de la mujer a los acontecimientos negativos y su mayor sensibilidad a las expresiones faciales podrían contribuir a explicar el ciclo de afectividad negativa y la reactividad a futuros estresores, no explica en su totalidad la mayor propensión de la mujer a la afectividad negativa. Para aportar algo más de luz, Craske (2003) recoge los distintos estudios centrados en analizar los diferentes *patrones sociales de reforzamiento* que reciben varones y mujeres desde su nacimiento.

Los rasgos o características asociadas a los *roles de género* constituyen variables que se han asociado con los trastornos de ansiedad⁹⁷. Atendiendo al reforzamiento diferencial en su adquisición los estudios muestran que a las niñas se les refuerzan las conductas prosociales y empáticas, mientras que a los niños se les fomentan los comportamientos de autonomía e independencia, la asertividad y la iniciativa a la hora de desempeñar distintas actividades. Así, por ejemplo, en el trabajo observacional realizado con niños y niñas de 3 años, se encontró que a las niñas se las ignoraba más a menudo, cuando intentaban dirigir una interacción o decir algo, y recibían más atención positiva cuando se mostraban sumisas u obedientes (Kerig, Cowan y Cowan, 1993). También en el desarrollado por Buck (1975) observaron cómo los maestros respondían de forma diferencial a los comportamientos de niños y niñas, manifestando más respuestas negativas ante la mayor actividad de las niñas. Por último, Keenan y Shaw (1997) pusieron de relieve en el estudio realizado con niños/as de 2 años, cómo los padres animaban más a sus hijas que a sus hijos a compartir sus juguetes, a tener en cuenta la perspectiva del otro y a comportarse de un modo prosocial. No debemos olvidar que los comportamientos prosociales y empáticos que se fomentan en las niñas, se relacionan con la mayor sensibilidad femenina a las expresiones faciales, lo que, como hemos visto, incrementa la adquisición vicaria del miedo y la ansiedad.

También se ha estudiado el estilo parental utilizado en la interacción con sus hijos. En esta línea, algunos estudios muestran cómo los padres controlan más el

⁹⁶ Este resultado ha sido documentado, por ejemplo, tras la erupción de un volcán: el 27% de mujeres frente al 13% de los varones desarrollaron trastornos de depresión mayor, ansiedad generalizada y estrés postraumático (Shore, Tatum y Vollmer, 1986).

⁹⁷ Algunos estudios muestran que la baja masculinidad, más que la elevada feminidad, correlacionan con ansiedad y salud mental. Chambless y Mason (1986) encontraron que la baja masculinidad (ausencia de conductas asertivas y escasa actividad) se asociaba con ansiedad y evitación, mientras que la elevada feminidad (manifestaciones de amabilidad y cuidado) no guardaba apenas relación con la ansiedad. Incluso en edades comprendidas entre 6 y 11 años se ha encontrado una relación negativa entre rasgos típicamente masculinos y el número de miedos experimentados. Así pues, los datos sugieren que características como la independencia, el nivel de actividad, la asertividad y otros rasgos consistentes con un perfil masculino constituyen factores protectores contra el miedo y la ansiedad.

comportamiento de sus hijas que el de sus hijos. Además, Krohne y Hock (1991) observaron que las madres de hijos/as de entre 10-13 años se mostraban más controladoras si sus hijas manifestaban altos niveles de ansiedad que bajos, mientras que en el caso de los hijos varones su comportamiento no variaba. Así pues, el *estilo parental considerado controlador e invasivo* se ha asociado con una mayor sintomatología ansiógena y el desarrollo de trastornos de conducta en los hijos, así como en una mayor vulnerabilidad en la mujer a sufrir un trastorno de ansiedad.

Debido a que *la expresión de la ansiedad es más acorde con un rol de género femenino*, esta emoción y los comportamientos asociados a ella son mejor tolerados, aceptados y reforzados en las niñas, mientras que de los niños se espera que manifiesten comportamientos de confianza y seguridad y aprendan modos de enfrentarse y reducir sus miedos. Un estudio observacional de Simpson y Stevenson-Hinde (1985) muestra cómo los comportamientos de timidez de las niñas son aceptados positivamente por los progenitores. En cambio, en los niños, el mismo comportamiento es valorado negativamente, y rechazado por parte de los padres. Además, a medida que los niños varones se hacen mayores estas muestras de timidez son menos aceptadas, no sucediendo lo mismo en el caso de las niñas. Esta aceptación diferencial de la timidez y la ansiedad entre los sexos podría explicar por qué más niños con ansiedad, frente a niñas con los mismos síntomas, son llevados a tratamiento cuando los estudios epidemiológicos indican que las niñas experimentan un mayor número de miedos y trastornos de ansiedad que los niños. Es probable que los padres alienten a sus hijos a que superen sus síntomas de ansiedad mediante la ayuda profesional, mientras que a las hijas se las acepta tal como son en este aspecto.

En esta línea, no hay que olvidar que *el fomentar la iniciativa e independencia* por parte de los progenitores conlleva a que los niños vean reforzada su competencia y autoeficacia en una gran variedad de áreas. De este modo, en distintos contextos y situaciones tienen la oportunidad de enfrentarse a dificultades, desarrollar destrezas, persistencia y habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, promoviendo un estilo de afrontamiento activo en el manejo de la afectividad negativa⁹⁸. Así, los niños terminan desarrollando un mayor repertorio de conductas que podrían protegerles de posteriores experiencias negativas. A todo ello hay que añadir que las exposiciones repetidas a una amplia variedad de actividades facilita la habituación a las respuestas negativas que inducen los estímulos aversivos. Las niñas podrían mantener en mayor medida el miedo y las respuestas de ansiedad, no sólo debido a su mayor afectividad negativa, sino también debido a que se les incita menos a afrontar las distintas situaciones.

Las *expectativas parentales* también han sido señaladas como factores explicativos en la sintomatología ansiógena. Las expectativas de las madres son diferentes si se trata de sus hijos o de sus hijas, esperando un mejor rendimiento de sus hijos varones (Mondschein, Adolph y Tamis-LeMonda, 2000). El resultado es que las niñas tienen menos expectativas de éxito, menos aspiraciones, más miedo/ansiedad ante el fracaso y más tendencia a atribuir sus fallos a su falta de habilidad y sus éxitos a factores inestables. Estas diferencias persisten durante la adolescencia y la etapa adulta, relacionándose estas circunstancias con los estados de ansiedad y depresión.

Así pues, el aprendizaje del control sobre el medio es clave en la posterior experiencia del miedo y la ansiedad, y la percepción de falta de control (real o no) incrementa el impacto de los estresores. Diferencias en los estilos parentales pueden dar

⁹⁸ Los adolescentes varones son menos propensos a adquirir miedo a sensaciones internas (y desarrollar un trastorno de pánico) debido a su dedicación a actividades deportivas.

cuenta de una menor sensación de control en la mujer: más conductas de control sobre el comportamiento de las niñas, menos expectativas de competencia sobre éstas y el reforzamiento de sus conductas ansiosas puede obstaculizar su sensación de control personal. Algunos estudios muestran, de hecho, que las mujeres manifiestan una menor sensación de control sobre una gran variedad de estresores y sobre sus vidas en general, mientras que los varones se perciben a sí mismos como más fuertes, más dominantes y con mayor control sobre sí mismos (una diferencia que se extiende durante la adolescencia y la etapa adulta).

En resumen, y según Craske (2003), la socialización en función del género contribuye específicamente a la mayor propensión de la mujer a la ansiedad mientras que factores más generales como la mayor afectividad negativa y la mayor reactividad emocional a los acontecimientos vitales negativos contribuirían al mayor riesgo de la mujer a padecer desórdenes emocionales.

5- ASPECTOS RELACIONADOS CON EL GÉNERO EN LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En términos generales, y como actitud general, el clínico responsable del tratamiento de los trastornos de ansiedad en las mujeres debe saber que los roles y las presiones sociales influyen en la capacidad de afrontamiento de la mujer y en su vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad. Esto se pone de manifiesto de varias maneras. El creciente número de hogares controlados por mujeres y el percibir salarios más bajos que los hombres, incluso desempeñando el mismo puesto, son dos factores relacionados con el estrés económico en la mujer. También las mujeres de edad avanzada se ven afectadas por los problemas económicos, puesto que al vivir más tiempo que los hombres, tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades que requieran cuidados especiales, lo que pone todavía más al límite sus recursos financieros. Además de estos aspectos, no nos podemos olvidar que es preciso animar a las mujeres a que expliquen las tensiones a las que se encuentran sometidas, como pueden ser los conflictos familiares o de pareja, la violencia doméstica o la responsabilidad de llevar a cabo unos cuidados agotadores. Debemos recordar que sobre la mujer recae la atención de las personas mayores, de los enfermos y de los incapacitados, tanto de su familia como de la del cónyuge y pueden sentirse culpables o desleales si expresan sus propias necesidades cuando entran en conflicto con las de los demás miembros de la familia.

Además, al evaluar los trastornos de ansiedad en las mujeres, se deberían de *descartar enfermedades médicas* que cursan con síntomas de ansiedad. Síntomas tales como malestar torácico, diaforesis (sudor, transpiración) y taquicardia justificarían el que realizaran pruebas para descartar cardiopatías. Es más probable que las mujeres con estos síntomas, comparándolas con los hombres, reciban un diagnóstico erróneo de trastorno de ansiedad y es menos probable que se les someta a una exploración cardiaca. Por ejemplo, el prolapso de la válvula mitral, más prevalente en las mujeres que en los hombres, se ha asociado al trastorno de angustia. También las pacientes con hipo o hipertiroidismo pueden sufrir crisis de angustia al iniciar la enfermedad tiroidea⁹⁹. La enfermedad tiroidea es más común en mujeres que en hombres, sobre todo en mujeres mayores de 40 años, por lo que sería necesario que las pacientes que informasen de

⁹⁹ Entre los síntomas que presenta el enfermo hipertiroides están: el nerviosismo con ansiedad, perder peso, pese a tener buen apetito; piel caliente y húmeda (suele sudar mucho); no tolerar el calor; cansancio y no dormir bien; notar el corazón muy rápido y se pueden sufrir arritmias; tendencia a defecar en exceso, aunque la diarrea no es frecuente; debilidad muscular y temblor muy fino en las manos.

ansiedad, taquicardia, diaforesis (transpiración excesiva), intolerancia a la temperatura (no tolera el calor) o temblores, realizasen una analítica completa de tiroides. Otras enfermedades médicas que afectan más a las mujeres que a los hombres y que pueden cursar con síntomas de ansiedad son: el lupus eritematoso sistémico, la anemia ferropénica y el síndrome de colón irritable.

También, al realizar la evaluación de las mujeres que refieren síntomas de ansiedad e insomnio, se debería evaluar el *uso de cafeína y nicotina* y conocer *los fármacos que toma la paciente*. Entre los fármacos que pueden provocar síntomas de ansiedad se encuentran los descongestionantes, los esteroides¹⁰⁰, algunos complementos herbarios y los anorexígenos¹⁰¹. Es conveniente evaluar los síntomas de la paciente en relación con el *ciclo menstrual*, ya que las mujeres en edad fértil pueden presentar ansiedad premenstrual que puede estar relacionada con el inicio o el empeoramiento del trastorno de ansiedad. Las *mujeres perimenopáusicas* pueden sufrir oleadas de calor, sudoración, falta de aliento y ansiedad. En estas mujeres los síntomas vasomotores pueden confundirse con crisis de ansiedad. La identificación del estado menopáusico, mediante los análisis pertinentes, puede aconsejar a una terapia más adecuada para la eliminación de los síntomas.

Es importante prestar atención y *evaluar los acontecimientos traumáticos pasados y recientes*. Hay que recordar que en las mujeres es mayor la probabilidad de sufrir violaciones y agresiones sexuales. En las dos semanas posteriores al delito, se estiman unos índices de TEPT del 95% para las agresiones sexuales y del 75% para las no sexuales. Tres meses después del trauma, estos índices se reducen aproximadamente al 50% y el 25% respectivamente.

En mujeres con *trastorno obsesivo-compulsivo*, es importante evaluar cuidadosamente todos los aspectos relacionados con la ingesta de alimentos. Las mujeres presentan más obsesiones relacionadas con la comida y el peso que los hombres, así como mayor probabilidad de desarrollar anorexia comórbida.

La facilidad de las mujeres para desarrollar síntomas relacionados con dificultades respiratorias es importante a la hora de plantear aspectos relacionados con la terapia de los *trastornos de ansiedad que cursan con ataques de pánico*. A la hora de desarrollar uno de los tratamientos psicológicos eficaces, el tratamiento cognitivo-conductual, las mujeres pueden tener una sensibilidad mayor a la hora de realizar las respiraciones para inducir el pánico en la consulta y aprender a enfrentarse a él de forma eficaz (Papp y Gorman, 1988; Papp, et al., 1997; Sheikh et al., 2002). Esta mayor sensibilidad a la ansiedad y las mayores dificultades respiratorias, náuseas y percepción de ahogo de las mujeres, puede llevarlas a expresar más resistencias y de mayor intensidad que los varones, dificultando, si no se saben manejar, el desarrollo de la técnica de exposición a los síntomas del pánico, e impidiéndole el aprendizaje de reevaluación correcta de los síntomas y su manejo eficaz.

Hay dos situaciones propias de la mujer en las que no está exenta de sufrir trastornos de ansiedad como son el embarazo y el posparto. Los factores que contribuyen a la aparición de los *trastornos de ansiedad durante el embarazo* son fundamentalmente de dos tipos, que hacen referencia a aspectos cognitivos y fisiológicos relacionados con la gestación. En primer lugar, la preocupación por el cambio de rol y las propias responsabilidades y por cómo afectará el hijo a la vida profesional, social y familiar de la mujer. También puede contribuir a la ansiedad el incremento de la tasa cardiaca y respiratoria, que fisiológicamente son normales en el

¹⁰⁰ Antiinflamatorios fuertes.

¹⁰¹ Fármacos antiobesidad. Reducen el apetito.

embarazo, ya que las crisis de angustia en ocasiones provocan reacciones cognitivas catastrofistas ante acontecimientos fisiológicos normales.

A pesar de que estos datos que ponen de relieve la importancia de las preocupaciones durante el embarazo, no tenemos información sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Con respecto a otros trastornos relacionados, parece que el trastorno obsesivo-compulsivo empeora durante el embarazo y los síntomas del trastorno de angustia mejoran en algunas mujeres y empeoran en otras (Abramowitz, Schwartz, Moore y Luenzmann, 2003). Las mujeres gestantes no deben consumir benzodiazepinas durante el cierre de las fisuras palatinas (semanas 5-10) y, en general, durante el embarazo no deberían ingerir tranquilizantes y si los necesitan deben de consumir las dosis más bajas posibles. Por lo tanto, si se precisa una intervención para aquellas pacientes con trastorno de angustia y trastorno obsesivo-compulsivo, un tratamiento efectivo y alternativo a la medicación sería la terapia cognitivo-conductual (Burt y Hendrick, 2007). Otras intervenciones no farmacológicas que pueden ser útiles para las mujeres con una fuerte ansiedad en este periodo, podrían ser una terapia familiar o de pareja, y los métodos psicológicos que se requieran para ayudar a la mujer a eliminar la cafeína y la nicotina de su dieta.

Los trastornos de ansiedad en el posparto se han estudiado menos que los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, en muchos casos clínicos, se ha descrito el inicio o el empeoramiento del trastorno de angustia y del trastorno obsesivo-compulsivo, que normalmente se produce en las primeras 12 semanas después del parto (Shear y Mammen, 1995).

El tema común que subyace a las obsesiones que se producen durante el posparto es el miedo a hacer daño al recién nacido. Estas obsesiones producen un grado de malestar importante y, sin embargo, las mujeres pueden sentir vergüenza a la hora de revelarlas. Aunque no lo hagan se puede detectarse el problema por las conductas de evitación que desarrollaría la mujer, pidiendo que sean otros los que manipulen al bebé y le atiendan en las tareas de lavarle, cambiarle, darle de comer, etc. justificando este comportamiento en que los otros lo hacen mejor y/o desean hacerlo. A diferencia de la psicosis posparto, que puede implicar también pensamientos de hacer daño al recién nacido, las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo en el posparto provocan en la madre un intenso malestar, aunque no pongan en peligro al niño. Como ocurre con la depresión posparto, el tratamiento de los trastornos de ansiedad en el posparto debe de ser multifactorial. La terapia cognitivo-conductual y la interpersonal suelen ser muy útiles y pueden excluir la necesidad de medicación (Burt y Hendrick, 2007).

BIBLIOGRAFÍA

Abramowitz, J.S., Schwartz, S.A., Moore, K.M. y Luenzmann, K.R.. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 461-478.

Avia, M.D. (1995). Personas felices: las emociones positivas. En: M.D. Avia y M.L. Sánchez Bernardos. *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. N.Y.: Guilford Press.

- Bebbington, P. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, (Suppl. 35), 2-6.
- Bibb, J.L. y Chambless, D.L. (1986). Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (1), 49-58.
- Howell, H.B., Castle, D. & Kimberly, A.Y. (2006). Anxiety disorders in women. En: D.J. Castle, J. Kulkarni y K.M. Abel (Ed.) *Mood and anxiety disorders in women*. Cambridge, University Press.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G. y Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry: The Journal of Association of European Psychiatrists*, 14, 434-441.
- Bourdon, K.H., Boyd, J.H., Rae, D.S., Burns, B. J., Thompson, J.W. y Locke, B.Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Buck, R. (1975). Nonverbal communication of affect in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 644-653.
- Burt, V.K. & Hendrick, V.C. (2007). *Manual Clínico de Salud Mental*. Barcelona, Ars Médica.
- Buss, A. M. y Plomin, R. (1984). Temperament: early developing personality traits. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Castle, D.J., Deale, A. y Marks, L.M. (1995). Gender differences in obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 114-117.
- Castle, D.J., Kulkarni, J. & Abel, K.M. (Ed.) (2006) *Mood and anxiety disorders in women*. Cambridge, University Press.
- Chambless, D.L. y Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 231-235.
- Chocrón B.L, Vilalta F. J, Legazpi, R. I., Auquer, K., Franch, L. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-90.
- Compton, S., Nelson, a., y March, J. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1040-1046.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D., Kuch, K. & Reichman, J.T. (1993). Gender effects and alcohol use in panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 413-416.
- Craske, M.G. (2003). Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men? Kidlington, Oxford: Elsevier Ltd.

- Davidson, R.J. (1993). The neuropsychology of emotion and affective style. En: M. Lewis y J. Haviland (eds), *Handbook of Emotions*. Nueva York: The Guilford Press pp. 143-154.
- Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C., López, R.M. & Olmedo, M. (1997). Anxiety, depresión and personality structure. *Personality and Individual Differences*, 23, 327-335.
- DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: texto revisado. (2001). Masson: Barcelona.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Thomas.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1976). *Psychoticism as a Dimension of Personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Fischer, E.H. y Goethe, J.W. (1998). Anxiety and alcohol abuse in patients in treatment for depresión. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 24(3), 453-463.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2005) *Consenso Español sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Barcelona, Ars Médica.
- Gerull, F.C. y Rapee, R.M. (2002). Mother knows best: the effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 279-287.
- Goldberg, D. P y Lecrubier, Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En : Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*. N.Y., Wiley.
- Katz, M., Wetzler, S., Cloitre, M., Swann, A., Secunda, S., Mendels, J. y Robins, E. (1993). Expressive characteristic of anxiety in depressed men and women. *Journal of affective Disorders*, 28, 267-277.
- Keenan, K. y Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behaviour. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Kerig, P.K., Cowan, P.A., y Cowan, C.P. (1993). Marital quality and gender differences in parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 29, 931-939.
- Kessler, R.C., McGonagle K.A., Nelson CB., Hughes, M., Swartz, M. y Blazer, D.G. (1994). Sex and depression in de National Comorbidity Survey II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B, Hughes, M, Eshleman, S, Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994a). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.

- Koss, M.P. y Mukai, T. (1993). Recovering ourselves: the frequency, effects, and resolution of rape. En: F.L. Denmark & M.A. Paludi (eds), *Psychology of women: a handbook of issues and theories* (pp. 477-512). Westport, CT: Greenwood Press.
- Krohne, H.W. y Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.
- Larsen, R.J. y Ketelaar, T. (1991). Personality and Susceptibility to Positive and NEgative Emotional States. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 132-140.
- Lynn, R. y Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.
- Massion, A., Warshaw, M. y Keller, M. (1993) Quality of life and psychiatry morbidity in panic disorder versus generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychhychiatry*, 150, 600-607.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Terracciano, A., Parker, W.D., Mills, C.J., De Fruyt, F. y Mervielde, I. (2002). Personality trait development from age 12 to 18: longitudinal, cross-sectional and cross-cultural analyses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1456-1468.
- Mondschein, E.R., Adolph, K.E. y Tamis-LeMonda, C.S. (2000). Gender bias in mothers' expectations about infant crawling. *Journal of Experimental Child Psychology*, 77, 304-316.
- Ormel, J. y Wohlfarth, T. (1991). How Neuroticism, long-term difficulties and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 744-755.
- Pajer, K. (1995). New strategies in the treatment of depression in women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl. 2), S24-S29.
- Papp, L., Martinez, J., Klein, D., Coplan, J., Norman, R., Cole, R., de Jesus, M., Ross, D., Goetz, R. y Gorman, J.M. (1997) Respiratory psychophysiology of panic disorder: Three respiratory challenges in 98 subjects. *American Journal of Psychhychiatry*, 154, 1557-1565.
- Papp, L.A. y Gorman, J.M. (1988) Sex differences in panic dissorder. *American Journal of Psychhychiatry*, 145 (6), 766.
- Pigott, T.A. (2003). Anxiety disorders in women. *Journal of Psychiatry Clinical in North America*, 26, 621-672.
- Pollard, C. A. y Henderson, J.G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-444.
- Shear, M.K. y Mammen, O. (1995) Anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 693-703.

- Sheikh, J., Leskin, G. y Klein, D. (2002) Gender differences in panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 159, 55-58.
- Shore, J.H., Tatum, E.L. y Vollmer, W.M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-595.
- Simpson, A.E. y Stevenson-Hinde, J. (1985). Temperamental characteristics of three-to-four-year-old boys and girls and child-family interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 43-53.
- Starcevic, V., Djordjevic, A., Latas, M. y Bogojevic, G. (1998). Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder and agoraphobia. *Depression and Anxiety*, 8, 8-13.
- Turgeon, L., Marchand, A. y Dupuis, G. (1998). Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of anxiety Disorders*, 12(6), 539-553.
- Turk, C., Heimberg, R., Orsillo, S., et al. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.
- Yonkers, K.A., Dyck, I.R. y Keller, M.B. (2001). An eight year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52(5), 637-643.
- Yonkers, K.A., Bruce, S., Dyck, I., Keller, M. B (2003). Chronicity, relapse and illness-course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.

Patología y terapia de los cuidadores principales de los mayores dependientes: factores psicológicos de sobrecarga , consecuencias y vivencias comunes.

Guillermo Gil Escudero¹⁰²,

Antonio Núñez Partido¹⁰³,

M^a José Martín Rodrigo²,

Pedro Pablo Herráiz Domingo¹⁰⁴,

Rosa Fernández López³ y

Mónica Rodríguez-Zafra¹⁰⁵

Los cuidadores de personas mayores dependientes

Se considera *mayores dependientes* a aquellas personas mayores que están incapacitadas o muy limitadas para llevar a cabo por sí mismas todas las tareas necesarias para su propio cuidado y para su propia supervivencia. Esta dependencia puede estar limitada a la necesidad de ayuda en un área concreta de la actividad de la persona mayor o bien puede requerir una ayuda que abarque todas las áreas de su actividad. La persona que asume –o sobre la que recae– en mayor medida, cuando no de forma exclusiva, la atención y el cuidado del mayor dependiente, se denomina “*cuidador principal*”.

La dedicación, la compasión y el coraje, de los cuidadores principales de mayores dependientes permiten que los mayores puedan permanecer en su entorno familiar al que están habituados y en el que, normalmente, reciben una atención afectiva y emocional de una calidad que suele ser más difícil lograr en contextos institucionales. No obstante, en la mayor parte de los casos, esta permanencia en el hogar se consigue gracias a un gran esfuerzo personal, un importante debilitamiento físico y un notorio desgaste psicológico del cuidador principal.

Gran parte de los cuidadores de personas mayores dependientes sufren una significativa sobrecarga, física, psicológica y emocional, especialmente cuando no cuentan con los apoyos –familiares,

¹⁰² Doctor en Psicología. Psicoterapeuta

¹⁰³ Universidad Pontificia Comillas de Madrid

¹⁰⁴ Asociación Cauces

¹⁰⁵ Universidad Nacional de Educación a Distancia

económicos o institucionales– que les permitan desarrollar la labor de cuidado en unas condiciones favorables. Esta situación de sobrecarga se produce en mayor medida en las familias y personas de los estratos socioeconómicos menos favorecidos.

Los factores de los que depende en gran medida el grado de sobrecarga del cuidador tienen que ver con las características y situación de la persona mayor dependiente, de la familia y del propio cuidador, con la calidad de la relación afectiva entre la persona cuidada y el cuidador, con el apoyo externo que se recibe y con la duración temporal del cuidado del mayor dependiente.

La identificación de estos factores de sobrecarga del cuidador principal, de las consecuencias físicas y psicológicas de la tarea de cuidado en situación de sobrecarga y de las vivencias comunes de los cuidadores de mayores dependientes, permite diseñar programas de intervención en los que se maximice la eficacia terapéutica de los mismos.

Las consecuencias de la situación de cuidado de un mayor dependiente en el cuidador

La experiencia de cuidar a un mayor dependiente suele tener importantes consecuencias para el cuidador en todos los ámbitos de su vida, tanto en el personal como en el familiar, el social y el laboral. Entre ellas, las consecuencias psicológicas de la situación de cuidador principal son especialmente penetrantes y relevantes para los cuidadores. Teniendo en cuenta que la media de horas de cuidado diario que dedica un cuidador es entre ocho y doce horas, es fácilmente comprensible que el impacto físico, psicológico, familiar, social y laboral sea realmente enorme para los cuidadores principales.

Tensión psicológica

Una consecuencia común entre los cuidadores de mayores dependientes es un estado continuo y acrecentado de tensión psicológica. Por un lado, esta tensión se genera en la necesidad que sienten los cuidadores de controlar las situaciones y los acontecimientos que

rodean a la persona cuidada, así como los posibles riesgos que puedan poner en peligro su supervivencia o su salud. Este intento de control requiere un alto grado de atención a lo externo que, junto con la atención a la gran cantidad de tareas que tiene que llevar a cabo cada cuidador, hace que los cuidadores se encuentren en un estado de alerta permanente, alerta que es una fuente continua de estrés. Por otro lado, los cuidadores tienden a controlar la expresión de sus emociones en el ámbito familiar, especialmente las expresiones de dolor y de los sentimientos negativos, ya que mantienen la creencia que la expresión de tales emociones pueden causar daño emocional a la persona cuidada o a otros familiares. Esta falta de expresión y desahogo de las emociones lleva a una cuantiosa acumulación de tensión emocional ya que, habitualmente, los cuidadores tienen pocas ocasiones para descargar esta tensión emocional debido a su situación de aislamiento.

Aislamiento

El exceso de tareas que supone la tarea de cuidado de un mayor dependiente, al acumularse las actividades de la vida propia del cuidador con las tareas adicionales que requiere la atención al mayor, junto con la absorción del tiempo del cuidador por el rol de cuidador, tiene como consecuencia una importante reducción de su tiempo personal. Es frecuente que el cuidador, a medida que su familiar se va haciendo cada vez más dependiente, abandone casi por completo la mayoría de las áreas de actividad su vida a las que solía dedicar su tiempo y energía, hasta el punto en ocasiones de que la tarea de cuidado se convierte en una tarea exclusiva. Inicialmente, los cuidadores suelen hacer un importante recorte en su tiempo dedicado al descanso. Al seguir en aumento las necesidades del mayor, los cuidadores reducen después su tiempo de ocio y el dedicado a la práctica de sus aficiones, limitando en un primer momento y prescindiendo más tarde de las actividades lúdicas y personales que llevaban a cabo antes de la asunción de su rol como cuidadores. Más adelante, se reducen, y hasta llegan a desaparecer por completo los encuentros con amigos y familiares, desvaneciéndose las relaciones sociales de tal modo que debilitan o hacen que desaparezca la red de apoyo social y emocional de los cuidadores. En muchas ocasiones, la reducción del tiempo del que dispone el cuidador lleva a que estos abandonen sus trabajos, alejándose de ese modo del conjunto de relaciones sociales que antes les proporcionaba su entorno laboral. La disminución del “tiempo social” se debe, no sólo a la dedicación a veces completa invertida en el enfermo, sino también a la

sobrecarga tanto física como psicológica del cuidador que le desmotiva y le resta la energía necesaria para la inversión de su tiempo en las relaciones sociales.

Como consecuencia de esta reducción de las áreas de actividad social de la persona, la mayoría de los cuidadores ven aumentado su aislamiento, así como su sensación de soledad. Este aislamiento crónico del cuidador se acrecienta aún más cuando el mayor dependiente que se cuida presenta un deterioro cognitivo avanzado que dificulta o impide la comunicación interpersonal entre cuidado y cuidador, de modo tal que, la comunicación cognitiva y emocional entre cuidado y cuidador –que antes del agravamiento del deterioro era bidireccional– se llega a reducir a un intento de comunicación unidireccional que, en muchas ocasiones, no puede tener respuesta o reconocimiento alguno por la persona cuidada.

Desconexión de sí mismo

Una de las consecuencias más comunes que se observa entre los cuidadores en situaciones de cuidado prolongado es el estado de profunda desconexión con su propia vivencia personal. Mientras que los cuidadores son capaces de describir con riguroso detalle la situación y vivencias del familiar al que cuidan –cómo se encuentra su familiar, lo que necesita, lo que desea, lo que le falta y lo que padece–, tienen muchas dificultades para responder a estas mismas preguntas sobre sí mismos.

En primer lugar, esta desconexión de sí mismos consiste en una desconexión de sus emociones y sentimientos y una desconexión de la consciencia de sus propias necesidades y de sus estados físico y psicológico. Muchos cuidadores se han ido desconectando progresiva y gradualmente de sus propias necesidades y, en consecuencia –al no haberse originado la situación de cuidado de un modo repentino y un brusco, sino de un modo paulatino–, no son capaces, o lo son en un grado muy limitado, de percibir sus propias necesidades básicas (de alimentación, de cuidado de su propia salud, de desahogo emocional, etc...) hasta que llegan a situaciones extremas de necesidad. Por ello, con mucha frecuencia no son conscientes de su propia sobrecarga física y psicológica hasta que se sienten totalmente desbordados emocionalmente por la situación de cuidado o hasta que sufren enfermedades que hacen inviable la continuidad de la situación de cuidado.

Desestructuración personal

En su conjunto, la absorción del cuidador de personas mayores dependientes por la tarea de cuidado y la impregnación de su personalidad por el ejercicio exclusivo del rol de cuidador –consecuencia de haber prescindido de la posibilidad de ejercer otros roles al renunciar a sus espacios personales y sociales–, la desconexión de sus propias emociones, la desvinculación de sus propias necesidades y la dificultad para ser consciente de sus estados físico y emocional, junto con el acusado aislamiento social, tienden a producir en muchos cuidadores un cierto grado de desestructuración personal y de pérdida de su propia identidad. Esta tendencia a la desestructuración personal de los cuidadores tiene sus raíces en la profunda limitación del mundo vital que sufren a causa de su concentración exclusiva en la persona cuidada y en la tarea de cuidado que limita severamente sus horizontes personales y sociales. La desconexión con otras personas y la desconexión con ellos mismos tienen un efecto muy importante sobre el propio sentido de sí mismo de los cuidadores, sobre su autoconcepto, y sobre la percepción de su propia identidad personal, ya que gran parte de la estructuración psicológica de las personas y de su definición ante sí mismas depende, por un lado, de la relación intrapsíquica que establecen con ellos mismos, y por otro, de las relaciones que establecen y mantienen con el resto de las personas.

Alteraciones del estado de ánimo

Los cuidadores de mayores dependientes muestran habitualmente frecuentes cambios de su estado de ánimo, así como la combinación de una gran variedad de sensaciones, sentimientos y estados de ánimo negativos y de tono depresivo. Por un lado, son usuales los sentimientos de tristeza, que están muy asociados a una profunda sensación de soledad y que, en conjunto, producen una gran desmotivación en los cuidadores. Los sentimientos de desesperación en el presente y de desesperanza frente al futuro, de indefensión ante el acontecimiento negativo de la dependencia y deterioro de su familiar, de decepción vital y de resignación ante la situación, favorecen la aparición de una sensación de vacío existencial. Por otro lado, la frustración ante las limitaciones de la vida, que de modo tan rotundo se muestran a los cuidadores de mayores dependientes, la preocupación por la persona cuidada, las sensaciones de inseguridad e incertidumbre de cara al futuro –tanto del cuidado como del cuidador–, les producen en mayor o menor medida un cierto grado de ansiedad, angustia y confusión.

Todos estos sentimientos y estados de ánimo negativos facilitan en muchas ocasiones una cierta pérdida del equilibrio emocional de los cuidadores, así como la emergencia de alteraciones conductuales y del carácter, junto con trastornos de la salud de claro perfil psicosomático. En los casos más acusados, el conjunto de sentimientos negativos que

vivencian, junto con la consciencia de la limitación de la vida personal presente y las perspectivas limitadas de futuro, favorece el que los cuidadores entren en estados de profunda depresión que, en ocasiones, son lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico, además del psicológico. Además, estas situaciones de honda depresión pueden suponer un mayor riesgo de consumo excesivo de ansiolíticos o sustancias tóxicas como el alcohol.

Sentimientos de culpa

Por otra parte, es natural que la gran cantidad de frustración a la que tienen que hacer frente los cuidadores les provoque sentimientos de enfado y aumente su irritabilidad haciéndoles especialmente sensibles a los acontecimientos negativos. Asimismo, es normal que la frustración acumulada despierte en ellos un cierto monto de agresividad que prácticamente siempre refrenan, pero que en ciertas ocasiones les lleva a tener pensamientos negativos con respecto a la tarea de cuidar, sobre la persona cuidada y sobre ellos mismos, o a tener conductas que de modo velado expresan tal agresividad. La existencia de estos pensamientos y sentimientos negativos, naturales y muy comunes en la situación que viven, junto con la expresión esporádica de enfado o de agresividad, produce en los cuidadores intensos sentimientos de culpa. Por ello, viven frecuentemente en un estado de ambivalencia emocional provocado por la coexistencia en ellos mismos de sentimientos encontrados y entremezclados de amor y aversión, de afecto y desapego, de interés y desmotivación, de entereza y debilidad, de ánimo y abatimiento, lo que les sitúa en una condición de continuo conflicto psicológico interno. Genera una gran cantidad de sentimiento de culpa, y les resulta muy impactante emocionalmente, el hecho de sentir un amor, cariño y afecto extremos por la persona a la que cuidan, a la vez que no pueden evitar pensar simultáneamente en la liberación personal que supondría el que terminase su situación de cuidadores.

Cambios en las relaciones familiares

En todas las situaciones de cuidado de un mayor dependiente se producen inevitablemente notorios cambios en las relaciones familiares. No necesariamente estos cambios son siempre negativos. En algunos casos la situación de cuidado de un mayor en la familia tiene como consecuencia el incremento de la cohesión familiar al agruparse sus miembros en torno a la persona cuidada y al cuidador principal para afrontar la situación de adversidad. El apoyo de la familia al cuidador principal y la ayuda compartida en el cuidado pueden aumentar la unión familiar, a la vez que incrementar la sensación de seguridad de los miembros de la familia al percibir la protección mutua que proporciona la pertenencia a la familia. A veces, estos cambios en las relaciones en la familia dan lugar, tanto para la persona cuidada como para el cuidador –o para otros miembros de la familia–, al descubrimiento, o la construcción, de nuevas y mejores relaciones personales en la familia que pueden ser altamente satisfactorias y gratificantes.

No obstante, en muchos casos los cambios en las relaciones familiares son conflictivos. Son comunes los conflictos que tienen su origen en las desigualdades en cuanto al grado de responsabilidad y colaboración en el cuidado que asumen los diferentes familiares, especialmente los hermanos, lo que suele ser frecuente en el caso en el que la persona cuidadora es una hija que cuida de su padre o de su madre. También, las diferencias de criterio con respecto a la toma de decisiones que tienen que ver con el cuidado del mayor entre los diferentes familiares directos, la falta de reconocimiento familiar del esfuerzo del cuidador principal, el hecho de que la hija que es cuidadora de sus progenitores sienta que ha renunciado a formar una familia propia por la obligación de cuidar de sus mayores mientras que sus hermanos si han podido constituirla, etc... son causas habituales de conflicto entre familiares.

Consecuencias laborales

Con frecuencia, resulta muy difícil para los cuidadores compatibilizar el cuidado de un mayor dependiente con la vida laboral. En muchas ocasiones, los cuidadores principales se ven forzados a reducir su jornada de trabajo y, también en muchas ocasiones se ven obligados a abandonar totalmente su vida laboral, para poder cuidar adecuadamente de su familiar mayor. Esta renuncia al trabajo propio fuera del hogar tiene repercusiones muy relevantes en la situación económica familiar, y especialmente en la situación económica del cuidador, dada la importancia de la pérdida de ingresos que conlleva, lo que resulta especialmente relevante en unas circunstancias en las que el cuidado de un mayor dependiente suele conllevar un aumento de los gastos familiares. La repercusión a largo plazo del abandono del trabajo fuera del hogar también puede tener efectos notables sobre la situación de seguridad económica en el futuro del cuidador.

Consecuencias en la propia salud

No resulta sorprendente el hecho de que la situación de cuidado de un mayor dependiente tenga importantes repercusiones sobre la propia salud de los cuidadores ya que, normalmente, también los cuidadores suelen ser personas mayores. Además, el olvido y el abandono que los cuidadores suelen hacer de su propia persona y de sus necesidades, especialmente del cuidado de su propia salud, el cansancio acumulado por el exceso de tareas de cuidado y de mantenimiento del hogar, el sobreesfuerzo físico que realizan para ayudar a la persona cuidada en su movilidad y la falta de sueño que habitualmente sufren debido a las alteraciones del sueño de la persona cuidada, provocan frecuentemente en los cuidadores alteraciones de su salud que, en muchas ocasiones, se manifiestan a través de enfermedades de carácter psicossomático que se agravan en función del grado de estrés que sufre la persona.

Por otro lado, la situación de estrés crónico en la que viven conlleva un descenso de la eficacia de su sistema inmunitario y, por tanto, tiene como consecuencia una mayor propensión a la enfermedad y una mayor lentitud en la recuperación de los problemas físicos.

Las vivencias psicológicas de los cuidadores de mayores dependientes

El hecho de ser cuidador de una persona mayor en situación de dependencia pone a los cuidadores en una situación muy especial en la que han asumido hacerse cargo de un familiar mayor que se va deteriorando paulatinamente, y en la que experimentan determinadas vivencias psicológicas humanas, que aunque comunes a la mayoría de las personas en algún momento de sus vidas, en el caso de los cuidadores de mayores adquieren una mayor relevancia y son vividas con una mayor intensidad. Además, el deterioro paulatino del mayor tiene habitualmente como consecuencia que el tiempo de cuidado y las necesidades a cubrir van a incrementarse a lo largo del transcurso del tiempo de forma irremediable. El mayor se va haciendo cada vez más dependiente siendo cada vez más numerosas las repercusiones que este deterioro tiene sobre la persona cuidadora.

El hacerse responsable de la supervivencia y bienestar de otras personas, la aceptación de nuevos roles vitales, el afrontamiento del dolor, la confrontación con la enfermedad, la convivencia con la expectativa de la muerte y el conflicto entre diferentes valores personales, entre otras muchas vivencias, son comunes entre los cuidadores de mayores dependientes. No obstante, estas vivencias, aunque comunes entre los cuidadores, se experimentan de muy diferentes modos en función de la relación de parentesco entre el cuidador y la persona cuidada. El hecho de que los cuidadores sean hijos o hijas que cuidan a su padre o madre, o sean cónyuges que cuidan de sus esposos o esposas, o sean familiares que cuidan a suegros, hermanos, etc..., condiciona el tipo de vivencias psicológicas del cuidador y sus consecuencias, aunque su grado de sobrecarga física y psicológica puede ser equivalente independientemente de la relación de parentesco concreta entre cuidador y cuidado.

La asunción del rol de cuidador

Una característica común a los cuidadores consiste en que, en algún momento de su trayectoria vital, han asumido –bien voluntariamente o bien de modo forzado por las circunstancias– la responsabilidad de la supervivencia y bienestar de la persona a la que cuidan.

Además, la situación de cuidado de un mayor dependiente requiere inevitablemente una reorganización de los roles desempeñados por el cuidador en su relación con la persona cuidada. En muchos casos la situación de cuidado de un familiar mayor produce una inversión de los roles que se ejercían con anterioridad en la familia. Es decir, si antes de la situación de dependencia el padre o la madre cuidaban de sus hijas e hijos, en la nueva la situación de cuidado son los hijos los que cuidan de sus padres.

El cambio en los roles familiares suele provocar mucha confusión en los cuidadores sobre el lugar que deben ocupar en la nueva relación y sobre las funciones que tienen que desempeñar en la nueva situación.

Asimismo, la situación de cuidado de un mayor dependiente lleva asociada, en la práctica totalidad de los casos, la necesidad de realizar un gran número de nuevas tareas derivadas del cuidado del mayor que se añaden a las tareas ya realizaba el cuidador antes de asumir su rol de cuidador.

Por otro lado, el nuevo rol de cuidador de una persona mayor dependiente puede ser muy absorbente debido al gran número de tareas que recaen sobre el cuidador y a la gran cantidad de tiempo que requieren, llegándose a generar situaciones en las que la persona cuidadora hace equivalentes su identidad como persona y su rol como cuidador. Esta absorción del cuidador por la situación de cuidado suele contribuir de modo notable al aislamiento del cuidador y a la pérdida de su identidad personal.

El continuo afrontamiento del dolor

Los cuidadores de mayores con dependencia o deterioro se encuentran en una situación de continuo afrontamiento del dolor. Por un lado, el dolor por el hecho del deterioro de la persona querida y, por otro, por el dolor que sienten al ser testigos del dolor de la persona dependiente, que no viven como un dolor ajeno sino como un dolor propio. Los cuidadores se enfrentan permanentemente al dolor anticipado por la pérdida prevista de la persona cuidada y por la pérdida de su relación con ella.

La confrontación permanente con la enfermedad

Asimismo, los cuidadores de mayores dependientes se enfrentan cotidianamente a la evidencia de la enfermedad y el deterioro. Esta presencia continuada de la enfermedad pone a los cuidadores en una situación permanente de confrontación con las limitaciones de la vida y con la fragilidad humana, haciéndoles muy presentes sus propias limitaciones y su propia fragilidad, así como las de la persona cuidada. La evidencia de estas limitaciones, que cuestionan la sensación de omnipotencia, de capacidad de acción y de competencia de los cuidadores, provoca normalmente en los cuidadores un alto grado de frustración, así como una acusada sensación de impotencia e indefensión ante las experiencias negativas y dolorosas de la vida.

La experiencia continua de duelo inacabado

Cuando la persona mayor cuidada sufre un deterioro progresivo que le va desconectando de la realidad, a la vez que la relación personal y de comunicación entre el cuidador y el cuidado es cada vez menor hasta que prácticamente desaparece, los cuidadores experimentan una dolorosa vivencia de duelo

incompleto, que no les permite afrontar de modo definitivo la pérdida de su familiar ni les permite reorganizar de un nuevo modo su propia vida.

Los valores en conflicto

A menudo, entran en conflicto los valores legítimos del cuidado del familiar mayor y de la propia autoconservación, que incluye el autocuidado físico y psicológico del cuidador. En ocasiones, los cuidadores ponen en riesgo su propia salud física y psicológica haciendo prevalecer el valor del cuidado de otra persona sobre el valor de su propio cuidado, hasta que la situación de cuidado les desborda totalmente y se quiebran bien psicológicamente –entrando en estados de profunda depresión o desesperación y desequilibrio cognitivo y emocional– o bien físicamente –al contraer enfermedades que les inhabilitan para la continuación de la tarea de cuidado–. Estas situaciones se detectan con claridad cuando el estado psicológico de los cuidadores es notoriamente inestable y está significativamente alterado –con sensaciones de gran ansiedad y angustia, con expresiones emocionales incontroladas y abruptas, y con pensamientos de autoaniquilación–, cuando su estado físico se ve afectado seriamente por enfermedades y cuando los cuidadores expresan abiertamente haber llegado al límite de sus fuerzas y no poder afrontar más la situación, a pesar del dolor psicológico que les produce la separación del familiar al que cuidan.

En el caso en que el mayor cuidado es atendido por alguna de sus hijas o hijos en el contexto de su propia familia, se presenta frecuentemente el conflicto entre el valor de atender al mayor dependiente y el valor de atender a la propia familia, al esposo o esposa y a los hijos. La situación es especialmente difícil cuando los hijos o el cónyuge no comparten con el cuidador el valor que este le concede al cuidado ni consideran que el cuidado en el contexto familiar sea el más conveniente para la persona mayor y para la propia familia. Los reproches por parte de los cónyuges o por parte de los hijos por la excesiva dedicación al cuidado del mayor y la consiguiente desatención a la familia son especialmente dolorosos para el cuidador y le ponen en una situación de indecisión frente a qué valor –el cuidado de su familiar mayor o el cuidado de su familia– debe ser el fundamental para basar su conducta.

Estas vivencias de conflicto entre valores morales producen en los cuidadores una gran cantidad de sentimientos ambivalentes hacia ellos mismos y hacia las personas que cuidan. Es muy frecuente la aparición en los cuidadores de fuertes sentimientos de culpa derivados de la sensación de que no están respetando sus propios valores, ni los de las personas que cuidan, cuando tienen pensamientos que dan primacía a su supervivencia física y psicológica, a su derecho a vivir su propia vida, a cuidar de su propia familia, y que dejan en un segundo plano las consideraciones sobre el cuidado del mayor. Muchos

cuidadores llegan a la situación extrema en que perciben cualquier acción dirigida a prestarse atención a sí mismos, a su vida personal o a su salud, como acciones egoístas, lo que les produce una consiguiente sensación de culpa.

Las satisfacciones del cuidado de un familiar dependiente

A pesar de todas las vivencias negativas a las que se ven expuestos los cuidadores de personas mayores dependientes, el cuidado de un mayor dependiente puede ser una fuente enorme de satisfacción personal. La ayuda a un ser querido en el alivio de su dolor, el hecho de intentar hacerle y, en muchas ocasiones verle, lo más feliz posible en los últimos años de su vida, el haber sido fiel al cumplimiento de importantes valores humanos propios como son el altruismo, la compasión y la bondad, y el cuidar de la vida de otro ser humano como un bien que trasciende a la propia persona, son conductas que producen un alto grado de profunda satisfacción personal y que gratifican enormemente a los cuidadores. La puesta en práctica en la situación real de cuidado del familiar de estos profundos valores humanos facilita que el cuidador conecte en su vivencia interna con un sentimiento profundo de fraternidad y pertenencia a la comunidad humana.

En muchas ocasiones la necesidad de que un familiar asuma la tarea de cuidador principal de un mayor dependiente es la ocasión para que se descubra –se reconstruya, o se construya por primera vez– una nueva relación personal entre el cuidado y el cuidador, y por ello mucho más auténtica y satisfactoria, así como una nueva y mejor relación de ambos con los demás miembros de la familia, produciéndose una mayor cohesión familiar y una mayor comprensión y valoración intergeneracional en toda la familia.

Agradecimientos

A José Antonio García-Monge Redondo—cuidador, profesor, consejero, supervisor y amigo—, por su iniciativa, orientación, supervisión y apoyo permanentes.

A los cuidadores de mayores dependientes participantes en el programa *Cuidar al Cuidador*, que han sido —y siguen siendo— una fuente inagotable de aprendizaje vital y un ejemplo de fortaleza personal frente a las dificultades de la vida.

A la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, por poner en funcionamiento el programa *Cuidar al Cuidador* para atender a las necesidades psicológicas de los cuidadores de mayores dependientes.

A la Asociación Cauces, a la empresa Consultores Núñez y Martín, y a los psicólogos del programa *Cuidar al Cuidador*,¹⁰⁶ por su compromiso con los objetivos humanos profundos del programa.

¹⁰⁶ María Jesús Álvarez de Diego, Teresa Andrés Mascuñana, María Nieves Chico de Guzmán Escrivá de Romaní, Loreto Cid Egea, Ana Espinosa González, Rosa Fernández López, Laura García Galeán, Guillermo Gil Escudero, José Manuel González Trobo, Pedro Pablo Herráiz Domingo, José María Herrera Jofre, Macarena López Anadón, Concepción Marrodán Mazo, María Isabel Mayoral Parras, Cristina Otero Boticario, Cristina Peñalba de las Heras, Carlos Ramos Santos, Francisco de Vicente Pérez, Mónica Rodríguez Zafra, Cristina Ruiz de Arana Marone.

El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial de Eugene Gendlin: Psicobiografía del autor

Dr .Carlos Alemany Briz
Departamento de Psicología
Universidad Pontificia Comillas.Madrid

En este trabajo que presentamos hoy queremos entrelazar 2 variables sobre Eugene Gendlin, fundador de la Psicoterapia Experiencial. Por una parte indicar algunos de los grandes hitos de su vida (fechas, años, décadas) y por otra cómo se entrelaza ahí la construcción de su teoría de la personalidad, su teoría teoría del cambio terapéutico etc. En definitiva poder percibir cómo y de qué manera va avanzando temporal y evolutivamente sus importantes contribuciones históricas y procesuales. Eso es en definitiva lo que queremos decir cuando hablamos de exponer la psicobiografía de Eugene Gendlin.

Este es un tema inédito hasta ahora. Y lo he querido trabajar con la convicción de que el diseño a grandes rasgos de su psicobiografía, de que el reconstruir ciertas fechas de la vida de Gendlin y ponerlas en relación con su proceso y sus resultados en esos momentos, eso nos va a ayudar a ver tanto su evolución como el distinto peso de sus contribuciones a la historia de la psicoterapia en general y de la psicoterapia experiencial más en particular. experiencial.

Eugene Gendlin nace en Viena el día de Navidad de 1926. ¡Bonito regalo para cualquier familia recibir un niño precisamente el día de Navidad y sin duda también para la suya! Este año ha cumplido pues los 80 años y está en plena forma. Pero entonces era otra cantar. Eso sí, el que su lengua materna fuera el alemán le permitiría desde joven profundizar en los matices que proporciona el idioma original y así disfrutaría leyendo a Dilthey, Husserl , Heidegger y otros filósofos centroeuropeos que se han expresado en la lengua de Goethe.

El origen judío de su familia les hace ser objeto de la persecución nazi., como les ocurrió también a psicólogos famosos como Ferenczi, Moreno Rank, Reich, Kerner o Freud. Cuando tenía él 12 años toda la familia logra huir del país, a través de diversas peripecias. Pero contemos una anécdota que al pequeño Eugene se le quedó muy grabada a sus 12 años

“Era **1938**”, escribiré refrescando el recuerdo., la tarde en que los nazis hicieron su entrada en Viena..Había por todas partes banderas rojo-blanco-rojo y las ventanas se encontraban repletas de gente que gritaba frenéticamente. En esta confusión total a mi padre le arrebataron el negocio y con ello había perdido todo lo que había creado. Al fin la policía nos dejaba en libertad con tal de que firmáramos un documento en el que nos comprometíamos a emigrar y no volver jamás. Por in entre las diversas salidas optamos la que iba a Colonia Alguién nos vendía una dirección en Bélgica. Previamente en Viena había que comprar la dirección de Alemania. Partimos en tren hacia Colonia. Allí nos llevó mi padre con él a “la dirección”. Llegamos a la dirección correcta y subimos al último piso donde mi padre se encerró con un hombre en una habitación.

Pasado un cuarto de hora salió mi padre completamente pálido y me dijo “vámonos”. Una vez fuera me explicó que no confiaba en absoluto en ese hombre y que “sus sensaciones” le habían dicho que no..En muchas ocasiones nos había dicho mi padre que él siempre siguió sus sensaciones, pero en esta ocasión su confianza en las sensaciones me parecía incompresible. Nos encontrábamos en una ciudad extraña y sin salida,

Lo habíamos esperado todo de “la dirección y ahora toda esperanza estaba perdida sólo por sus sensaciones. Entonces, añade Gene, y luego muchas veces me he preguntado sobre qué tipo de sensaciones son esas que le comunican a uno algo.. En ocasiones intentaba encontrar en mi una sensación parecida, sin éxito alguno. Esta búsqueda tuvo sus frutos cuarenta años después cuando me preguntaron cómo había descubierto el Focusing ¡Entonces recordé estos momentos, ahí lo había descubierto casi sin darme cuenta”. Hasta aquí el relato juvenil de Gendlin.

La familia logró atravesar Holanda y por ahí llegar a EE.UU. donde se instalaron. La formación de Gendlin, y en parte la mayoría de su posterior ciclo vital, va a tener lugar en la Universidad de Chicago. Llegó a ella porque quería ser filósofo y a esta labor se entregó arduamente. De hecho podemos decir ya desde ahora que Gendlin podemos afirmar sin temor a equivocarnos que Gendlin ha ejercido de filósofo durante toda su vida académica y profesional, que ha alternado cursos de psicoterapia con otros de comentarios a tratados de Aristóteles, la aportación de los existencialistas o la teoría de la relatividad.

Pero volvamos al comienzo a sus inicios en Chicago. Carl Rogers era el director del Centro de Counseling de la universidad. Gendlin conectó con él a través de unos escritos que tenían que ver con la fenomenología de las emociones, la importancia de la empatía etc. Por eso se quiso matricular en un curso de doctorado que daba Rogers supuestamente para futuros terapeutas. La curiosa anécdota, que relata el mismo Gendlin, es significativa:

Llegué a la psicoterapia cuando estaba finalizando mi doctorado en Filosofía. Carl Rogers me admitió en su curso. Pensó que un filósofo podría aportar algo distinto. Sólo me preguntaba si yo era una persona “obtusa en relación con la gente”, como carente de sensibilidad con relación a las personas. (Esto era algo que él había observado en algunos filósofos). Le contesté: “No, no creía que fuera así, ya que la gente solía acercarse a mí y contarme sus problemas a todas horas; sólo quería poder ayudarlos”. En todos estos años – desde aquel día – siempre que cometo un error particularmente estúpido durante la terapia, todavía sigo diciéndome a mi mismo: “Tal vez sea un obtuso total, un torpe de tomo y lomo... Pero sé que fui lo suficientemente afortunado como para ser una persona sensitiva y lo suficientemente removida interiormente como para ser capaz de sentir junto a las personas que hablan desde ese lugar más intrincado y complejo y donde las soluciones simplistas ya no sirven para nada”^{*1}.

La relación entre Rogers y Gendlin, maestro y discípulo quedó particularmente trabada durante estos 13 años en que estuvieron juntos tanto en Chicago como en

Wisconsin. Su relación entre ellos fue intensa, amigable y de mutua colaboración tanto en el desarrollo conceptual que ambos tenían en su búsqueda de las condiciones centrales que hacían posible el cambio terapéutico como en las investigaciones que llevaron a cabo durante este tiempo.

Gendlin se gradúa en Filosofía en 1950 con una tesina sobre Dilthey y el problema de la comprensión del significado humano en la ciencia del hombre. Y se doctora en la misma universidad en 1958 con una tesis doctoral titulada “The function of the experiencing in symbolization”.

De hecho toda esta década de los 50 y comienzos de los 60 la va a dedicar a explorar y contestar a su pregunta fundamental “¿Cómo se crean los significados?, ¿Cómo llegamos a tener experiencias significativas?. Para ello trabajará en un recorrido de toda la filosofía de su tiempo y autores como Husserl y su fenomenología y Merleau-Ponty y su concepción de la corporeidad tendrán sobre él una especial influencia.

El fruto de ello es el año de 1962 donde Gendlin publica su primer libro :”*Experiencing and the creation of meaning: an philosophical and psychological approach to the subjective*”^{*2}. En él ofrece una solución, justifica su propia síntesis y traza un puente para la psicoterapia experiencial. El libro se ha reeditado en 1990 y fue traducido al japonés en 1993. Es el momento donde queda plasmada su propia teoría del “experiencing o flujo de experiencias. Gendlin señalará que este experiencing tiene una serie de características: es por una parte la capacidad de tener experiencias y al mismo tiempo lo que posibilita la posibilidad del despliegue de la experiencia en nuevos y cambiantes significados. Es corpóreo, nos podemos referir a él de una manera directa, es pre-verbal y es fuente de significados.

Gendlin afirma:

“Hasta ahora se asumió que el significado reside en el experiencia sentido y que la lógica no hacemos mas que distorsionarlos o que por el contrario éste reside en la lógica y el sentimiento – por tanto- no es más que un caos

que hay que evitar. El significado se forma de la interacción entre el experiencing y algo que funciona como símbolo” (1962).

Esa fue la clave de su trabajo posterior. Se forman las experiencias significativas porque podemos atender por una parte a este experienciar, que en nosotros es algo vivo, natural y preverbal y por otra parte lo podemos simbolizar, expresar con todo tipo de símbolos. A Carl Rogers le gustó mucho esta reformulación de lo que él iba buscando al tratar de delimitar qué era exactamente la congruencia.

Con todo ello Gendlin había logrado por una parte retraducir el término filosófico “existencia” a otro más psicológico de “experiencia”, y ponía así todo su fundamento filosófico a la otra vertiente de su trabajo que era el terapéutico y que comenzaba con la década de los 60.

Ahora ya , en el equipo de colaboradores de Rogers, se sumó a crear una teoría de la personalidad que tuviera que ver con una vertiente filosófica por una parte y un apoyar la investigación sobre el cambio terapéutico que estaba llevando a cabo entonces en numerosas investigaciones. Fruto de todo ello es que en esta década de los sesenta Gendlin publica varios artículos sobre las nuevas direcciones de la terapia-centrada-en-el-cliente, pero también sobre los nuevos conceptos de la terapia experiencial, sobre la fenomenología experiencial, sobre el cambio terapéutico, sobre su teoría de la neurosis y de la psicosis etc.

Dentro de esta década una fecha importante es la de 1969. Gendlin, en la que junto con su equipo de colaboradores publican el manual de la Escala Experiencial (*“The Experiencing Scale: a research and training manual”* Vol. I y II,*3,) y lo harán en la Universidad de Wisconsin donde están llevando a cabo este trabajo en equipo., con Rogers entre otros. Era una escala de 7 niveles para medir el nivel experiencial o de contactos con los sentimientos que trabajaban los clientes asociados a sus experiencias habituales. De hecho ha sido el instrumento empírico más importante de investigación que se ha usado durante estos años dentro de la psicoterapia experiencial. Esta escala ha sido traducida al alemán (1977), al holandés(1978), al japonés (1986) y al español (1997) y ha sido utilizada en numerosos trabajos de investigación entre ellos en una

treintena larga de tesis doctorales, la última de ella presentada en España en nuestra universidad de Comillas en el año 2004*4.

Merece la pena insertar una cita que ponen Gendlin y sus colaboradores en el manual de dicha escala:

“Experienciar, básicamente implica nuestra sensación de estar en interacción preverbal, preconceptual, corporal, con el medio ambiente, una sensación a nivel visceral del significado sentido de las cosas. Incluye la sensación de tener experiencias y el flujo continuo de sensaciones, impresiones, eventos somáticos, sentimientos, caer en la cuenta en algo reflexivamente y significados cognitivos que surgen en el campo fenomenológico de uno mismo.

El experienciar no es la reconstrucción de eventos, pero incluye su significado sentido personalmente. No es una batería de conceptos u operaciones lógicas; más bien es el referente interno usado para anclar conceptos.

*De igual forma, el experienciar no es simplemente la experiencia de afecto o la mera autoconciencia. El término incluye una gama más amplia de significados implícitos que estructuran sensación y sentimientos, así como el significado personal de las reacciones de uno mismo ante los diversos eventos”*5.*

*Gendlin seguía inmerso ya simultáneamente en seguir desarrollando la filosofía de su psicoterapia y al mismo tiempo, a la luz de los resultados con la escala experiencial y con sus propios aprendizajes como psicoterapeuta va creando una herramienta terapéutica que le llamará Focusing. Se trataba de cómo ayudar a terapeutas y clientes a practicar esta forma operativizada de congruencia que se formaba en la relación entre el experienciar y la simbolización. Ya en diversos artículos de su teoría de la personalidad aparece referencia a este ejercicio que empezaba a practicar y empezaba a enseñar. Pero creo que merece la pena el resaltar el que escribió en 1969 y que lo titulaba sencillamente “Focusing”*6. En él empezaba diciendo que el Focusing experiencial es un procedimiento terapéutico. En este artículo tenía 3 partes muy claras: en primer lugar describir el procedimiento de Focusing, en segundo lugar demostrar cómo este procedimiento puede ajustarse a la*

relación psicoterapéutica para terminar encuadrando y situando el contexto experiencial en el que surgió este procedimiento terapéutico.

Este artículo es un excelente resumen del trabajo de toda la década. Resume con mayor claridad los fundamentos teóricos y filosóficos de su terapia experiencial, los antecedentes de su investigación, indica en qué consiste la síntesis basada en principios experienciales, la interacción entre terapeuta y cliente y la función de ambos en el proceso terapéutico. Pero además, incluía el método práctico de llevarlo a cabo: El primero lo titulaba “Manual de Focusing” y eran sugerencias muy concretas, intercalando pausas de minutos entre ellas, que el terapeuta debería usar para que el cliente estuviera cerca de su experienciar y este se pudiera expandir, desplegar a lo largo del proceso de interacción entre ambos. El segundo instrumento lo titulaba “Cuestionario post-focusing” y era un cuestionario para que fuera respondido por el cliente verbalmente o por escrito para ayudarle a concretar en qué momentos surgió la simbolización adecuada, en qué otros hubo bloqueo, como fue el cambio corporal sentido, que sucedió como novedoso, distinto o sorpresivo durante toda esta interacción

En este momento, 1969, podemos decir que Gendlin había hecho su propia síntesis de filosofía de la psicoterapia y había empezado a crear los instrumentos necesarios para practicarla. Todo ello le valió un importante reconocimiento académico pues en 1970 recibe el premio de la American Psychological Association (APA) como el mejor profesional del año, precisamente por sus aportaciones a la psicoterapia experiencial.

Durante toda la década de los 70 Gendlin se dedicará enteramente a practicar Focusing con este manual, a entrenar a jóvenes terapeutas en él, a utilizarlo en nuevas investigaciones, a sugerir cómo se puede utilizar en conjunción con otras líneas psicoterapéuticas del momento etc. Pero al mismo tiempo no deja de reflexionar sobre una teoría podríamos decir más aplicada a los problemas que le plantean esta nueva fase de su vida. Así publicará artículos con títulos tales como: “El uso de la imaginación en Focusing”, “La toma de decisiones”, “Psicoterapia centrada-en-el-cliente y experiencial”, “Algunas sugerencias sobre Focusing y meditación” etc.*7.

Crearé también los grupos “Cambios”, donde fundamentalmente se practicará 2 cosas: la escucha empática y el Focusing experiencial. Y eso de una manera informal, donde en la misma práctica unos enseñan a otros y mutuamente unos y otros aprenden cómo aplicarlo a los sucesos de la vida diaria.

1978 es otra fecha importante para retener. En ese año aparece el libro titulado “Focusing”^{*8}. El libro se publicaba en edición normal, bien presentada, quería ser sumamente práctico y para ello Gendlin había diseñado más pedagógicamente lo que el cliente tenía que hacer para ese enfoque corporal de sus experiencias, para que se pudiera formar y descubrir el significado sentido de la misma y llevar adelante ese despliegue de una forma intencional. Lo resumió en 6 pasos o movimientos que tituló:

Despejar un espacio

Permitir que aparezca la sensación sentida de lo que se enfoca

Expresarla, o mejor permitir que se exprese con diferentes formas de simbolización (palabras, imágenes, movimiento etc.)

Resonar o un ir y venir entre la sensación y su simbolización para lograr el mejor ajuste posible.

Hacer preguntas: para ir más allá de lo que se está trabajando, para realizar una interesante forma de profundización o de conexión con otros antecedentes

Terminar el rato del enfoque. Este terminar es un estilo de cerrar que puede deberse a distintas circunstancias: dejarlo ahí porque el tiempo nos lo está pidiendo, porque lo dejamos encauzado para volver a ello en otro momento, porque ha habido un cambio suficiente etc. Pero lo terminamos, en forma parecida a cómo empezamos recibiendo y agradeciendo lo que ya vino y abiertos a que pueda seguir el proceso abierto e interacción en otros momentos distintos y con otros símbolos distintos.

Estaba pues diseñada la herramienta terapéutica con sus pasos, sus ejemplos, su capítulo dedicado al manual del escuchar y comentadas algunas de las dificultades que aparecían al ponerlo en práctica.

Tipográficamente hablando el libro había aparecido en tapas duras, bien presentado por una editorial suficientemente conocida. Pero Gendlin recibió la oferta de una editorial mucho más importante para que lo publicara como libro de bolsillo. Así en 1981 ,con apenas retoques, aparece Focusing publicado en edición de bolsillo y en una edición que costaba cuatro dólares y medio*9. La edición , desde el punto de vista tipográfico, era peor que la anterior en el sentido de no tener tapas duras, estar el texto mucho más apretado como corresponde a las ediciones de bolsillo pero complacía plenamente a un Gendlin que quería que su instrumento resultará económicamente accesible a una mayoría lo más amplia posible. Esto no es más que una expresión de la sensibilidad social de Gendlin

El libro incluía al final una guía breve de todos los pasos o movimientos. El enfoque corporal , tal como lo pensaba y lo ofrecía el autor , podía utilizarse para lograr diferentes finalidades dentro de contextos distintos. Se puede tomar como una técnica terapéutica con la que enfocar problemas y tensiones para saber estar con ellos y permitir que cambien. O en otro extremo se puede utilizar para explorar y contrastar la experiencia en la toma de decisiones importantes, o para atender, cuidar y alimentar aspectos positivos de la propia persona. Todo ello tiene su hueco dentro de la tradicional relación de ayuda profesional, pero no sólo. Porque se puede orientar – igualmente – como una pedagogía de la creación de actitudes que integren y expresen más profundamente la relación entre lo mental y lo corporal. Y así mismo se puede utilizar como una vía para el crecimiento personal, un mayor aumento de la consciencia personal corporalmente sentida o una manera de acceder a la vivencia positiva de uno mismo.

El libro, que como decimos ya se estaba utilizando en manuales previos como borrador, tuvo una amplia acogida. El original ha llegado a nuestros días sin ninguna variación y que ha producido más de una veintena de reimpresiones han elevado su venta a más de 400.000 ej. , a lo largo de estos últimos 25 años lo cual es todo un record . Por otra parte el interés internacional por poder llevar a las respectivas lenguas nacionales la técnica llevó a que pronto aparecieron traducciones en diversos idiomas: del 81 al 86 aparecieron las traducciones holandesa, alemana, japonesa, sueca, española, danesa, francesa y húngara. Y en los últimos años, del 2000 hasta hoy la italiana, hebrea, griega y rusa.

Todo ello indica no solo la expansión de la técnica sino las numerosas aplicaciones y el movimiento que se ha producido tanto en los profesionales de la relación de ayuda como en personas que lo han utilizado en cursos de crecimiento personal.

Volviendo al itinerario psicobiográfico de Gendlin la década de los 80 significará para él un volcarse en la enseñanza de la técnica en numerosos talleres y su creciente reputación internacional hará que esté continuamente llamado a diversas universidades estadounidenses y de otras naciones (Canadá, Japón, Alemania) a que explique tanto los principios de la psicoterapia experiencial, como que haga demostraciones del uso de Focusing.

Pero Gendlin, pensador empedernido, siempre dando vueltas a las cosas para ir completando las piezas de su puzzle como terapeuta e investigador, mientras seguía atendiendo a su consulta particular, publicará en esta década artículos tan interesantes como los siguientes: “Focusing y el desarrollo de la creatividad”, “Movimiento, objetivación y Focusing”, “Crítica política del “darse cuenta”, “El cliente del cliente: la vertiente del darse cuenta”, “Reflexiones sobre el self”, “¿Qué viene después de la investigación tradicional en psicoterapia?”, “Crítica filosófica del concepto del narcisismo”, “Emoción y terapia”, “Focusing y parejas”, “In memoriam: Carl Rogers” etc.,*10. Por cierto que este es una muy interesante necrológica de quien fue su maestro su colega y su amiga. Pedida por la prestigiosa revista *American Psychologist* no se puede decir más y mejor que lo que Gendlin expuso en estas apretadas y sugerentes páginas.

Dentro de esta misma década otro punto de inflexión supone la publicación de un nuevo libro en 1986. Lo titulaba “*Let your body interpret your dreams*” traducido en lengua española como ¡Deja que tu cuerpo interprete tus sueños!. En él Gendlin exponía como aplicar el nuevo método terapéutico a la interpretación de los sueños. El método aparecía sumamente original porque partía del cuerpo y proponía una serie de preguntas como metodología pedagógica para trabajar simultáneamente Focusing y sueños en el cuerpo y desde el cuerpo. Ello le implicó al autor a dedicar gran parte de los talleres y cursos de formación a explicar, trabajar en directo, responder a preguntas etc y de hecho ha sido una brillante aportación con la que siguen trabajando muchos

grupos hoy en día. Ha ello ha contribuido que dicho libro se tradujo al japonés, al alemán, al holandés y al español.

La década de los 90 está marcada por dos libros fundamentales, aparte de otros artículos a los que haremos mención, que revelan los puntos evolutivos de interés de Gendlin en esos momentos.

En 1996 publica su esperado libro “*Focusing-Oriented Psychotherapy. Manual of the Experiencing Method*”^{*11}. El libro está dividido en 2 partes: en la primera el autor desarrolla de forma muy desmenuzada sesiones de Focusing para comentarlas, apuntar puntos de inflexión para el cambio terapéutico, la importancia de la atención corporal, problemas de la enseñanza de Focusing durante la terapia etc.

La segunda parte la dedica a la integración de Focusing, como herramienta terapéutica con otros modelos como el psicodinámico, el psicodrama, la bioenergética, la gestalt, la terapia conductual etc, algo que él ha animado siempre a que sus alumnos lo hagan. Focusing se puede utilizar como herramienta en si misma dentro del paraguas del enfoque centrado en la persona y particularmente del escuchar terapéutico, pero es muy útil que signifique el hilo experiencial que se intercala en otros modos de hacer terapia y esa misma forma las va a potenciar a todas.

Desde que había publicado el libro de la técnica, que era el mismo para ser utilizado tanto por profesionales como por todo tipo de personas para un crecimiento más integrador, Gendlin no había sintetizado toda su experiencia para los profesionales de la relación de ayuda. Por eso fue muy bien recibido este manual que integraba práctica muy analizada con orientaciones integradoras muy bien sugeridas. De hecho el original ya está traducido al japonés, al español y al alemán.

Simultáneamente Gendlin sigue publicando artículos de aplicaciones y de nuevos intereses en esta década de los 90. Mencionamos entre otros: “Los pasos del proceso terapéutico: cómo surgen y cómo ayudarles a que surjan”, “Tres aprendizajes a partir del enfoque corporal de los sueños”, Las palabras pueden decir cómo funcionan”, Logros y problemas de la Psicología Humanística”, “El entramado y la

profundización: algunos términos relativos a la línea divisoria entre la comprensión natural y la formulación lógica” etc.,*12.

En 1999 y ya en la jubilación de su cátedra, la Universidad de Chicago le encarga coordinar un “What on ground after inter Postmodernism?”. El congreso es interdisciplinar y acuden psicólogos, filósofos, literatos, antropólogos con la idea de hacer un diagnóstico de la sociedad actual desde el impacto que ha dejado y está dejando la postmodernidad. Es un congreso que mira en prospectiva hacia el futuro y en el que Gendlin se implica completamente porque él está particularmente interesado en cerrar el ciclo que empezó hace más de 40 años cuando puso los fundamentos de una filosofía de la psicoterapia que ha resultado particularmente acertada, de muchas aplicaciones y de un profundo impacto académico y profesional.

A desbrozar todo este nuevo proyecto, a encauzarlo y transmitirlo, a someterlo a diálogo con otras orientaciones, a eso se dedica estos últimos 10 años. El título del libro “The process model”, no está publicado formalmente pero uno lo puede encontrar en la página web del Instituto Focusing, contiene el conjunto de su teoría. Conforme lo ha ido perfilando le ha puesto ya un nombre “Thinking at the Edge”(TAE, pensando desde el borde). Es una nueva y atractiva combinación entre el experiencing y el procesamiento lógico y experiencial de la información. Y todo ello al servicio del sujeto, mejor dicho de lograr hacer un proyecto vital para el sujeto y desde el sujeto mismo.

El TAE sólo se puede entender desde la aportación y el entrenamiento en Focusing, sólo se puede hacer avanzar si uno sabe trabajar con sus propias sensaciones sentidas. Si no se da una sensación sentida corporal que guíe, los pasos del TAE pueden resultar frustrantes. Primero uno tiene que haber comprobado si ha logrado tener la habilidad que supone haber practicado la técnica, haber guiado a otros con la misma etc. Si no se da esa base experiencial, uno se queda sólo con la idea teórica y la inventiva propia y los pasos del, TAE no servirán, afirma rotundamente el propio Gendlin en el último número de la revista del Instituto que ha sido un monográfico dedicado al TAE*13. (2004)

Gendlin y sus colaboradores, hasta convertirlo en un modelo de 14 pasos. TAE ofrece un camino para dejar que emerjan formas de lenguaje espontáneo, un camino para diferenciar un camino sentido en varias ramificaciones, una forma de construir nuevas estructuras conceptuales directamente procedentes de los acontecimientos y un camino para usar la lógica y la sensación sentidas juntas, de forma que eventualmente nuevas unidades lógicas emerjan y puedan ayudar a construir el mundo personal de cada uno y el mundo de la nueva globalización.

Cuando los términos articulan una sensación sentida y además adquieren conexiones lógicas, esta dualidad hace que desde cualquier declaración verbal nos podamos mover en dos direcciones: la lógica genera, por una parte, deducciones que no se podrían encontrar de otra manera. Y por otra parte, siguiendo las implicaciones implícitas, se puede llegar allí donde la lógica nunca podrá llegar. Una explicación puede ser confusa en muchos sentidos, pero la sensación sentida que trata de ser articulada por el modelo del TAE, es al menos posible, desde el momento que está sucediendo y nos abre pasos para que sea progresivamente viable.

En conclusión, hemos querido resumir en estos breves párrafos el sentido del modelo del TAE, al que Gendlin está entregado desde estos últimos años en cuerpo y alma, sobre el que imparte personalmente sus cursos y lo guía a todo el que quiere acudir a él. Sin duda percibimos una intención de buscar la máxima accesibilidad y la mayor utilidad tanto para el terapeuta como para el cliente, para el que guía y para el que es guiado. Y una cierta urgencia de que la práctica lo vaya haciendo accesible, adoptable y manejable primero por sus colaboradores, luego por los expertos y trainers y finalmente por todo el mundo, como ha sucedido con su ya famosa herramienta terapéutica llamada Focusing. Lo mismo que en Focusing se trata de estar junto a algo que es real, que uno lo siente en el cuerpo pero que no es claro, que todavía posee un significado implícito. Aquí Gendlin lleva a la persona al mismo terreno, al de lo “no claro”, a pensar desde lo que no está claro pero está realmente sentido. La relación entre lo declarado y lo sentido no es idéntica. Se abren muchos caminos entre una afirmación y una sensación implícita intrínseca.

El día de Navidad de este año del 2006 Eugene Gendlin cumplió 80 años. Está en pleno vigor, trabajando afanosamente por cerrar todo el ciclo en el que

ha trabajado arduamente desde que empezó como doctorando de Filosofía a sus veintitantos años allá en su Universidad de Chicago.

La psicobiografía de este itinerario nos ha puesto de relieve en parte su evolución y su dedicación preferente a ciertos temas conforme iban surgiendo. Gendlin todavía sigue luchando hoy en día por hacer accesible un modelo en el que experiencia y simbolización constituya la operativización de la congruencia y en el que sensación corporal y lógica confluyan para aportar al ser humano un método para hacer no un sólo proyecto vital sino muchos otros de tono menor que sean auténticamente personales, que estén guiados desde el adentro. A enseñarlo, practicarlo, matizarlo y adaptarlo está dedicando la mejor de sus ilusiones y la buena salud personal de la que goza actualmente. Con ello la psicoterapia experiencial por él iniciada, la escala experiencial como instrumento de investigación, el Focusing como herramienta terapéutica y el modelo del proceso hecho operativo por TAE serán un conjunto de aportaciones que de hecho están marcando ya y de una manera importante un conjunto integrador que tiene mucho sentido y que está suscitando muy diversas aplicaciones.

Eugene Gendlin, investigador, psicoterapeuta y filósofo, (a mi parecer uno de los mejores filósofos de la psicoterapia actualmente vivos) puede estar tranquilo. Su estilo, su docencia, sus publicaciones, su continuo diálogo con otras tendencias son ya una herencia adquirida y personalizada para muchos profesionales de la relación de ayuda lo mismo que para muchos otros que buscan en este enfoque la clave para su crecimiento personal que multiplicada. No es de extrañar que conforme han ido pasando los años su impacto haya sido significativamente creciente, con efecto multiplicador medido por el número de personas de muy distintas naciones, por las traducciones de sus trabajos más fundamentales y por la cantidad de aplicaciones a viejas y nuevas áreas del conocimiento y del sentir humano.

Permitirme terminar con un par de citas una sobre la persona enferma y otra sobre la persona sana:

‘La enfermedad, escribirá en 1973, es vivir en la rutina, con valores ajenos, sin haber estado nunca en contacto con la vivaque fluye dentro de cada uno, sin haber sentido la complejidad de las propios experiencias, de donde surgen las alternativas’.

Y en 1983 escribía:

“Una vez que la persona ha descubierto esta fuente interna, el sujeto ya no puede ser suplantado por alguien o por algo distinto, porque percibe con gran claridad que ningún otro puede conocer mejor la propia vida de uno así como los pasos de su posterior evolución. Uno está abierto a toda clase de aprendizajes, pero la evaluación última procede de dentro”.

PSICOBIOGRAFÍA DE EUGENE GENDLIN

Nacimiento. Viena 1926.

Exilio a EE.UU., 1938

Años 50 : Estudios en la universidad de Chicago. Rogers y Gendlin.

La década de la búsqueda de significados y al escala experiencial. En 1969 publica su artículo titulado “Focusing”.

Filosofía de la psicoterapia. Práctica y entrenamiento en Focusing.

En 1978 publica el libro “Focusing”.

Década de los 80 dedicada a la enseñanza de Focusing. Crece su reputación internacional. En una primera fase el libro se traduce en poco tiempo a 7 idiomas.

En 1986 publica “Deja que tu cuerpo interprete tus sueños”. Focusing, sueños y corporalidad le llevan todo el tiempo.

Lo enseña y lo practica en psicoterapia.

En 1996 publica su esperado libro de Focusing como psicoterapia para los profesionales.

University of Chicago : What after postmodernism? (1999)

The process model & Thinking at the edge (TAE)

En esta última década Gendlin tiene una dedicación plena a aplicar y perfilar su TAE para que llegue al número máximo de personas posible.

CITAS

- 1* Alemany C., (1997) La psicoterapia experiencial y Focusing. La aportación de E. Gendlin. Ed. Desclée. Bilbao.
- 2* Gendlin E., (1990) Experiencing and the creation of meaning: an philosophical and psychological approach to the subjective. Free Press. New York Gendlin.
- 3* E., Klein M., Mathieu M., y Kiesler D., (1969) "The Experiencing Scale: a research and training manual".
- 4* Madison Wisconsin. Vol. I y II. Aguilar E., (2004) Una nueva medida del experienciar. Tesis doctoral no publicada. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.
- 5* Aguilar E., (2006) Alternativas de medición del experienciar de Gendlin. Miscelanea Comillas 64 (125) 529-568.
- 6* Klein M., Mathieu P., Gendlin E. y Kiesler D. (1967). The experiencing Scale. A research and training manual. 1, 59-64.
- 7* Wisconsin: Madison. Gendlin (1969) Focusing. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 6, (1), 4-15.
- 8* Todos estos artículos pueden encontrarse en : Alemany C., (1997) La psicoterapia experiencial y Focusing. La aportación de E. Gendlin. Ed. Desclée. Bilbao Gendlin E. (1978). Focusing. Everest. New York.
- 9* Versión española: Gendlin E., (1983) Focusing: Proceso y Técnica del Enfoque Corporal, Ed. Desclée. Bilbao (6ª edición 2002)
- 10* Gendlin E., (1981) Focusing. Bantam Books. New York
- 11* Todos estos artículos pueden encontrarse en: Alemany C (1997) La psicoterapia experiencial y Focusing. La aportación de E. Gendlin. Ed. Desclée. Bilbao
- 12* Gendlin E., (1996) Focusing –Oriented Psychotherapy. Manual of the Experiential Method.. Guilford, New York. Traducción española: El Focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial. Ed. Paidós, Barcelona 1999.
- 13* Todos estos artículos pueden encontrarse en : Alemany C., (1997) La psicoterapia experiencial y Focusing. La aportación de E. Gendlin. Ed. Desclée. Bilbao Gendlin E, Hendricks M., (2000-2004) TAE is only posible with Focusing” The Folio, 19-1, pag. 13

FORMACIÓN UNIVERSTARIA EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

Coord. Jesús Labrador

La psicoterapia como imposibilidad pedagógica¹

Norma Maldonado Santiago, Ph.D.
Wilmarie Palomo Colón, B.A.

Colegio de Estudios Graduados, Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico

“Es nuestra convicción que el crecimiento de nuestra vida personal no solamente es inseparable de nuestra vida profesional, sino que es también nuestro mayor instrumento teórico” (Boszormenyi-Nagy & Sparks, 1988)

RESUMEN

La psicoterapia como espacio de encuentro humano y por lo mismo complejo, supone un proyecto colaborativo caracterizado por la confianza, el respeto y las actitudes democráticas. Como espacio esencial de la escucha y como herramienta clínica nos invita, nos convoca y nos compromete a integrar los saberes clínicos, sociales y culturales y a la aplicación crítica de los diferentes modelos teóricos.

Desde un enfoque terapéutico en el que el terapeuta se asume como ignorante y al cliente como el experto, proponemos una presentación a modo de reflexión en torno al contexto teórico y práctico de la psicoterapia en el proceso de formación universitaria en Puerto Rico. ¿Es posible enseñar a hacer psicoterapia? ¿Qué supone ese enseñar? La formación universitaria en psicoterapia es una invitación a que el estudiante expanda su conciencia para aprender a cómo mejor desarrollar su propio estilo de hacer psicoterapia. Asimismo de mirarse como se desarrolla profesional y personalmente en la medida que el proceso de psicoterapia tiene lugar. Como un proceso dual (profesional y personal) que involucra al terapeuta y a la persona que solicita los servicios, supone un ciclo de interacción indivisible. Por lo mismo, los procesos de autorreflexión y autoobservación se constituyen como dispositivos indispensables en el proceso de formación académica. La presentación se nutre de las reflexiones y discusiones sostenidas con los estudiantes en práctica de psicoterapia y la supervisora.

Introducción

Este trabajo pretende ser una reflexión en torno al contexto teórico y práctico de la psicoterapia en el proceso de formación universitaria en Puerto Rico particularmente en el Programa Graduado de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR). A modo de contextualización, y dado la limitación de tiempo, haremos una breve exposición crítica de las condiciones histórico-sociales que han propiciado el surgimiento y desarrollo de la psicología en Puerto Rico. Plantearemos los supuestos teóricos y metodológicos en los que descansa nuestro acercamiento al proceso de formación académica en psicoterapia. Las preguntas que dirigen este trabajo. ¿Es

posible enseñar a hacer psicoterapia? ¿Qué supone ese enseñar? serán abordadas partiendo de las reflexiones de los estudiantes. Presentaremos trozos de sus narraciones en las que se plantean y replantean su rol como terapeutas. Concluimos con unas consideraciones finales que apuntan a una visión alterna de lo que supone la formación académica en psicoterapia y una exhortación a hacer del encuentro estudiante/profesor, supervisor/supervisado un espacio para reflexionar, cuestionar y construir nuevos saberes.

Surgimiento y desarrollo de la psicología en Puerto Rico

Puerto Rico, conocida como la Isla del Encanto, es un archipiélago que forma parte de las Antillas Mayores. Ubicada en el Caribe y dada sus condiciones política y económicas, se caracteriza por una marcada influencia de la psicología estadounidense, por lo que ha quedado un tanto rezagada de los desarrollos de la psicología en Latinoamérica.

El desarrollo de la psicología en Puerto Rico tiene sus inicios con la creación de la primera institución universitaria (Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras) en 1903. Para esa época se comenzaron a ofrecer cursos de psicología en currículos de Educación. Estas materias, eran ofrecidas por psicólogos y psicólogas quienes habían cursado estudios en Universidades de los Estados Unidos y otros países (Boulón, 1993; Echegaray, 1999). Aproximadamente hasta la década del '20, los cursos en psicología respondían a las escuelas funcionalistas y experimentales. Luego, el interés en la psicología fue orientándose hacia el trabajo clínico y de personalidad (Roca, 2001).

Poco a poco, surgieron condicionantes que permitieron el desarrollo de la psicología como disciplina en Puerto Rico. El mismo fue uno vertiginoso, creándose cursos de bachillerato en psicología alrededor de la isla. Pero, los mismos eran limitados, por la carencia de personal docente preparado para la disciplina (Boulón, 1993). Con el interés creciente, se creó el primer departamento de psicología en la Universidad de Puerto Rico (UPR) en el año 1954. Esto, a su vez creó el espacio para fundar la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico (hoy Asociación de Psicología de Puerto Rico), en ese mismo año (Boulón, 1993).

Por la necesidad de psicólogos en la isla y el interés de aquellos que deseaban una formación psicológica, en la UPR y en el Centro Caribeño de Estudios Postgraduados (ahora Universidad Carlos Albizu-UCA), se crearon los primeros grados

de maestría en psicología general. El enfoque de estos era uno psicodinámico, haciendo énfasis en el psicodiagnóstico (Roca, 2001). Actualmente, existen siete instituciones alrededor de la isla que ofrecen programas de psicología a nivel graduado con especialidades en Psicología Clínica, Industrial-Organizacional, Escolar, Social-Comunitaria, Académica-Investigativa y Consejería.

El Programa Graduado de Psicología de la PUCPR, tiene 7 años de creación y prepara a psicólogos y psicólogas para obtener el grado doctoral en filosofía (Ph.D.), en psicología clínica (Psy. D.) y en Psicología Industrial-Organizacional. Al momento de su creación no existían programas doctorales en psicología clínica en el área suroeste, requisito para cumplir con la Ley 96 que reglamenta la práctica de la Psicología en el país. El Programa Graduado en Psicología Clínica, promueve un enfoque metateórico que permite abordar los componentes socio-históricos que forman parte de la dimensión humana, buscando aproximarse a una visión de ser humano complejo que en la interacción y convivencia logre una mejor calidad de vida (Propuesta para la creación programa doctoral en psicología clínica, 1998).

No obstante, cabe señalar que pese al acrecentado desarrollo de la psicología en Puerto Rico, éste ha estado sujeto a las exigencias, necesidades y paradigmas provenientes de los Estados Unidos. La situación socio-política, le ha limitado exponerse al desarrollo de la psicología en países de Europa y Latinoamérica. Por lo que su marco referencial está descontextualizado de la realidad que el puertorriqueño ha construido. Echegaray (1999) señala que la Psicología en Puerto Rico ha estado enajenada y continúa enajenándose del contexto social del país. Ha dominado una praxis dogmática de la Psicología, particularmente en la psicología clínica, en la que los discursos patologizantes, autoritarios e inflexibles reducen la complejidad humana a la sistematización diagnóstica.

Desde esta particular mirada, la pericia del/la terapeuta está en la comprensión teórica, el conocimiento de los fenómenos psicológicos y del comportamiento humano. Partiendo de una base de conocimiento anterior (teoría generalizada), el terapeuta explica (diagnostica) y trata el fenómeno o el comportamiento. Entendemos que tales creencias se erigieron y aun se erigen, por un lado, como un modo de legitimar la creencia en la existencia natural de unos fenómenos psicológicos, con independencia de la elaboración que de ellos hacemos, nosotros, los psicólogos y psicólogas. Al hacerlo esconden las determinaciones históricas, culturales, prácticas que posibilitan y legitiman unos saberes psicológicos por sobre otros. Por otra parte, el reclamo de una forma de

conocer la realidad psicológica, como el modo privilegiado de accederla (la objetividad) separa a los sujetos de la psicología (profesionales y públicos) de su producción. (Maldonado Santiago, Soto Martínez, Rivera Lugo & Sánchez Peraza, 2005). Resultando en unos psicólogos y psicólogas a quien sólo nos toca *dar cuenta* de la realidad psicológica de aquellos con quienes trabajamos y en unos *pacientes-clientes* que deben acatar la *verdad* que dictamos *objetivamente*. Creer que la realidad existe al margen de cómo la accedemos y que existe un modo privilegiado para conocerla, *tal como es* son ingenuidades peligrosas (Ibáñez, 1994; 2001).

Desde esta perspectiva la sicopatología deviene medida lineal, como causalidad lineal y cuantificable, reduciendo el entendimiento del dolor humano a criterios estadísticos, valorativos y clínicos. Supone a su vez una tendencia a la simplificación y a la objetivación de los problemas que parecería reducir la vida psíquica y los problemas sociales a una inadecuación de los comportamientos respecto al ideal de normalidad, respecto a los parámetros esperados y determinados en un contexto particular. Ser, pensar y actuar de forma diferente se sitúa como variante, como desviación, como amenaza y se sitúa además dentro del terreno de lo diagnosticable, de lo patológico, obviando que el comportamiento debe contextualizarse en función de la historia del sujeto (Gómez, 2005).

El discurso tradicional del papel del terapeuta en ese encuentro supone una posición de poder, de conocedor y por lo tanto de experto. Fungiendo como experto, el terapeuta cierra toda posibilidad de permitirle a la persona participar en esa significación. El/La terapeuta “conoce” la situación del cliente (mas que el cliente mismo), “diagnostica”, interviene y provee el “tratamiento” adecuado para manejar la queja de la persona. El terapeuta parte de sus preconcepciones dejando de lado la narración de la persona.

Como terapeutas estamos atravesados por un sinnúmero de situaciones y eventos para los que no tenemos respuestas específicas o inmediatas. Nos encontramos en múltiples ocasiones en una encrucijada definida por diversos sistemas e instituciones sociales (Departamento de la familia, Departamento de Salud, Sistema de Justicia) que encarnan una ideología particular y que se traducen en la política pública de las agencias. Estos promueven por un lado el acceso a los servicios de salud mental y por el otro, generan un contexto en el que el terapeuta se convierte en el ejecutor de lo que esas instituciones requieren.

Sin embargo, al enfrentarnos a un período en que todo es cuestionable y no existe la verdad absoluta, surge la necesidad de dar cuenta de lo no explicable. Es así como al ir reconociendo estos espacios olvidados que la misma naturaleza humana exige, se han ido creando teorías que intentan explicar el ‘todo’ del ser humano. Como parte de este nuevo saber, comienza a verse a la psicología desde el pluralismo. Mirada que supone que el proceso terapéutico debe responder a la relación entre el cliente y el terapeuta (Rodríguez Madera y Ortiz-Pons, 2005). Surgiendo sólo en esta relación una complejidad en cuanto a visiones, historias y experiencias que al narrarlas pueden ser reinterpretadas. Lo mismo, invita al replanteamiento de las nociones de enfermedad mental, diagnóstico e intervención.

Así las cosas, se hace urgente y pertinente examinar y enfrentar críticamente la dominación epistemológica presente en nuestra disciplina. Para los que creemos en lo que hacemos y somos conscientes de que la formación académica es el espacio idóneo para construir, para generar nuevas posibilidades, “para ver las cosas de otra manera”; este reclamo es asumido como un reto presente en nuestro quehacer académico.

La formación académica en psicoterapia: Contexto teórico y práctico

Cuando me di a la tarea de articular el seminario de supervisión clínica, surgieron con mas fuerza e insistencia dos preguntas ¿Es posible enseñar a hacer psicoterapia? ¿Qué supone ese enseñar? Como psicóloga clínica y en contraposición al rol tradicional de terapeuta he asumido, frente a las personas que solicitan servicios, una postura de “desconocimiento”, de “ignorancia”, dado que es la persona quien mejor conoce lo que le pasa aunque posiblemente no sabe como le pasa y por eso su demanda de servicios. ¿Como traducir esta postura en el contexto de formación académica particularmente como supervisora en psicoterapia? Es a través de estas interrogantes, que se ha desarrollado un nuevo discurso que invita abordar la noción aprendizaje desde otras miradas *posibles e imposibles*.

Son precisamente los trabajos de Anderson y Goolishan, (1996); McNamee y Gergen, (1996), Neimeyer y Mahoney, (1998) los que facilitaron el contexto teórico desde el cual armar y desarrollar el seminario práctico y el encuentro supervisora/estudiante practicante. La postura de ignorancia en psicoterapia permite que el cliente converse, cuente su historia y se replantee hasta qué punto sus narraciones crean su “perturbación”, su problema, su dolor (Anderson & Goolishan, 1996). Asumir esta postura requiere del/la terapeuta que su comprensión e interpretaciones no estén

limitadas por el conocimiento, las experiencias previas y las formulaciones teóricas dadas como verdades o como puntos de vista privilegiado.

Las conversaciones terapéuticas posibilitan escuchar las confidencias, el saber y la sabiduría de la gente. La subversión, la creatividad, el imaginario. Esto es posible si el acercamiento a la intervención terapéutica se instala como un proyecto colaborativo caracterizado por la confianza, el respeto y las actitudes democráticas (Montijo, 1985), como un proceso de participación conjunta en el que cada persona habla con el otro, no le habla al otro.

La psicoterapia como espacio de encuentro humano y por lo mismo complejo, supone un proyecto colaborativo, un acompañar a las personas a ponerle límites a las prácticas que lo abocan al sufrimiento, al dolor. Es en sí misma una conversación y por lo mismo se vale del lenguaje para interconectar los significados que dan sentido a la relación terapéutica. El lenguaje, el discurso y la conversación son universos vagos, precarios, insuficientes e incompletos y por lo mismo sujetos a la significación de quienes lo producen.

La terapia como un sistema lingüístico tiene lugar en una conversación terapéutica. Conversación que conduce a la búsqueda, a la exploración mutua a través del dialogo, un intercambio de doble vía, “un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la di-solución de los problemas y por lo mismo a la di-solución del sistema terapéutico” (Anderson y Goolishan,1996, Pág.47).

El papel del terapeuta es crear el espacio que facilite la conversación dialogal libre y en el que pueda producirse una nueva narración, la narración de las historias “aun no contadas”. Una herramienta fundamental de ese espacio conversacional y del proceso dialogal es la pregunta terapéutica. Pregunta que de ninguna manera esta desvinculada de la escucha. Escuchar los significados. Es escuchar de tal modo que la experiencia previa del/de la terapeuta no impida el acceso al significado de las descripciones que hace la persona de su propia experiencia. El terapeuta desde una postura de la ignorancia no busca los significados que validan su teoría (narraciones teóricas predeterminadas) pues esto supondría invalidar la singularidad de los relatos de la persona y con ello su identidad misma (Anderson y Goolishan,1996). Busca, entonces, si es que debe buscar algo, co-crear nuevos significados, nuevas narrativas.

Es precisamente la creación dialogal de una nueva narrativa, de un significado nuevo y diferente que se construye a partir del re-relato de los hechos de la vida, lo que provoca el cambio en la terapia. Por tanto el/al terapeuta confía en el relato que hace la persona, se muestra curioso, se une a ella en el proceso de exploración, de la comprensión de la experiencia. El proceso de la psicoterapia se torna entonces en una acción conjunta de colaboración y aprendizaje mutuo. Los nuevos significados no son desarrollados y expuestos por el/la terapeuta sino que surgen del diálogo entre la persona y el/la terapeuta, son co-creados, co-construidos. Partiendo de estos supuestos se elaboró la metodología del seminario de supervisión.

Metodología del seminario de supervisión

El seminario Práctica Clínica II, supone la práctica de los fundamentos teóricos y las destrezas de la intervención psicoterapéutica individual con poblaciones diversas en diferentes escenarios comunitarios e institucionales. Pretende preparar al estudiante en una experiencia clínica y didáctica que le proporcione los conocimientos básicos y la oportunidad de desarrollar las destrezas de la intervención psicoterapéutica individual. Una preparación que implica mirarse a sí mismo, reconocer ese espacio de terapia como único y desarrollar un proceso de auto-observación. El curso, pretende servir de base para que el estudiante desarrolle sentido de responsabilidad por sus intervenciones, reconozca posibles interferencias en el proceso de terapia, analice su propia noción de persona y evalúe el marco teórico actual relacionado al proceso de psicoterapia, situándose en el contexto socio-histórico de la población a la cual sirve.

Este curso permite que el estudiante, más que aprender a desarrollar destrezas; se evalúe a sí mismo como terapeuta, reconozca su postura en el encuentro psicoterapéutico y examine de qué manera su noción de *sujeto psicológico* interviene en la terapia.

Dado que es su primera experiencia de psicoterapia con situaciones reales bajo supervisión académica y profesional, los estudiantes y las estudiantes tienen la oportunidad de expandir su conciencia para aprender a como mejor desarrollar su propio estilo de hacer psicoterapia e iniciar el desarrollo de una epistemología del encuentro psicoterapéutico.

Para lograr los objetivos propuestos utilizamos estrategias de discusión y análisis crítico de conceptos fundamentales y temas previamente asignados, ejercicios de autoconocimiento, reflexiones escritas semanales de la experiencia de práctica (auto

evaluación y análisis del proceso de psicoterapia y su impacto en el crecimiento personal y profesional del/de la estudiante en práctica), simulaciones de intervenciones, ejercicios de juego de roles, discusión y consulta de casos asignados en práctica , presentación de sesiones de psicoterapia en video y análisis de las intervenciones psicoterapéuticas individuales. La supervisora como los estudiantes ofrecen retrocomunicación continua directa, clara y honesta lo que promueve el compromiso y la apertura, aprehender los conocimientos y apropiarse de su formación como terapeutas. De este modo los roles de mentoría y supervisión de pares están siempre presentes.

Como supervisora mi agenda es provocar la discusión y la reflexión entre los practicantes y que tomen conciencia de que el espacio terapéutico puede ser un encuadre de distanciamiento, de enjuiciamiento, que reproduce discursos de dependencia, victimización y enajenación o por el contrario un espacio de confianza, respeto, de dialogo liberador, un espacio de co-creación, de empoderamiento, un espacio para la acción. Fundamental para la creación de este espacio es la escucha. Escuchar los significados. ¿Qué supone este escuchar? Respondiendo al momento histórico actual del cuidado dirigido (“managed care”) y la privatización de los servicios de salud mental en Puerto Rico, ese escuchar las palabras de los más silenciados, de los que sufren, de los locos supondría o podría suponer la completa identificación con el discurso médico y con la medicina (la inserción de la psicología en los planes de salud, en los medios hospitalarios, el derecho a prescribir medicamentos y el desarrollo de prácticas terapéuticas dirigidas al control, entre otros).

Desde una mirada crítica alterna, ese escuchar supone reconocer y asumir las subjetividades, las realidades tanto del clínico como de la persona que solicita la psicoterapia. Si el síntoma aparece en el lugar de lo no dicho y si la palabra y el síntoma son la misma naturaleza, entonces el clínico deberá orientar su escucha a escuchar el síntoma en la palabra. Deberá renunciar de su saber, de buscar el dato, el acontecimiento, de hacer inventario. Deberá despojarse de la descripción como explicación. Al renunciar “podrá escuchar y encontrar lo que se dice sin querer, lo que es dicho sin saber que se esta diciendo” (Saal, 1984, p.22). Es asumir su ignorancia reconociendo en el otro (el cliente) su saber. Es sumergirse en lo incierto...

Es en ese espacio esencial de la escucha en la que se ubica el/la terapeuta desde una posición de responsabilidad por la apertura del discurso. No se puede saber sin escuchar (se) (Ferrán Salas, 1999) Y es precisamente esa escucha la que se reclama, la

escucha del sujeto que habla, no del diagnóstico que nomina, clasifica, categoriza, describe; la escucha de la dimensión social en la conformación de la subjetividad, la escucha del reconocimiento de saberes, visiones e intereses diferentes dentro y fuera de la disciplina, el reconocimiento de una dimensión subjetiva y la función de describir, interpretar y, eventualmente, “gestionar” los desequilibrios y malestares asociados al cambio social, a la vida moderna. (Vezzetti, 1998)

De ninguna manera la psicoterapia puede ser un espacio de inflexibilidad, de imposición y de exigencia de acuerdo a las concepciones terapéuticas las cuales podrían suponer implícitamente una visión de las personas como carentes de responsabilidad social y moral. La intervención terapéutica puede ser un espacio para reflexionar en torno a las condiciones de vida (económicas, políticas, físicas, emocionales, socioculturales) y por lo mismo nos invita, nos convoca y nos compromete a integrar los saberes clínicos, sociales y culturales para realizar intervenciones pertinentes, comprensivas y socioculturalmente coherentes (Rivera, 2003).

Esta práctica no sólo se circunscribe al terreno terapéutico, sino que el quehacer psicológico debe posibilitar esa escucha en el área académica. Una escucha que permita al estudiante reconocer sus transformaciones y su forma de aproximarse al mundo (Ceberio, Moreno y Des Champs, 2000). Es desde ese espacio de la escucha del otro y con el otro, en el que no hay verdades últimas y universales, desde la incertidumbre y lo transitorio que tiene lugar el encuentro supervisor-supervisado/a. Cada sesión de supervisión es una nueva oportunidad para reflexionar, cuestionar y deconstruir nuestros saberes. Partimos del supuesto que no existe una respuesta correcta y tenemos como fin descubrir la voz propia y abrirnos a la posibilidad de que “se pueden ver las cosas de otra manera” (Morales, 2005). Por lo que la invitación es a mirarnos para ampliar el conocimiento que “tengo de mi como persona y como terapeuta” Razón por la que los procesos de autorreflexión y autoobservación constituyen dispositivos indispensables en el proceso de formación académica.

Reflexión de reflexiones

Las reflexiones y discusiones sostenidas durante el seminario de supervisión en práctica de psicoterapia, han sido piezas claves para que los estudiantes replanteen su función como terapeutas. Sus reflexiones permiten la entrada de posibles espacios terapéuticos. Espacios que han logrado que cada uno se mueva hacia diversas posturas.

Cada reflexión es un encuentro del estudiante consigo mismo. De modo, que en ellas, van elaborando e interpretando su yo multidimensional (por lo mismo, indefinido). Sus experiencias en psicoterapia abarcan un sinnúmero de posibilidades listas a ser descubiertas, reinterpretadas y transformadas. En su espacio académico, sus interrogantes eran una fuente de inspiración para aquel que quisiera hacer de ese encuentro, un cuento interminable y cuestionable acerca de sus experiencias con el otro significativo (en este caso, el cliente).

En este espacio (académico), necesario por demás, cada uno mostraba esa pregunta (hecha en preguntas), que no encontraba respuesta. Pues la misma debía ser descubierta por sí misma, por el proceso del estudiante mismo. Por tanto, los debates, las discusiones, las narraciones de experiencias, las auto-observaciones y hasta las revelaciones de algunos y algunas que en muchas ocasiones sirvieron de enganche para que otros/as compañeros/as trabajaran sus “asuntos sin resolver”; han sido el baluarte para contestar a sus propias preguntas. Las mismas enmarcadas en el proceso de terapia, en lo discutido en clase y en el rol que cada uno ejercía como terapeuta, se mostraba insistente en cada conversación del espacio académico. Cuestionando: ¿Cómo aprendo a hacer terapia? Pregunta que se contraponía a la de la profesora/supervisora ¿es posible enseñar a hacer psicoterapia? En ese entrelace se hace necesario crear un espacio para tales interrogantes. Mismas que durante muchos años, han sido el eje en la formación del psicólogo y psicóloga. Entramos a la disciplina pensando que se encontrarán las “herramientas” y las “técnicas” para hacer terapia. La teoría (o teorías) son acogidas como medios esenciales para llevar a cabo un proceso terapéutico (tal cual es “enseñado”). Pero, acaso ¿será posible enseñar terapia? ¿La teoría dice cómo hacerla? ¿Los cursos preparan al estudiante para esto? ¿Qué significa aprender y por lo mismo, enseñar a hacer psicoterapia? El escenario académico está para “enseñar”. En el curso los estudiantes llegan motivados para “aprender” a hacer psicoterapia.

Precisamente, esto sucedió con estos estudiantes. Y en su mayoría venían dispuestos a escuchar cómo hacer terapia, para luego practicarla en el escenario clínico. No obstante, muchos recuerdan que el primer día de clases, su profesora les hace una aclaración: *“Yo no voy a enseñarles a hacer terapia. Yo tengo mi estilo y uds. desarrollarán el propio, depende de dónde estén parados”*. Para algunos, esto sirvió de instrumento deslegitimador de lo que “supone” el proceso de aprendizaje. ¿Cómo es posible entrar a un curso de práctica clínica y no aprender a hacer terapia como la profesora?

Este planteamiento desvalidó todo aquello que se había construido como aprendizaje. Para algunos fue como un “balde de agua fría” escuchar esas palabras (dicho común en P.R.). Pudiendo pensar: *“Y ahora ¿cómo aprendo a hacer terapia? Esta experiencia con mi cliente es nueva, ¿quién me dice qué debo y qué no debo hacer?”* Esta pregunta fue contestándose y no contestándose en su propio proceso como clínicos. Cada uno elaboraba su propio concepto de hacer terapia. Aquí es cuando inevitablemente surge la pregunta ¿es posible enseñar a hacer terapia? A través de las reflexiones de los estudiantes, se propone una nueva mirada hacia la enseñanza de la terapia, cómo pudo haber sido su proceso, qué implicó ese “aprender” y cómo se elaboraba una y otra vez la pregunta constante. De manera, que se irá resumiendo cómo fue este proceso a través de las propias reflexiones de los estudiantes, su significación y su propio discurso.

Como ya fue mencionado, inicialmente las expectativas de algunos (al menos de quienes las comentaban), giraban en el aprender a hacer terapia. Tales fueron las mismas que en sus reflexiones plasmaron lo que esperaban del curso. Aquí tenemos un ejemplo de lo que uno de ellos reflexionó:

“Muchas son las expectativas que tengo de este curso, pues sé que será de suma importancia para mi formación profesional. Espero aprender mucho mediante los temas que serán discutidos, pues me parecen de mucha pertinencia todos y cada uno de ellos.”

No obstante, conforme fue pasando el tiempo, cada uno de ellos elaboraba su propio discurso en torno a cómo significaban el proceso de terapia y su aprendizaje en el mismo. Sin más, comenzaron a narrar historias nuevas respecto a sus experiencias, a sus expectativas y a su rol como terapeutas:

“Las experiencias con niños en el contexto clínico son nuevas para mí. Sin embargo, a pesar de lo limitado de las que he tenido, tengo la impresión y puedo dar cuenta del alto contenido simbólico de sus narrativas, de la riqueza de su diálogo una vez entran en ese encuentro llamado terapéutico. Partir de la ignorancia es entonces esa valiosísima herramienta que me ha permitido las más curiosas aperturas en terapia”.

“Mediante la reflexión pude construir mi realidad desde otro enfoque en el que le doy cabida a otras formas de expresión de afecto. El hecho de yo poder reflexionar y replantearme a mi misma otra forma de ver esa misma realidad,

me lleva a entender mejor este proceso y a poder entender y facilitar este proceso en mis clientes.”

“Básicamente, a través del diálogo entre los clientes y yo, he encontrado que el propio cliente va haciendo ese enganche entre sus experiencias y la manera en cómo las cuenta. Y esto es para mí es hermoso, porque a través de esa narrativa, el propio cliente se adueña de su historia y principalmente de su propio discurso. Es interesante cómo en cada experiencia en terapia, pareciera estar entrando a un “mundo distinto”. Es decir, que la experiencia con cada cliente, es única. Pienso en los clientes que atiendo y veo en cada uno, un estar y un ser distinto, que me invitan a reflexionar acerca de ello. ”

El conocer esa nueva mirada de ver la psicoterapia y al otro significativo, los ha llevado a replantearse la noción aprendizaje. Tanto para resignificar su postura ante el mundo, como para asumir la responsabilidad que tienen en ese encuentro terapéutico que es único.

“La concienciación a nivel terapéutico, pienso, exige que en el replanteamiento de un discurso o una historia se promueva el cambio que si bien es cognitivo redundante en la conducta de vida. Para lo que a veces no me siento preparado a asumir y mucho menos a instruir.”

“En resumen, toda la terapia, el cambio, el entendimiento se da a través de ese diálogo, en donde el terapeuta debe asumir una postura de ignorancia ante la situación del cliente. Solo tenemos que permitirnos entrar y navegar por la vida de esa otra persona en ese diálogo llamado sesión terapéutica. Cada cliente, cada experiencia me enseña, aprendo mucho no tan sólo como terapeuta, sino de mí misma.”

“Yo creo que el punto está en hacer una conciliación entre escucharnos a nosotros mismos y escuchar al cliente. Entiendo que lo mejor que puedo hacer como terapeuta es reconocer hacia dónde estoy llevando la terapia y hasta qué punto llego en la misma, cuál es el objetivo y a quién escucho (al cliente o a mí).”

Luego de haberse hecho una y otra vez la tan mencionada pregunta, los estudiantes se comenzaron a ver a sí mismos para responder a la misma. Ya no

buscaban la respuesta de manera externa o ajena a ellos, como si estuvieran enajenados del proceso de construir el conocimiento. Sino que reconocían que eran ellos y ellas los que permitían ese proceso y por tanto eran ellos y ellas los/as que se movían, lo cual permitía que fueran elaborando su propia forma de hacer terapia. Ya al finalizar el curso, cada uno por ser un ente multidimensional y complejo, tenía su propia postura y por lo tanto, su propia manera de verse en el escenario clínico. Pero, ante la pregunta tan buscada, estos contestaban...

“...es imposible aprender psicoterapia en uno o dos cursos. Entiendo que esto se logra con una combinación de práctica, experiencia, exposición, conocimiento de bases teóricas, espontaneidad, corazón, entre muchas otras más. Hay unos conocimientos básicos que podemos adquirir en la academia, sin embargo, ningún libro me puede explicar qué específicamente hacer con los clientes o con X caso, como lo podría encontrar en un libro de medicina o derecho. Esto específicamente, es lo que considero hace a la profesión de la Psicología compleja, interesante y llena de incertidumbre.”

“Entonces, la pregunta está en ¿la terapia se puede enseñar? ¿Será acaso que este proceso puede ser aprendido y llevado a cabo tal como se enseñó? Bien, pues mi planteamiento está en que en el proceso es donde realmente se aprende. Se aprende de la experiencia propia y de la del cliente, se aprende en la relación y por ende, se aprende en la transformación. Es precisamente en ese espacio donde se aprende a hacer terapia. Aprendizaje que es continuo, infinito y transformador. Mismo aprendizaje que proviene del cliente, quien permite el curso de la terapia. Es éste quien en el proceso y en la relación va construyendo su terapia. Por tanto, ¿la terapia se enseña? La enseña el cliente en el proceso, la aprendo yo cuando me miro y me muevo hacia diferentes posturas y se aprende en la relación que se crea y se construye en cada encuentro con el cliente.”

Cada expresión o conversación que han tenido los estudiantes, propone esa visión alterna de ver a la psicoterapia, la noción sujeto psicológico y la formación del psicólogo y la psicóloga. Desde la academia, sólo se puede entrar a parte de ese mundo tan complejo como lo es el encuentro terapéutico. Una vez entrado en éste, se reconoce la pluralidad que existe en el mismo. Por tanto, los estudiantes y las estudiantes acuden al escenario académico para aprender a hacer terapia. Pero ese aprender, supone

aprehender su propia experiencia como clínicos, conocerse a sí mismos, reconocer la multidimensionalidad que supone la naturaleza humana y principalmente reconocer que la terapia es un proceso de construcción, por lo que se puede de-construir. Entonces resta decir ¿porqué no ver a la enseñanza de la psicoterapia desde la imposibilidad? Imposibilidad que permite que surjan múltiples posibilidades.

En el continuo de sus reflexiones, fueron construyendo su noción de terapia. Significándola e inventándola como espacios indefinidos. En su repertorio encontraron múltiples formas para concebirla. Más aún, en su afán por describir esta experiencia, una de ellas comenta:

“Entrar en un proceso terapéutico con un cliente nos va a llevar muchas veces a espacios personales del cliente que en ocasiones no han sido explorados aún por ellos mismos. Los clientes nos abren caminos y nos permiten llegar a lugares y espacios de su vida en los que se sienten vulnerables. Muestran el dolor de su alma y lo ponen a nuestra disposición sólo con la esperanza de que los podamos ayudar. Sin ellos darse cuenta entran en el juego terapéutico y crean el espacio necesario para que éste se de. En este proceso terapéutico comienza una danza similar a la Bomba, donde es el cliente quien da el pie de la canción para comenzar la danza y es también el bailarín para el cual el terapeuta toca los tambores. Los clientes son bailarines que desafían nuestra intuición. A través de su danza que es el diálogo, los clientes van narrando y recreando su historia y esperan que el ritmo que toquemos los terapeutas vaya acorde con sus movimientos.

El cliente entra en el proceso de terapia con un “pie” que ya ha practicado, nos cantan su queja principal. Pero cuando comienza el juego terapéutico, el cliente guiado por su experiencia de vida improvisa movimientos para que el terapeuta siga su ritmo. La ignorancia del terapeuta permite dejarse llevar por su intuición para poder seguir los movimientos del cliente. Con sus diferentes movimientos o historias, el cliente busca llevar al terapeuta en la dirección que él quiere. Pero, a medida que se da ese diálogo los movimientos del cliente van cambiando, toman direcciones inesperadas que son el resultado de cambios sutiles en el ritmo del tambor. En este diálogo tanto el cliente como el terapeuta tienen un rol activo y se guían mutuamente sin que sea palpable la línea divisoria que define quién está llevando el baile. Ambos hacen su mejor esfuerzo y la efectividad de la terapia se puede observar en la armonía

existente entre el bailador y el ritmo del tambor. El cliente va a seguir bailando toda su vida independientemente de quién toque el tambor. La finalidad de la terapia es que el cliente logre incorporar a su vida el ritmo que le permitía hacer movimientos armónicos aunque no haya nadie quien toque el tambor.”

Cada momento en terapia y cada cliente van a permitir abrir espacios de reflexión, que en ocasiones suponen una transformación de uno mismo como persona. Así como esta estudiante caracterizaba su experiencia en terapia como un baile, donde la improvisación era esencial; cada encuentro terapéutico reclama espontaneidad, novedad y creación. Aspectos que por momentos rechazamos por no sentirnos *aptos* para realizarlos o por el temor que nos provoca la incertidumbre.

Consideraciones finales

La gestión de la formación académica reclama una mirada abierta, contextual, relativa de los saberes psicológicos, presentes y futuros, que posibilite a nuestros estudiantes el apropiarse de la pluralidad del conocimiento a partir de criterios contextuales y oportunos. La manera de desligarnos del discurso que promueve a la psicología como un mecanismo *normalizador y regulador* del comportamiento humano, se da en la medida que asumamos la imposibilidad desde nuestro propio proceso de formación. Reconociendo que somos entes en constante transformación, que a su vez permitimos que el otro (el cliente) se asuma como capaz, desarrollamos compromiso con nosotros, el cliente y nuestra disciplina.

Es hora de de-construir narraciones que delimitan al quehacer psicológico y que acaban por limitarnos a nosotros mismos y nos permitamos construir nuevas historias. Historias que imposibiliten la formación de seres humanos confinados a sus propias narraciones. Rompamos las fronteras que traen consigo descripciones, explicaciones, conocimientos elaborados por los seres humanos, como si fueran verdades trascendentales y elaboremos una producción de conocimientos psicológicos cuyos límites en lugar de marcar finales sean señales que sugieran nuevos caminos. Enfrentar la dominación epistemológica que ha estado tan presente en la disciplina, nos parece que requiere una continua redefinición de nuestros (posibles) objetos de estudio, así como las maneras de abordarlo, reconociendo que la psicología no puede prometer certidumbre, orden, soluciones y respuestas definitivas. (Maldonado Santiago, Soto Martínez, Rivera Lugo & Sánchez Peraza, 2005)

No es necesario hacer desaparecer totalmente otros modos de dar cuenta o definir los objetos de estudio, la locura, el dolor, el sufrimiento, la intervención psicoterapéutica aun cuando uno cobre preponderancia en un momento específico. No se trata de eliminar las diferencias sino de abrirse a ellas. La psicología y mucho menos la psicoterapia no es ni debe pretender asumir una posición ilusa en defensa de la normalización como cura, sino como quehacer responsable y comprometido. Apostar por la inclusión, por mantener un horizonte abierto a la teorización, al pluralismo, al contacto y a la comunicación intradisciplinar e interdisciplinar que no borre las diferencias. Trabajar juntos para reflexionar, para pensar el complejo mundo de lo mental y lo subjetivo y las formas posibles de abordarlo, para promocionar o señalar posibles caminos y esfuerzos para una praxis liberadora, de compromiso social y colectivo encaminada al reestablecimiento de la autonomía y la funcionalidad de la persona en sociedad.

REFERENCIAS

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee S. & Gergen. K.J (1996). (p. 45-59) *La terapia como construcción social*. Paidós, Buenos Aires: 45-59.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1988). *Lealta Invisibili*. Roma: Astrolabio.
- Boulón, F. (1993). El desarrollo de la psicología como profesión en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, (9), 61-70.
- Ceberio, M, Moreno, J. y Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. Perspectivas Sistémicas. La Nueva Comunicación. Recuperado el 31 de enero de 2007 de: <http://www.redsistemicas.com.ar/formacion3.htm>.
- Echegaray, I. (1999). *Historia de la Psicología en Puerto Rico*. Manuscrito sin publicar.
- Ferrán Salas, M de la P. (1999). *Estudio sobre la locura a través de algunos momentos en la historia occidental*. Sin Publicar, Evaluación de Candidatura Doctoral, Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, recinto de Río Piedras.
- Gómez, M. de los A. (2005). La normalización del sufrimiento. *Plural*. Enero-febrero.

- Ibáñez, T. (1994). *Psicología Social Construccionalista*. Universidad de Guadalajara: México.
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa.
- Maldonado Santiago, N., Soto Martínez, R., Rivera Lugo, C. & Sánchez Peraza, L.R. (2005). *Las fronteras de la Psicología... hacia una Psicología sin fronteras*. Ponencia presentada en el 30mo. Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, en Buenos Aires, Argentina, del 27 al 30 de junio de 2005.
- McNamee, S. & Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Montijo, J. (1985). La relación terapéutica con puertorriqueños pobres y de clase trabajadora. *Revista Homines*, Tomo Extraordinario Núm, 3, 93-101.
- Morales, E. (2005). *Herejías terapéuticas: Acercamientos construccionistas y postmodernos en la práctica clínica*. Ponencia presentada en la Quincuagésimo segunda Convención Anual. Asociación de Psicología de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.
- Neimeyer, R.A & Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Propuesta para la creación programa doctoral en psicología clínica (1998). Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Instituto de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad.
- Rivera, C. (Comunicación personal, noviembre de 2004).
- Rodríguez Madera, S. y Ortiz-Pons, N. (2005) Acercamiento constructivista a la psicoterapia: la de-construcción y co-construcción de “realidades” . En Bernal, G. y Martínez-Taboas, A. (Editores). *Teoría y practica de la psicoterapia en Puerto Rico*. (p.77- 90). Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Roca de Torres, I. (2001). Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional en psicología en Puerto Rico. En Toro, J. y Villegas J. (Editores). *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. (p.341-371). JVE Ediciones: Buenos Aires, Argentina.

Saal, F. (1982). El lenguaje en la obra de Freud. *El lenguaje y el inconsciente freudiano*.

México; Siglo XXI editores.

Vezzetti, H. (1998). Las psicologías del fin de siglo a la luz de su historia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(1), 105-114.

Developing a Psychology Curriculum at an American Catholic University: Integration with the Liberal Arts and Catholic Intellectual Traditions

Kathryn Lafontana
Michelle Loris

Sacred Heart University, Connecticut, USA

In the United States, psychology continues to be one of the most popular fields of study at both the undergraduate and graduate levels, according to the U.S. Department of Education.

Catholic colleges and universities are similar to secular and to other religiously affiliated institutions in the popularity of psychology programs. At our own institution, Sacred Heart University in Fairfield, Connecticut, psychology is by far the largest undergraduate major, and it continues to grow each year. However, when it comes to discussing the Catholic identity and mission of the Catholic university and the incorporation of the Catholic intellectual tradition throughout the curriculum, psychology is often absent from the conversation. In the present essay, we will attempt briefly to articulate why all disciplines, including psychology, must be integrated into the conversation about Catholic mission and identity and the Catholic intellectual tradition at a Catholic university. We will also propose several explanations for the lack of such integration, focusing especially on the challenges of combining psychology with theology and philosophy. We will then describe several initiatives taking place at our institution which are attempts at such integration. The most important and innovative of these initiatives is our new core curriculum, which includes a core course that integrates psychology and other social and natural sciences with a consideration of Catholic thought and tradition. There are also other curricular reform efforts occurring at the department level which further strengthen the links between psychology and the mission and Catholic identity of the institution.

Importance of Linking Psychology With Theology and Philosophy

The Catholic intellectual tradition places tremendous emphasis on integration, whether discussing the relationship between faith and reason, the Incarnation of Jesus as both fully human and fully divine, the Trinity as three persons in one God, the connection between the secular and the sacred in the notion of sacramentality, or the community of believers united across time and space. It follows, therefore, that interdisciplinary cooperation and integration is essential at a Catholic university. *Ex Corde Ecclesia* stresses the importance of such interdisciplinary collaboration to assure that “university scholars will be engaged in a constant effort to determine the relative place and meaning of each of the various disciplines within the context of a vision of the human person and the world that is enlightened by the Gospel.”^{1*} In other words, it is critical that there is an integrity to a student’s entire educational experience at a Catholic university, and as such the curriculum must be a unified whole, rather than a collection of unrelated topics.

It is the specific role of philosophy and theology to provide a framework for this integration of the disciplines. In the words of Louis Dupre, theology “is expected to initiate into a mystery that touches on all aspects of human existence . . . [and] invite exploration of reality in all aspects – scientific, philosophical, and aesthetic.”^{2*} Therefore, it is not simply interdisciplinary courses that are important at a Catholic university, but particularly courses that integrate a theological understanding of the world with the “ways of knowing” in other disciplines.

The discipline of psychology, with its focus on human nature and human behavior, seems an especially important part of this interdisciplinary integration. Models of Catholic education, such as those by Jacques Maritain in *Education at the Crossroads*^{3*}, and John Henry Cardinal Newman in *The Idea of a University*^{4*}, are built upon the notion of a Christian humanism, which views the human person as being made in the image and likeness of God, with free will and a sense of purpose or vocation, and intimately connected to the rest of the human race. This Christian humanistic understanding of the human person may be fruitfully compared and contrasted with the more secular, scientific, deterministic understanding of human behavior that dominates mainstream psychological research. An analysis of the

discipline of psychology in the light of the Catholic intellectual tradition provides psychology with many new insights into human nature and human behavior, and psychology can likewise enrich and extend theological understanding of the human person and his or her relationship to God, to other people, and to the natural world.

Challenges to Integrating Psychology and the Catholic Intellectual Tradition

Despite the importance of integrating the multiple disciplines within Catholic higher education, there are many factors working against this integration. The culture of the modern university, especially in the United States, is in many ways disinclined to the notion of integration. Academics are encouraged toward more and more specialization, and the result is an environment in which each scholar is focused on a separate fragment, and no one is encouraged to look at the “big picture.” The various disciplines and sub-disciplines have developed their own vocabularies and methods of investigation, which are understandable only to specialists within a particular field. Postmodernism, which tells us that there is no unity among or even within the disciplines, has also contributed significantly to this fragmentation.

The ideal of the “Renaissance” person, who was learned in all the major disciplines: fine arts, history, literature, philosophy, science, and theology, has been all but lost in the modern university, particularly universities in the United States. Students today are trained in specific fields, by faculty who have specialized knowledge in that same field. Even in liberal arts institutions, undergraduates for the most part simply take a smattering of unrelated courses in their first few years, as a means of “shopping around” for a major they enjoy, then concentrate on their major courses in order to be trained in the skills they need to pursue a particular career path. Graduate students focus on a highly specialized area of investigation, and it is considered a mark of esteem for faculty to teach only advanced courses within their particular area of scholarship.

As a result, cooperation within and between disciplines in curriculum development and in faculty scholarship is relatively rare, even at Catholic universities. Concerns about academic freedom and autonomy sometimes make faculty members

less willing to be involved with campus-wide or even department-wide curriculum initiatives. Moreover, faculty themselves have not been adequately prepared for such collaboration. Academics, especially those who are more recent graduates, have been thoroughly enculturated in the fragmented, post-modern world of academia. Typically, a gap obtains between an academic's level of familiarity and expertise in his or her chosen area of specialization and in other areas or other disciplines. It is therefore often uncomfortable for faculty to collaborate with other disciplines, such as theology and philosophy, for fear of exposing their ignorance in these other areas. Furthermore, in the United States, our deep-seated cultural concerns regarding the separation of church and state also cause many scholars to view religion (and theology and spirituality) as personal and emotional and completely separate from intellectual concerns.

In addition to these general impediments to interdisciplinary cooperation, additional challenges exist regarding the social and natural sciences. It is more difficult to understand how to integrate these disciplines with the Catholic intellectual tradition. It is not possible to talk about "Catholic" math or "Catholic" biology in the same way that we can discuss "Catholic" history or "Catholic" literature or "Catholic" art and music. Therefore, some academics argue that the sciences are completely unrelated to the Catholic intellectual tradition. In psychology, this tendency is even more pronounced, because psychology tries so hard to position itself as an objective science, which is more concerned with empirical data than with philosophical issues. And yet, there is a very powerful philosophical tradition in psychology that is deterministic and positivistic and emphasizes secular humanist principles.

All of the problems mentioned in this section have led to a common result: that scholars in all disciplines are unaware of the fundamental assumptions that underlie their understanding of their own disciplines. The fragmentation of academia, the preoccupation with academic freedom, the lack of theological understanding, the presumption that much of scholarship is value-neutral, have led many scholars at Catholic universities to believe that their work has little or nothing to do with the Catholic intellectual tradition.

Philosophy and theology provide the means to reexamine the assumptions underlying each discipline in the light of the Gospel, but there is a reluctance to incorporate philosophy and theology with other disciplines. Scholars (particularly those in the sciences) tend to think of philosophy as part of the discipline's distant past, but not relevant for modern times. Psychology is especially concerned with shedding its philosophical roots and being taken seriously as a science. However, even if scholars are unaware of their philosophical assumptions, these assumptions have a dramatic impact on their work. Sr. Annette Walters, although she was writing in the mid-20th century about psychology, nonetheless provides sage insights that apply to scholars in multiple disciplines:

Underlying every scientific psychological study lies a philosophical point of view concerning both the nature of truth and the nature of man, and concomitantly, man's origin and destiny. This philosophical point of view, whether explicit or implicit, determines the problems, methods, interpretations, and applications of psychological research. These prior assumptions cannot be tested or proved by scientific methods. Often they have been mistaken for scientific truth or for axioms to which no reasonable person could take exception. The young psychologist usually accepts these assumptions uncritically, since they belong to the prevailing climate of opinion in the scientific world with which he wishes to identify himself 5*.

Students at a Catholic university, whether undergraduate or graduate students, must have this opportunity to examine underlying assumptions in the light of the Catholic intellectual and philosophical traditions, in order to obtain a complete education. The Catholic university does not simply aim to train students in sets of skills so that they can obtain good jobs, but instead to consider the student as an entire person, who must discern his or her particular calling, based on talents and interests, but also based on a sense of responsibility for making the world a better place. The remainder of this paper will describe efforts at our university to provide a more comprehensive educational experience for our students, with a particular focus on what is being done in the area of psychology.

Sacred Heart University Core Curriculum

At Sacred Heart University, we have been developing a new Core Curriculum for our students. It is a continuously evolving and dynamic curriculum, and it is based on ten goals: assuring a body of abilities, assuring a body of knowledge, developing a multi-disciplinary perspective through the liberal arts and sciences, fostering a critical capacity for the evaluation of information and ideas, encouraging intellectual inquiry, embodying the mission of the institution, engaging the Catholic intellectual tradition, providing an experience of academic community, facilitating developmental transformation through education, promoting creativity, and fostering the joy of thinking and learning

Most relevant to this paper are the learning objectives for Goal VII (Engaging the Catholic Intellectual Tradition). The following quote is taken from the Core Curriculum proposal:

In studying the University's Core Curriculum, students engage the Catholic intellectual tradition, which affirms the harmony of faith and reason, focuses on the role of the human intellect in the search for and the discovery of truth, emphasizes the synthesis of knowledge, honors the dignity and individual difference of each human being, values the wisdom of the past, and asserts the mutual interdependence of the individual and his/her community. This tradition involves students in a disciplined study of how humanity has sought to answer questions about the meaning and purpose of human existence as well as practical questions regarding the development of a more just society.

The student will:

Understand the relationship between faith and reason as a foundation for scholarship describe major historical milestones in the development of Catholic thought

Demonstrate an understanding of Catholic social thought

Be familiar with significant theological works that guide contemporary Catholic thought

Appreciate the unique and evolving relationship between Catholicism and contemporary cultures

Be familiar with various systems of moral thought, with special emphasis on Catholic moral thought

Common Core Course on the Social, Behavioral, and Natural Sciences

The central element of the Core Curriculum is *The Common Core: The Human Journey* a complement of four courses which integrate the various disciplines in the liberal arts and sciences. The first course emphasizes history, the second literature, the third sciences, and the fourth theology and philosophy, and together they explore the connections among the disciplines, particularly within the context of the Catholic intellectual tradition. Again quoting from the Core proposal:

This Common Core is unified by a common focus upon fundamental questions about humanity and the responses of Western and non-Western culture, including the Catholic Intellectual Tradition, to those questions. Specifically, the Common Core challenges students to confront humanity's central and enduring questions: what does it mean to be human; to live a life with meaning and purpose; to understand and appreciate the natural world; and to forge a more just society for the common good? In sum, the Common Core invites students to reflect upon questions about the meaning, value, and significance of human life.

The four core courses (CC 101 *The Human Journey: Historical Paths to Civilization*; CC 102 *Literary Expressions of the Human Journey*; CC 103 *The Human Community: The Individual and Society and Scientific Discovery*; and CC 104 *The Human Search for Truth, Justice, and the Common Good*) are all united by consideration of the four major questions listed in the previous paragraph. Also, whenever possible, the instructors of these courses will attempt to incorporate material from other disciplines, including theology and philosophy. What follows is an outline of the CC 103 course as it might be taught by a psychologist, including a list of

readings. You will notice that much of the course is focused on questioning assumptions and considering issues of human nature, meaning and purpose, and the common good in the context of psychology as an academic discipline. With many of the readings, students will have an opportunity to learn about how the Catholic intellectual tradition compares to and enriches the study of psychology, and how psychological principles can illuminate our understanding of what it means to be Catholic.

TEXTS

Selected readings from the Common Core 103 Reader, including excerpts from:

When Science Meets Religion, Barbour (2000)

The Human Phenomenon, Teilhard de Chardin (2003)

The Structure of Scientific Revolutions, Kuhn (1996)

Leviathan, Hobbes (1996)

Locke: Political Essays, Locke (1997)

The Basic Political Writings, Rousseau (1987)

The Prince, Machiavelli (2003)

Fides et Ratio, Pope John Paul II (1998)

Christifideles Laici, Pope John Paul II (1988)

Selected readings from:

Psychology Through The Eyes of Faith, Myers & Jeeves (2003)

The Human Person, Arnold and Gasson (1964)

The Human Person in Theology and Psychology, Beck and Demarest (2005)

Judeo-Christian Perspectives on Psychology: Human Nature, Motivation, and Change, Miller and Delaney (2005)

SCHEDULE OF TOPICS

Weeks 1, 2 *What is the relationship between science and the Catholic Intellectual Tradition?*

Are science and religion enemies, strangers, or friends?

What elements of the Catholic Intellectual Tradition are especially relevant to the natural, social, and behavioral sciences?

- the sacramental principle

- the union of faith and reason

- the focus on community

- the unity of knowledge

What can science (and psychology in particular) contribute to the Catholic Intellectual Tradition?

Barbour, Chapter 1

Kuhn: Chapter 10

Arnold and Gasson, Chapters 1-3

Myers: Chapters 1,2

Beck and Demarest, Introduction

Excerpts from Fides et Ratio

Weeks 3, 4, 5 *What does it mean to be human?*

What makes humans different from other creatures?

- The brain and the mind
- The body and the soul
- Human rights and animal rights
- CONVERSATION WITH A BIOLOGIST

How does a psychological view of human nature compare and contrast with a Catholic Christian view of human nature?

- The roles of nature and nurture
- Humans as fundamentally good vs. fundamentally evil
- Free will and psychological determinism
- Implications for child-rearing
- Implications for psychotherapy

Excerpts from Hobbes, Locke, Rousseau, and Machiavelli

Myers, Chapters 5, 13

Barbour, Chapter 5

Arnold and Gasson, Chapters 7-8

Beck and Demarest, Chapter 6

Miller and Delaney, Chapter 1

Weeks 6, 7, 8 *What does it mean to live a life of meaning and purpose?*

Motivations for human behavior

- Does money buy happiness? Temporal and spiritual fulfillment

- Why do “good” people do bad things? The problem of evil

- Why do “bad” people do good things? Life-changing experiences

Choosing a vocation

- How do people determine what to do with their lives?

- What is the difference between a job and a vocation?

- How does a Catholic liberal arts education prepare students?

Giftedness

- What is the purpose of our talents and abilities?

- Why do some people have more talents than others?

- Are more talented people more fully human? More like God?

Myers, Chapters 9, 19, 20, 28

Barbour, Chapter 4

Beck and Demarest, Chapter 3

Excerpts from Christifideles Laici

Miller and Delaney, Chapters 14, 15

Weeks 9, 10 *What does it mean to understand and appreciate the natural world?*

The remarkable human brain

-CONVERSATION WITH A NEUROSCIENTIST

Human behavior and the environment

-How does human behavior affect the environment?

-What effect does the environment have on humans?

-How can we change environmental attitudes and behaviors?

Myers, Chapters 10,11

Barbour, Chapters 2, 6

Beck and Demarest, Chapter 9

Arnold and Gasson, Chapter 5

Teilhard de Chardin, Postscript

Weeks 11, 12, 13 *What does it mean to forge a more just society for the common good?*

Social forces on human behavior

-How is human behavior influenced by other people?

-How is human behavior influenced by cultural factors?

-CONVERSATION WITH A SOCIOLOGIST

The importance of community

-In what ways are humans social creatures?

-What causes groups of people to come together?

-What causes groups of people to split apart?

Myers, Chapters 29, 31

Beck and Demarest, Chapter 12

Teilhard de Chardin, Book 4, Chapters 1, 2

Miller and Delaney, Chapter 4

As is evident from this outline, in this course, students and faculty can examine the assumptions that scientific psychology and Catholic theology makes about human nature and see how they differ and in what ways they are compatible. For example, probably the most significant difference is the assumption made by psychology (because of the influence of secular humanism) that humans are basically good, and if a person has no genetic abnormalities or environmental stresses, he or she will develop into a virtuous person. This assumption contrasts rather sharply with the theological notion that humans, while made in the image and likeness of God and therefore fundamentally worthy of respect and love, also possess free will that allows them to act in negative or antisocial ways even if the environment (genes, upbringing, education, etc.) is ideal. This model of the human as a “victim” vs. a “sinner” has

significant implications for research in developmental, clinical, and social psychology, among other areas.

Another relevant area of investigation is the relationship between emotion and cognition, examining whether they are two separate realms or whether one always follows from the other. Aquinas and Augustine, among others, provide some theological insights into the relationship between the will and the intellect, and between faith and reason, that could be integrated with this research to produce some new and innovative findings.

Still another potential area of intersection between experimental psychology and Catholic theology may be found in social psychology (e.g., the importance of social relationships, social Darwinism vs. Christianity and their different explanations for altruism, aggression, attraction, etc.). Still other intersections occur in developmental psychology (e.g., the relationship between children's intellectual and emotional development and their moral development, the implications of the different roles that people play at different times in their lives), in industrial-organizational psychology (e.g., what leadership style is most compatible with Christian principles, how does one instill a sense of purpose and vocation in all employees, etc.), and in many other sub-disciplines within psychology.

The course outlined above is still very much a work in progress. Because of its interdisciplinary nature, it requires ongoing conversations and collaboration with faculty from other disciplines. Even though each student takes the Common Core 103 course with an emphasis on one particular discipline (Psychology, Political Science, Sociology, Biology, or Chemistry), there is considerable collaboration among the instructors of the various sections so that all students have the benefit of learning about how the Catholic intellectual tradition interacts with the social, behavioral, and natural sciences.

Curriculum Development in the Psychology Department of a Catholic University

Along with the development of these Common Core courses, individual departments are revising their curricula to fit more authentically with the new Core Curriculum. In our Psychology department, we have developed a set of goals that are consistent with the goals of the Core Curriculum. These departmental goals include assuring a body of knowledge, fostering thinking skills, considering ethics and values, appreciating cultural diversity, and making connections with the community.

We are also implementing several new components into the Psychology curriculum to make it more consistent with the Catholic mission and identity of the university. We have replaced the two semester introductory survey of psychology with a single semester course, and added a course called “Thinking Critically About Psychological Science,” which encourages students to question the underlying assumptions of psychological research and approach the field with a more critical eye. We are also incorporating a career planning module which incorporates notions of vocation and stewardship. Finally, we are attempting to ensure that all psychology majors have some service learning experience by the time they graduate. Service learning integrates theory with practice, and intellectual study with service to others, and allows students to understand that all of their actions have consequences for others. Many students discover what will become their lifelong passion through service learning. There is probably no better tool for instilling students with a sense of vocation and purpose than to provide them with an opportunity to serve others as a part of their learning experience.

In sum, we believe that the study of psychology (or any other discipline) at a Catholic university is transformed through consideration and integration of the institution’s mission and Catholic identity. Interdisciplinary cooperation, critical thinking about underlying assumptions, particularly with respect to the Catholic intellectual tradition, and an emphasis on service and vocation can strengthen students’ understanding of their own human journey, thereby enabling the university (and the Catholic Church) to live out its mission more fully.

References

1* Pope John Paul II, Apostolic Constitution *Ex Corde Ecclesiae* (August 15, 1990), 16.

2* Louis Dupré “On the Task and Vocation of the Catholic College,” in *Examining the Catholic Intellectual Tradition*, ed. Anthony J. Cernera and Oliver J. Morgan (Fiarfield, CT: Sacred Heart University Press, 2000), 25.

3* Jacques Maritain *Education at the crossroads* (New Haven, CT: Yale University Press, 1946). It is nearly impossible to do justice to Maritain’s coherent and extremely insightful theory of education simply by quoting a few passages from this book, but in my opinion, the book should be required reading, certainly for all Catholic educators, and ideally for all educators.

4* John Henry Cardinal Newman *The Idea of a University* (New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston, 1964).

5* Annette Walters, C.S.J. *Readings in Psychology* (Westminster, MD: Newman Press, 1963), xiv.

Psychotherapy Skills: The University Counseling Center as the Experiential Teacher

Susan Steibe-Pasalich

University of Notre Dame, Indiana, USA

The University Counseling Center has an essential and unique role in many institutions of higher education in the United States, and more specifically, a direct role in the pre-doctoral training of future psychologists. Models of two pre-doctoral training programs as they exist at the University of Notre Dame Counseling Center are described: the practicum program and the pre-doctoral internship program. Selection criteria, the supervision provided, and the competencies expected to be attained are included in the descriptions of each training program.

University and college counseling services/centers have played a vital role in higher education for many years. Counseling services are an integral part of the educational mission of the institution and support the mission in a variety of ways. They provide clinical and counseling services to clients who are experiencing stress due to academic, career or personal problems which may interfere with their ability to take full advantage of the educational opportunities before them. Counselors are also involved in consultation with faculty and staff, student needs advocacy, program development, teaching, outreach programming, retention activities, and research and evaluation that support the efforts of faculty and staff in enhancing the university environment.

While the relationship of the counseling service to other units within the institution will vary according to organizational structure and individual campus needs, it is critically important that the service be administratively neutral. Centers may provide mandatory assessment and other consultations to campus units, but do not make admissions, disciplinary, curricular or other administrative decisions involving students. Typically, counseling services are administratively housed in the student affairs unit of the

institution and are acknowledged as a valuable component of the overall student services effort. To achieve this recognition counselors must develop an extensive network of institutional and community relationships. Close linkages are forged with academic units, campus student service offices, and sources of referral and consultation. Solid working relationships must be maintained with campus and community medical services and with community mental health services in order to accommodate students who have medical problems or who require hospitalization. Counseling service professionals work with faculty and administrators to promote the goal of psychological and emotional development in the many aspects of campus life.

Finally, it is essential that the counseling service work closely with the chief student affairs officer and other key administrators to ensure the accomplishment of institutional goals and objectives. The chief student affairs officer, as well as other senior administrative staff, should be fully aware of and appropriately supportive of the complex role of the counseling service.

While the counseling service works in a cooperative manner with members of the campus community, it is important to emphasize the unique role that it plays within the institution. Specifically, it provides services such as crisis intervention, individual and group psychotherapy, career development, and consultation with the campus community about student characteristics and development. In addition, counseling professionals often provide a needed perspective for campus administrators in maintaining an appropriate balance between an administrative and a humanistic approach in managing distressed students.

Counseling Center Roles and Functions

The counseling service plays three essential roles in serving the university and college community. The most prominent is providing counseling and/or therapy to students experiencing personal adjustment, vocational, developmental and/or psychological problems that require professional attention. Second is the preventive role of assisting students in identifying and learning skills which will assist them in effectively meeting their educational and life goals. The third role involves supporting and enhancing the healthy growth and development of students through consultation and outreach to the campus community. These three essential roles in addition to other secondary roles of the counseling center are further developed below.

A. Individual and Group Counseling /Psychotherapy

Counseling services provide individual and group counseling and therapy services that are responsive to the diverse population of students experiencing ongoing or situational psychological or behavioral difficulties. Psychological tests and other assessment techniques are used as needed, to foster client self-understanding and decision-making and to determine the most effective intervention strategies possible within the limits of available resources. Staff members have the necessary training to meet the diverse needs of students and are expected to receive on-going training for this purpose. All staff must adhere to the ethical principles of their disciplines. Services provided by interns, practicum counselors, and paraprofessionals receive close supervision by qualified personnel and are in compliance with professional training standards and state or provincial statutes.

B. Crisis Intervention and Emergency Services

Counseling services provide crisis intervention and emergency coverage either directly or through cooperative arrangements with other resources on campus and in the surrounding area. Psychiatric resources are available to the service either on campus or in the community. Counseling services provide emergency services for students who are experiencing acute emotional distress, are a danger to self or others, or are in need of immediate hospitalization. Such services may be provided by other agencies on campus or in the surrounding community. In such cases, counseling service staff need to work closely with other service providers to ensure that the resources are adequate and effectively used.

C. Outreach Interventions

Counseling services provide programming focused on the developmental needs of students that maximizes their potential to benefit from an academic experience. Programs are developed and provided that help students acquire new knowledge, skills and behaviors, encourage positive and realistic self-appraisal, foster personal, academic and career choices, enhance the ability to relate mutually and meaningfully with others, and increase the capacity to engage in a personally satisfying and effective style of living. These programs are designed to meet the needs of students, responsive to sexual orientation, racial, cultural, disability and ethnic diversity among students, and reach students who are less likely to make use of traditional counseling services.

D. Consultation Interventions

Counseling services provide consultative services to members of the university community that make the environment as beneficial to the intellectual, emotional, and physical development of students as possible. The counseling service must play an active role in interpreting and, when appropriate, advocating for the needs of students to administrators, faculty, and staff of the institution. The service should also identify and address issues and problems in the environment that may impede the progress of students. Consultation regarding individual students is provided as needed to faculty and other appropriate campus personnel within the bounds of the confidential counseling relationship. Consultation may be provided to parents, spouses, and other agencies that are involved with students as long as confidentiality requirements are met. A counseling service should not be solely responsible for administrative decisions about students.

E. Referral Resources

Counseling services provide referral resources within the institution and the local community to meet the needs of students whose problems are outside the scope of services of the counseling center.

F. Research

An integral responsibility of the counseling service is to conduct ongoing evaluation and accountability research, to determine the effectiveness of its services, and to improve the quality of services. Counseling services abides by professional ethical standards as well as expectations developed by university groups responsible for overseeing research. Ultimate responsibility for the establishment and maintenance of accepted ethical practices resides with the individual researcher and the Director of the counseling service. Counseling services may be involved with students and faculty who wish to conduct individual research on student characteristics or on the influence of specific student development programs. Such activities must be in compliance with appropriate professional ethical standards as well as institutional research board requirements. The counseling service should make every effort to contribute to the fields of counseling, psychology, and other relevant professions (e.g., student personnel services, social work, etc.) through research and other scholarly endeavors.

G. Program Evaluation

There is a regular review of the counseling service based on data from center evaluation efforts. When possible it is desirable to include comparative data from other institutions in the evaluation process.

H. Training

Counseling centers generally provide training, professional development and continuing education experiences for staff and trainees. Training and supervision of others (paraprofessionals, practicum counselors, pre-doctoral interns, post-doctoral psychology resident/fellows, etc.) are appropriate and desirable responsibilities of counseling services. Graduate student trainees and paraprofessionals are selected carefully and supervised closely by experienced, qualified personnel in a manner consistent with professional training standards and state and provincial statutes. Cases assigned to trainees are related to their present level of training and competency to ensure quality services to students. All staff members are afforded regular opportunities to upgrade their skills. Such training may occur through case conferences, workshops sponsored by the center, and/or the provision of time and/or resources for staff members to attend workshops and conferences. Counseling and psychotherapy functions are performed by professionals with at least a master's degree from disciplines such as counseling psychology, clinical psychology, counselor education, psychiatry, and social work.

The Counseling Center as the Experiential Teacher of Psychotherapy Skills

In the United States, university faculties in the universities' psychology departments provide the didactic teaching about the theories of personality and the treatments of psychopathology, but do not necessarily engage in the practice of psychology. Faculty members who are licensed practitioners primarily function at the universities' counseling centers and provide direct supervision for the practice of psychotherapy.

University and college counseling centers in the United States often play the dual role of both providing clinical services to the student population and serving as an early training site for the pre-doctoral training of psychologists learning psychotherapy skills. Practicum and pre-doctoral training are taught through formalized levels of psychology training that exist in many university counseling centers. Each of these levels requires

the attainment of certain competencies, with the pre-doctoral internship level being the most rigorous, and the one that is continuously overseen by an external national accrediting committee. Approximately 150 accredited pre-doctoral internship sites exist in US universities and colleges (Association of Psychology Predoctoral and Internship Centers-APPIC, 2006). University counseling centers are the single largest placement setting for all pre-doctoral interns in accredited internships, accounting for almost 1/5 of all accredited internship sites in the US. Counseling center internships are also the single largest provider of new faculty to psychology programs the year following internship. (Committee on Accreditation 2005 Annual Report, Table 11, American Psychological Association).

Below are described the two types of pre-doctoral trainees, i.e., practicum counselors and pre-doctoral interns, that participate in the University of Notre Dame Counseling Center. The training program for each type trainee, the supervision provided for each level of training, and the competencies expected to be attained at each level also are provided.

A. Practicum Counselors

This term applies to those trainees who are obtaining training and supervision at the university counseling center as part of an academic practicum. It is expected that applicants be enrolled full-time in a doctoral program in clinical or counseling psychology and be in good academic standing. After successful completion of specific academic, graduate level coursework provided by the Department of Psychology at Notre Dame, i.e., Clinical Skills and Interventions, Theories of Psychotherapy, and Psychopathology, students are eligible to apply for practicum training. This training is typically completed during the second year of the academic program at the University Counseling Center (UCC) through an arrangement between the Counseling Program and UCC for the provision of clinical experience and supervision. Students are required to meet the expectations of UCC for placement. These expectations include the completion of an application for practicum and an interview with Practicum Coordinator at UCC.

1. Practicum Counselor Training Program

Practicum counselors are expected to work at the UCC 14 hours per week with a focus on direct service, supervision, training, professional development, and case management. The practicum experience at the UCC is designed to be a 14-hour training experience. The break down of these hours per week is as follows (see Table 1).

The two-semester practicum at the UCC continues for approximately 33 weeks, typically from the middle of August through the middle of May. A two-day orientation to the UCC is provided in August the week before classes begin. Practicum counselors need to attend this orientation to begin the UCC practicum.

Table 1

Individual Supervision provided by staff psychologist during the fall.	1 hour
Individual Supervision provided by pre-doctoral intern. Pre-doctoral interns will provide 1.5 hours of supervision in the spring.	1 hour
Weekly Clinic Team Practicum counselors are responsible for one case presentation each semester.	1 hour
Direct Service Beginning practicum students - 5 individual clients. An additional 6 th client may be added based on the clinical supervisor's recommendation.	5 hours

<p>Preparation</p> <p>One hour of preparation for supervision which includes reviewing videotapes, completing outside readings and/or process notes.</p>	<p>1 hour</p>
<p>Training Meetings</p> <p>Practicum counselors are required to attend didactic training meetings, staff professional development meetings, and occasional UCC staff meetings. Some meetings are biweekly.</p>	<p>hours</p>
<p>Case Management</p> <p>Case notes, phone calls, and consultations.</p>	<p>3 hours</p>
<p>TOTAL HOURS:</p>	<p>14 hours</p>

2. Supervision Provided / Evaluation

UCC practicum counselors are supervised by both a licensed psychologist on staff at UCC and by a pre-doctoral intern of the UCC's APA-approved internship. Supervision includes the videotaping of both client sessions and of supervision with the intern. Videotapes of the client sessions are reviewed by the practicum counselor and the supervisor. The Coordinator of Clinical Training from the academic department consults with the supervisors during each semester to track student progress and keep program faculty advised of progress. Verbal and written evaluations of each practicum counselor are given to the program by the supervisors at the end of both semesters. The written evaluations become part of the student file. The practicum counselors complete written evaluations of supervisors at the end of the practicum experience. Practicum counselors are expected to complete all requirements of UCC, including summaries for all cases and meeting with the UCC Practicum Coordinator, prior to completion of the

practicum.

3. Competencies to be Attained

During the practicum experience the following competencies are expected to be attained:

- a) Demonstration of basic counseling skills (i.e., empathetic listening, etc).
- b) Knowledge of and ability to articulate one major counseling theory (i.e., client-centered, interpersonal, cognitive behavioral, developmental, psychodynamic) as well as how change occurs during the psychotherapeutic process.
- c) Awareness of developmental issues facing college students.
- d) Awareness and understanding of relevant issues that a therapist might encounter in working with an ethnically and culturally diverse student population.
- e) Awareness and understanding of relevant issues that a therapist might encounter in working with clients who are gay, lesbian, or bi-sexual.
- f) Familiarity with relevant DSM-IV criteria and the assessment/identification of common concerns of students seeking services at the UCC: anxiety, depression, eating disorders, substance abuse, and sexual assault.
- g) Rudimentary understanding of treatment issues and interventions with the following issues: anxiety, depression, eating disorders, substance abuse, and sexual assault.
- h) Ability to complete a suicide assessment.
- i) Understanding of APA ethical guidelines (i.e., confidentiality, dual role, duty to warn, etc.).

B. Pre-doctoral Interns

The term Intern is reserved for those individuals completing either a full-time (40 hours per week for one year) or half-time (20 hours per week for two years) pre-doctoral internship training program that is an established and integral part of the counseling services mission, that is sequential and cumulative in nature and builds on the experience obtained at the counseling center, and is both an intensive and extensive learning experience.

The Notre Dame Predoctoral Internship in Professional Psychology is accredited by the American Psychological Association (APA) and is a member of the Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers (APPIC). The internship program is administered by the Coordinator of Internship Training with the assistance of the Training Committee, consisting of senior staff psychologists at the UCC as well as an intern representative.

The criteria employed in intern selection are included in two basic categories: graduate task completion and an overall assessment of internship readiness. Applicants are expected to have **passed doctoral comprehensive examinations by the application deadline and to be admitted to doctoral candidacy by the start of the internship.** They are also expected to have **completed all graduate coursework** required for the doctoral degree and to have **proposed the dissertation prior to arrival at the internship site.** They are expected to have completed **1000 hours of supervised experience**, including **400 hours in direct provision of psychological services** in intervention/treatment and assessment/ diagnosis and **100 hours in formal supervision** to be considered for the internship.

Selection criteria include interests and goals appropriate to the internship program, evidence of necessary emotional maturity and stability, interpersonal skills appropriate to the professional practice of psychology, ethical conduct, a sound theoretical and academic foundation for effective clinical work, skill in translating theory into integrated practice, and demonstrated sensitivity to multicultural issues. Applicants from APA-approved academic programs are given preference.

Other specific criteria which are considered in the selection process include the applicant's current vita, transcripts of graduate coursework, and letters of recommendation from three persons who have supervised the applicant's performance,

at least two of whom have directly observed the applicant's clinical skills. The University of Notre Dame reserves the right to conduct reference checks, verify criminal records information, and require drug testing as criteria of University employment.

1. Internship Program Philosophy and Mission

The University of Notre Dame's Predoctoral Internship in Professional Psychology trains interns as practitioners. This training is achieved through the enhancement of didactic learning about theories of psychological growth and change, the observation of that learning being put into practice by psychologists, and the practice, under the supervision of experienced practitioners, of those skills and interventions that promote psychological well-being.

The overall goal of the internship program is to train interns in the core competencies expected of a psychologist working in the context of a university counseling center. These core competencies include: **clinical intervention, assessment/diagnosis, consultation/outreach, and supervision**. In addition, **ethical issues, professional behavior, multicultural issues, and interpersonal skills** are highlighted during the course of training. Opportunities to develop clinical and educational skills in a training concentration such as alcohol and other drug intervention or eating disorders treatment are also available to interns in the course of the internship year.

The program has a dual focus on both clinical training and professional growth. It is expected that interns will make significant developmental transitions during the internship year, including consolidation of a professional identity, enhanced confidence in skills, and increased ability to function autonomously. The training program recognizes the inherent stress that accompanies these transitions. It is designed to provide activities, procedures, and opportunities that facilitate optimal professional growth while remaining sensitive to the challenges of that growth. While interns frequently seek counseling center positions as their first employment, the training at the University of Notre Dame's Counseling Center is broad enough to prepare interns well for a variety of employment settings.

2. Internship Program Model

The counseling center training program is based on a generalist approach to the practice of psychology that is informed by research in the field. Within the context of this generalist approach, the intern is encouraged to develop additional skills in one training concentration (alcohol and other drugs or eating disorders) during the course of the internship, as an acknowledgement of the need to develop both breadth and depth in training and practice. The training program takes a developmental focus, beginning with a baseline assessment of the intern's competencies to the eventual mastery of these competencies at or beyond the entry level of practice. Emphasis is placed on experiential learning (i.e., service delivery in direct contact with service recipients) under close supervision.

3. Supervision Provided / Evaluation

The Notre Dame pre-doctoral internship is accredited by the American Psychological Association and adheres to APA guidelines in providing supervision and training for interns. Quality of supervision is seen as a critical and valued component of the program. Through close supervisory relationships, the intern develops both professional self-confidence and a meaningful integration of theory with practice. A minimum of two hours per week of individual supervision is required. Supervision focuses on the psychological services provided by the intern as well as issues impacting the intern's professional growth. In accordance with the recommendations of APA's Council of Chairs of Training Councils (CCTC) in 2003, aspects of competence in addition to clinical knowledge and skills are also assessed, including interpersonal skills, self-awareness and emotional stability, openness to supervision processes, and satisfactory resolution of any problems that interfere with professional development.

Interns are supervised by licensed psychologists at the UCC, each of whom is committed to quality training and service delivery. Diverse theoretical orientations are represented, including integrative, interpersonal, client-centered, cognitive-behavioral, eclectic-psychodynamic, existential-humanistic, feminist, and family systems orientations. Supervisors are assigned based on the preferences and training needs of the intern as well as the availability of the supervisor.

Clinical training seminars, case conferences involving cases in which the intern is actively involved, supervision of group work, supervision of supervision, and co-therapy with staff members are additional training activities that comprise an intern's

training experience. The training staff is committed to providing ongoing evaluation of the intern's performance for the purpose of facilitating growth and change. Systematic feedback, which provides the intern with information regarding her/his progress, occurs through clearly defined and regularly scheduled evaluation sessions throughout the year. Self-evaluation is considered and encouraged as the training staff seeks to promote the development of a competent and professional psychologist. Feedback is also solicited regularly from the interns regarding their experience of supervision and the overall training program. This feedback is used to adjust the program, when necessary, to make it more responsive to the special training needs of each intern group.

4. Competencies to be Attained

The areas of **clinical intervention, assessment and diagnosis, consultation and outreach, and supervision** constitute the functions we believe are fundamental to the successful professional functioning of any counseling and clinical psychologist. These four areas make up the core training experiences that underlie the diverse exposure to clients, treatment modalities, and multidisciplinary professionals that the Notre Dame training program offers. In each of these areas interns receive supervision. Additionally, the Intern Training Seminar and other training activities are designed to assist the intern in integrating his/her internship experience. A description of each area, the approximate amount of time spent and the training experience(s) provided are outlined below.

a. Clinical Intervention

1) Individual and Couples Counseling

Interns provide counseling services to UCC clientele. These clients are typically seen in individual counseling, although occasionally clients present requesting couples therapy. Clients are assigned to a counselor after the intake session through the intake disposition team. Interns are expected to videotape their counseling sessions with client consent.

a) Hours: 11 - 13 hours per week

b) Training Provided:

(1) Individual supervision of each intern's therapy cases takes place by means of videotape or co-therapy. Interns work with multiple supervisors over the course of the internship year in an effort to provide both breadth and depth of experience. The intern works with his/her primary supervisor for the duration of the internship year. The intern's primary supervisor is responsible for supervising half of the intern's caseload, completing the intern's evaluations, and communicating with the Coordinator of Training as well as to prospective employers regarding the intern's skills and progress. The intern is also assigned to work with a secondary supervisor who is responsible for overseeing half of the intern's caseload. Secondary supervision assignments change at the mid-point of the internship. Each intern's individual therapy cases are supervised for a total of 2 hours per week.

(2) Group supervision in a case presentation format occurs through Clinical Case Conferences (Clinic Teams) at UCC. Licensed psychologists, social workers, interns, and practicum students join for 1 hour per week. Cases are presented both formally and informally, allowing for a range of experiences.

(3) Internship Training Seminar utilizes didactic presentations as well as discussion of specific professional and clinical topics. Participants include licensed psychologists and interns at UCC, as well as invited presenters.

2) Group Therapy

Interns participate in the Group Therapy program at the UCC by co-leading a minimum of one group with a senior staff member during the academic year. Group modes of treatment can include personal growth groups, structured groups in areas such as relaxation training and depression management, and theme groups such as eating disorders, family issues, and substance abuse, as well as groups for graduate students and other special populations. Interns typically co-lead one process-oriented group and one structured group during the course of the year.

a. Hours: 1 - 3 hours per week

b. Training Provided:

(1) Individual and/or team supervision is by means of co-therapy or videotaped observation. Staff psychologists at UCC typically process group dynamics with their intern co-leaders following each group session. Intern co-leaders are also supervised in their case management of group clients.

(2) Further didactic training in group therapy is offered through the intern training seminar.

3) Crisis Intervention/Emergency Coverage

Interns are available for two hours/week for emergency walk-in clients. Based on the nature of the walk-in client's concern, interns may be involved in crisis assessment and intervention up to and including psychiatric hospitalization.

a. Hours: 2 hours per week (avg.)

b. Training Provided:

(1) Interns receive both didactic and experiential training during intern orientation and intern seminar related to crisis intervention processes and procedures.

(2) Interns are supervised on their emergency walk-in clients via individual supervision as well as consultation with senior staff. Psychiatric consultation is also available on a weekly basis with the psychiatrist at UCC.

b) *Assessment and Diagnosis*

Interns conduct an average of two (2) initial assessments (intakes) per week. Interns may also administer, score and interpret psychological assessments of clients as needed, in an effort to increase awareness of clinical issues and facilitate diagnosis. Testing results are to be presented to clients either verbally or in writing. Finally, interns will interpret assessments and provide feedback to clients in their designated concentration area.

1) Hours: 2 - 3 hours per week (avg.)

2) Training Provided:

(1) Intern's intakes are supervised by his/her primary supervisor. In addition, interns will present their intakes at a weekly disposition team meeting for the purpose of case assignment and treatment planning. The disposition team model is an effort to provide efficient and effective service for the client as well as an opportunity for interns to gain experience in identifying and communicating clients' presenting concerns, preliminary diagnostic issues, and treatment recommendations.

(2) Additional supervision and training is offered in the administration and interpretation of the major personality tests used at UCC, with emphasis on their utility in facilitating therapeutic practice. Examples of tests used include the MMPI-2, the MCMI-III, the 16 PF, the MBTI, etc. Individual supervisors and other training staff supervise the use of psychological assessment with intern clients.

c) *Consultation and Outreach*

1) Consultation

During the academic year, interns provide consultation services to faculty and staff of the University of Notre Dame in response to psychological issues or concerns. This consultation may occur through use of walk-in services or telephone contact.

a. Hours: .5 hour per week (avg.)

b. Training Provided

Clinically relevant consultation services are supervised by the intern's primary supervisor.

2) Outreach

Each intern is expected to plan and implement a minimum of six (6) outreach programs for campus groups or organizations at the University of Notre Dame. A minimum of one of these programs must be multicultural in focus. One program must also be in the intern's designated concentration area. Outreach programs may be UCC initiated and/or responsive to campus requests.

a. Hours: .5 hour per week (avg.)

b. Training Provided:

The Outreach Coordinator provides outreach training and is available through the course of the year for intern consultation. Outreach programs are supervised by staff psychologists in consultation with the Outreach Coordinator. Interns are initially trained in the processes and procedures of outreach service delivery at the University of Notre Dame during Intern Orientation. In addition, interns will participate in Outreach Seminars during the fall semester where topics such as ethics and diversity issues in outreach programming will be discussed. Interns

will also have the opportunity to design and present components of an outreach program to their peers.

d) *Training in Supervision*

Interns serve as individual supervisors for Notre Dame counseling psychology doctoral students completing a practicum experience at the University Counseling Center. Practicum counselors also receive supervision by a licensed staff psychologist during the fall semester. Interns act as sole supervisors for practicum students in the spring semester, under the supervision of a staff psychologist. Each individual supervisor completes a separate written evaluation of the supervisee at regular intervals. Supervisors engage in ongoing consultation with one another regarding the progress of the supervisee through regular supervisors' meetings. Supervision sessions are videotaped for discussion and reviewed in Supervision of Supervision. The facilitator of Supervision of Supervision, as a licensed psychologist, holds ultimate responsibility for the clinical work of the practicum students under intern supervision at the UCC.

1) Hours: 3 hours per week

2) Training Provided:

Supervision of Supervision occurs in a group format for 1.5 hours per week and is facilitated by the Coordinator of Internship Training. During Supervision of Supervision, interns are familiarized with supervision models as well as ethical and multicultural supervision issues. They also review supervision videotapes and discuss process issues.

5. Additional Training Activities

a) *Specialty Area*

Interns participate in regular training/supervision meetings in a concentration area. At present, the concentration areas include Alcohol and Other Drug Services and Eating Disorders Services. Interns work with senior staff to address students' clinical and educational needs in these areas. Interns conduct and interpret assessments and provide feedback to clients. Interns select clinical

cases in the concentration area for which they receive more in-depth supervision. They also conduct a minimum of one outreach program in the concentration area. Interns are also encouraged to participate in psychoeducational or therapy groups related to the concentration area. Interns selecting the Eating Disorders Concentration also participate in a monthly multidisciplinary team meeting. Interns in the Alcohol and Other Drug Services area participate in the planning and implementation of Alcohol Screening Day on campus.

(1) Hours: 1 - 2 hours per week

(2) Training Provided:

Interns will gain exposure to theoretical approaches as well as to intervention and assessment training in their concentration area through intern training seminars and supervision. Interns will also meet with their concentration supervisor weekly to review related clinical work in more depth and to discuss assessment issues and outreach planning.

b) Intern Orientation

Interns participate in three weeks of Orientation at the start of the internship program. Orientation activities include training on UCC policies and procedures, seminars on supervision, assessment, and multicultural issues, and meetings with professionals from various campus services. Interns will also select supervisors and begin to set goals for their internship experience during this time.

c) Intern Training Seminar

The primary purpose of the intern training seminar is to address the integration of the intern's knowledge, experience and skills in the following areas: **professional issues and identity, assessment and diagnosis, cultural diversity, and clinical issues**. Exposure to advanced clinical topics (e.g., empirically-supported treatments for anxiety/depression, trauma recovery, etc.) and to interventions for diverse populations (e.g., ethnic/racial minorities, GLBT clients, religious clients, etc.) are major components of this seminar. Readings may be assigned ahead of time to enhance intern awareness and facilitate discussion of the topic. The

seminar is organized by the Coordinator of Internship Training, with topics presented by UCC staff and invited guests. Interns participate in selecting seminar topics for the spring semester.

Hours: 2 hours per week

d) *Intern Support Group*

Another valuable experience in the intern's personal and professional development is participation in the weekly Intern Support Group. This peer-facilitated group experience enables interns to engage in discussions about such important areas as reactions to organizational issues, adjustment to the development of an emerging professional identity, and interpersonal issues related to functioning in the many roles of an intern.

Hours: 1 hour per week

e) *Meeting with Coordinator of Internship Training*

Interns meet as a group with the Coordinator of Internship Training on a monthly basis to discuss any training issues and concerns that have arisen, and to receive support and mentoring as they progress through the internship year.

Hours: .25 hour per week

f) *Intern Retreat*

Late in the spring semester, interns join with other counseling center interns and training coordinators from the state of Indiana for an overnight Intern Retreat. The retreat focuses on issues of professional and personal transition and provides an opportunity for interns to reflect on their internship experience, as well as to relax and focus on self-care as they anticipate the end of the internship year.

g) *Intern Project*

At the end of the academic year the weekly Intern Training Seminar is replaced by an independent intern activity, the Intern Project. Each intern is encouraged to choose an area of interest that is also identified as an area in need of development at the UCC. Examples might include enhancing UCC self-help materials, creating a topical resource manual, or assisting with the development of the UCC web page. Interns are to identify a senior staff member who will serve as a consultant and supervisor for the intern project over the summer months. The completed project is to be submitted to the Coordinator of Internship Training at the end of the internship and is one of the criteria for internship completion.

Hours: 2 hours per week (summer only)

Summary and Conclusions

This paper has attempted to describe the unique role of the university counseling center in higher education in the United States, and more specifically, the counseling center's role in the pre-doctoral training of future psychologists. Models of two pre-doctoral training programs as they exist at the University of Notre Dame Counseling Center are described: the practicum program and the pre-doctoral internship program. Selection criteria, supervision provided, and competencies expected to be attained are discussed.

REFERENCES

Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers (APPIC), 2006. American Psychological Association, 750 First Street, NE, Washington, DC. 20012-4242. www.apa.org

Committee on Accreditation 2005 Annual Report, Table 11. American Psychological Association, 750 First Street, NE, Washington, DC. 20012-4242. www.apa.org

Council of Chairs of Training Councils Recommendations 2003. American Psychological Association, 750 First Street, NE, Washington, DC. 20012-4242. www.apa.org

Clínica en la Universidad

Andrea Machuca S.¹⁰⁷
Dariela Sharim K.¹

¹ Escuela de Psicología Universidad Católica de Chile

Realizar un trabajo clínico en la Universidad es, sin duda, una gran oportunidad para los profesionales que trabajamos en el Centro de Salud Mental de la Universidad Católica^{xviii}. No sólo por la posibilidad de atender pacientes y formar nuevos terapeutas desde el trabajo en equipo, sino que también por el contexto académico que favorece y potencia la sistematización de este trabajo.

Sin ahogarnos en el hacer, como suele ser el riesgo en los servicios de salud mental que enfrentan una inmensa demanda, pero tampoco restringidos al solitario trabajo académico. Hacer y pensar la actividad clínica al mismo tiempo. Esta es la oportunidad que nos abre el trabajo como clínicos en un servicio universitario.

Esta motivación no ha surgido espontáneamente. Se trata de un motor de trabajo que ciertamente tiene una historia, un contexto y una manera de entender, hacer y conceptualizar la actividad clínica.

Desde sus inicios, como Centro Psicológico de la Escuela de Psicología, los equipos a cargo han ido paulatinamente generando una apertura del trabajo hacia la comunidad y a los problemas de salud mental relevantes en la población chilena. De esta manera, los alrededor de 30 años de trabajo en formación de terapeutas, han enfatizado en una clínica al servicio de los consultantes que, al mismo tiempo, permita la formación de nuevos terapeutas. Una buena formación en psicoterapia requiere en primer lugar de una buena calidad de atención a los consultantes.

Esta preocupación se ha traducido en desarrollar modelos de atención que contemplen intervenciones efectivas, adecuadas y respetuosas de las demandas y características de la población consultante. Así también, ha implicado relevar un trabajo interdisciplinario, asociativo, con otros profesionales que juegan un papel relevante en el campo de la salud mental. Se trata de una preocupación que impulsa a establecer redes de trabajo que posibiliten la complejización de nuestras miradas y, por tanto, de nuestra capacidad de diseñar programas de trabajo basados en una comprensión global de los problemas abordados.

¹⁰⁷ El Centro de Salud Mental de la Universidad Católica está dirigido por profesionales del área clínica de la Escuela de Psicología y del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina, coordinados a la luz de un convenio interfacultades.

La atención psicoterapéutica, como uno de los ámbitos centrales de nuestro trabajo, nos plantea de este modo, el desafío de sustentar esta labor en una amplia definición de la actividad clínica en la cual ésta es concebida como una práctica social. El trabajo con lo singular debería entonces ser entendido, no sólo en su restringida dimensión individual, sino también como una vía privilegiada, aunque paradójal, de conocimiento universal (Pineau, G. y Le Grand, 1993). En otras palabras, la exploración y profundización en las dinámicas individuales, nos permite al mismo tiempo acceder a una mayor comprensión de la dimensión social involucrada. Paradójica, como plantean estos autores, más fácil de constatar que de explicar.

Desde esta perspectiva, abordamos el espacio de formación que también se realiza en el Centro. Formarse y formar terapeutas en la Universidad, conduce a desarrollar caminos en los cuales confluyan las dimensiones del hacer y el pensar la actividad clínica. En esta lógica, la actividad formativa por excelencia es el trabajo de supervisión clínica. Espacio que se hace posible cuando supervisores y supervisados crean un vínculo fundado en la exposición personal y en la comprensión conjunta de la experiencia clínica. No es posible concebir la supervisión sino en torno a la práctica psicoterapéutica. Pero tampoco ésta es fructífera si no se acompaña de la riqueza que aportan los ojos de un tercero, ojos que completan nuestra capacidad de pensar y alimentan la formación tanto en el plano profesional como en el personal.

Hacer y pensar la clínica simultáneamente....esa es la oportunidad, ese es el desafío. Y es también el sentido que tiene para una Escuela de Psicología el desarrollo de un campo clínico propio.

Tensiones y Desafíos del Proyecto

La realización paralela de actividades de atención, docencia y formación de psicoterapeutas, implica importantes desafíos para el equipo que sustenta esta labor. Identificar las tensiones que atraviesan un proyecto como éste, es relevante para su desarrollo, por cuanto se trata de dificultades probablemente inherentes a este tipo de Centro, cuyo abordaje puede enriquecer tanto el trabajo clínico como académico.

Dichas tensiones nos refieren a distintas dimensiones. Así, la tensión entre el atender y el enseñar; o aquella que proviene de la multiplicidad de demandas como son las institucionales, las de la población consultante y las internas del propio Centro. Probablemente, la de mayor relevancia es la epistemológica, aquella relativa a la convivencia de distintos enfoques teóricos en los profesionales y en los alumnos que, a su vez, se expresa en otro desafío prioritario que dice relación con la propuesta de formación que se despliega entre el polo de los saberes amplios y el de la habilitación técnica.

Es respecto del modo de abordar la convivencia de enfoques teóricos, que queremos dar cuenta del camino explorado.

Modelo de Respuesta Clínica: Reflexión en la Acción

Los profesionales de este Centro han desarrollado su trabajo en distintas líneas teóricas, principalmente de tradición sistémica y psicoanalítica y tienen, por tanto, distintas historias de evolución en su quehacer clínico. De este modo el trabajo clínico del equipo plantea la necesidad de construir un marco epistemológico compartido que permita dar cabida y coherencia a distintos desarrollos técnicos. Se requiere que las intervenciones psicoterapéuticas tengan un marco de integración epistemológica que permita estrategias y diseños terapéuticos flexibles. Esta integración estaría dada por los “principios” que guían el accionar terapéutico. Dentro de ellos, distinguimos los siguientes:

- La idea del empoderamiento, es decir, aquella que orienta el trabajo terapéutico a que los consultantes adquieran recursos psicológicos y sociales que les permitan manejar –y cambiar- su entorno y condiciones vitales.
- El enfoque desde la perspectiva de los recursos y las competencias, es decir, aquella que plantea que las personas y las comunidades poseen los recursos para solucionar sus problemas y mejorar su bienestar psicosocial y que, desde esta comprensión, el rol de los profesionales de ayuda es facilitar la puesta en marcha de dichos recursos, los cuales pueden estar interferidos tanto por cuestiones individuales – intrapsíquicas - como contextuales –sociales- (Arón, 1992).
- El paradigma de la complejidad en la comprensión de la realidad que plantea el rescate de lo individual y singular por sobre lo general, la multiplicidad de identidades en la vida cotidiana, la contradicción como momentos necesarios hacia la integración de conocimientos y realidades, “el mundo se organiza desintegrándose” (Morin, 1994, p. 93).

Este marco epistemológico común debe además responder a principios éticos y estéticos, es decir debe promover el desarrollo de prácticas pertinentes a la realidad clínica emergente y al momento histórico particular de los consultantes y los terapeutas, que den consistencia, solvencia y calidad a la atención de consultantes y consecuentemente a la formación de terapeutas.

La interdisciplinariedad, como modalidad de formación y articulación del equipo de trabajo, es el marco que permite, por un lado, un abordaje integral que considera las diversas dimensiones del consultante y, por otro, una integración de lo teórico y epistemológico en la atención clínica de diversidad de casos.

La atención en un centro institucional impone la consideración de variables contextuales –internas y externas- de gran relevancia, fundamentalmente asociadas a las características de la población consultante y las de los terapeutas, entendiendo el proceso terapéutico como un devenir y una práctica social definida por la interrelación de todos los involucrados.

La Población Consultante

El Centro de Salud Mental busca responder a una demanda amplia de consultantes, por distintos motivos, espontáneos o referidos por redes primarias u otros profesionales de la red de salud que integra.

Desde la perspectiva de los consultantes se destaca la pertenencia a un sector socioeconómico que si bien tiene acceso al sistema previsional en salud, lo cual le permite acceder a un sistema pagado de atención, tiene también recursos económicos limitados, es decir que con un esfuerzo económico importante, puede acceder a tratamientos de duración moderada.

Se trata mayoritariamente de personas que consultan en medio de una aflicción y esperan, por tanto, solucionarla en un tiempo que equivale a lo esperado para la solución de una “enfermedad” definida desde el modelo médico/asistencial de atención, en un contexto social donde lo psicoterapéutico tiene una expresión difusa.

En numerosos casos las personas consultan ya sea por indicación de otro profesional –médico, orientador(a) de colegio, religiosos (as)- o por consejo de personas significativas de su red que han tenido alguna experiencia en servicios de atención en salud mental, muchas veces no saben por tanto de qué se trata la psicoterapia ni qué se puede esperar de ella y las expectativas recogidas en primera entrevista son diversas.

Poner atención a la población consultante significa la consideración atenta y temprana a estas expectativas, las cuales deben ser consideradas en el diseño de los tratamientos, para cubrirlas, negociarlas o frustrarlas, mas nunca negarlas o desconocerlas.

El Equipo de Psicoterapeutas

Tal como se ha mencionado más arriba existe un equipo profesional/docente que realiza parte de la atención clínica y desarrolla la supervisión de terapeutas. Otra parte, muy importante, de la atención es realizada por profesionales en formación y especialización en psicoterapia, todos con distintas trayectorias académicas, orientaciones y niveles de desarrollo profesional. Nuevamente, esta diversidad impone la generación de perspectivas generales que aúnen el trabajo clínico, tanto en la supervisión a profesionales como en la atención a los consultantes.

El contexto institucional de la formación en clínica, exige velar constantemente por un equilibrio entre la actividad asistencial y docente, dada la indispensable imbricación que dicha formación requiere entre ambas dimensiones

El aprendizaje del ejercicio psicoterapéutico en el marco universitario se basa en la transmisión de un quehacer cuya calidad se sostiene en el trabajo clínico sistemático y en equipo; en la integración a la red de servicios universitarios y en un enfoque que releva las competencias tanto de los profesionales en formación como de los consultantes.

La realización de formación clínica en el contexto universitario pone como imperativo la revisión constante del modelo de atención y la realidad clínica, a través de

la sistematización e investigación. La diversidad teórica y de experiencias de los profesionales-docentes genera un marco de interlocución que enriquece esta tarea.

Para los profesionales en formación el Centro significa un campo clínico en proceso y devenir constante, lo cual resulta consistente con el propio proceso de desarrollo profesional. La oferta de un campo clínico de estas características releva el aprendizaje en el ejercicio, no en la adquisición sistemática de nuevos conocimientos en forma de marcos teóricos, lo cual significa integrar por parte de los terapeutas en formación su conocimiento acumulado con una realidad clínica compleja.

La formación queda así dirigida hacia la optimización de los recursos de los terapeutas, a la puesta en marcha de sus conocimientos y a la validación y transformación de sus habilidades y características individuales en recursos terapéuticos puestos al servicio de la definición de la particular relación social terapéutica.

Las Propuestas

El desafío de hacer y enseñar terapia en un centro asistencial universitario, genera tensiones, preguntas, responsabilidades y todo un proceso individual e institucional tendiente a resolver la tarea de atender bien y enseñar bien, y viceversa, como dos dimensiones inseparables en este quehacer clínico particular.

Algunas de las respuestas, tanto para la atención clínica de consultantes como para la formación clínica de terapeutas, se puede derivar de la conceptualización de la terapia como una práctica social, lo cual permite relevar el contexto y lo particular, lo histórico y lo recreado, lo conocido y lo no conocido, lo dicho y lo silenciado y por esa vía desentrañar procesos que permitan el desarrollo armónico de respuestas para los afligidos y hallazgos y desarrollos para la teoría y la práctica psicológica.

Dora Fried (1996) expresa respecto a la terapia:

...una práctica social como la terapia tiene un componente ético dado por la pertinencia de la conversación al problema por el que consultan los participantes. Tiene también un componente estético en tanto es pertinente a la singularidad de cada consultante; un componente contextual dado por la pertinencia de la creación de un contexto terapéutico, un componente implicativo en tanto es pertinente a la definición de vínculo desde la perspectiva de los participantes; un componente existencial en tanto es pertinente a las necesidades, aspiraciones, problemas, relevantes para las personas que participan de la misma (p. 261).

Esta conceptualización da cuenta de lo que hemos venido mencionando hasta aquí, plantearse el ejercicio clínico dentro de un contexto académico universitario resulta posible sólo incorporando la complejidad de esa realidad, es decir, considerando distintos niveles de comprensión que se imbrican unos a otros. Estas ideas tienen implicancias tanto para la atención clínica como para la formación/supervisión clínica.

La Terapia como Práctica Social: Recibimos a los Consultantes

Recibir a los consultantes en el Centro de Salud Mental significa en primer lugar un problema ético, esto es preguntarnos cómo damos acogida a la petición del paciente, desde nuestro lugar de clínicos y académicos ello implica la construcción de marcos “especializados” que puedan ofrecer real respuesta de manera “focalizada”. En la práctica ello se traduce en la formulación y ejecución de programas de atención en temáticas particularmente relevantes en nuestra población, dichos programas pretenden especificar y especializar la respuesta clínica de una manera efectiva y coherente tanto teórica como técnicamente. Algunos ejemplos de esos programas son: depresión y género, trastornos ansiosos en adultos y niños, trastornos del desarrollo en niños y terapia de reparación en abuso sexual y maltrato.

Pero como ya lo hemos señalado, se trata también de privilegiar lo singular y subjetivo, más allá de construir universales, lo cual nos sitúa en el componente estético, es decir, en desarrollar estrategias clínicas de pertinencia a la singularidad. Significa entonces que en la construcción de marcos de tratamiento debe considerarse la realidad y complejidad de lo que trae el consultante, ahora la evaluación y comprensión del problema es singular y única y responde a una evaluación del sujeto en su contexto con consideración de sus dificultades –probablemente las que lo llevan a consultar- y recursos –que serán sus herramientas de salida-.

Entrar en terapia significa para terapeuta y consultante crear y definir un nuevo contexto. Lo terapéutico está definido por la construcción de un contexto conversacional particular que responde a las necesidades particulares del consultante. Dicha definición de contexto se basa en el respeto y validación del otro y su historia, tal como es contada por ese sujeto, como punto de partida para el cambio y/o resolución de conflictos –internos y externos-. La diversidad de consultantes, tal como se ha señalado, plantea la

necesidad de terapeutas flexibles y plásticos, hábiles en la construcción de contextos significativos que serán terapéuticos en tanto el consultante los califique y los describa como tales. Siguiendo a Fruggeri (1996) “La fiabilidad de una técnica no se define por lo tanto a priori, no puede ser considerada herramienta terapéutica a menos que el cliente la ‘reconozca’ como tal” (p. 63)

La creación de un nuevo contexto significa por cierto la construcción de un nuevo y único vínculo, El vínculo terapéutico se conceptualiza como la vía privilegiada de acción terapéutica, desde las distintas posturas teóricas es el centro o pivote del cambio terapéutico, su construcción, negociación y reconstrucción permiten que terapeuta y consultante construyan una nueva realidad que amplía las posibilidades de lectura de aquello que aqueja al consultante. Este vínculo se constituye también en el sustento de la ocurrencia de la vivencia de una experiencia correctiva en la historia contada por el consultante.

El vínculo terapéutico y su negociación como vehículo terapéutico se construye originalmente en función de lo que el consultante presenta como motivo de consulta, en nuestra experiencia la mayoría de las personas que piden ayuda psicológica lo hacen motivados por situaciones críticas. Sin embargo, el proceso terapéutico se va ampliando y las peticiones y orientaciones que adquiere no sólo responden a la resolución de la situación gatillante. Se genera un componente existencial, que involucra problemas relevantes para la persona. Y que derivan de la situación crítica que originalmente guía la consulta. Se trata del un cambio vital que vive una persona producto de una crisis, el cual lo puede llevar a replantearse toda su historia y sus opciones futuras. El espacio terapéutico se orientará entonces a la comprensión conjunta entre consultante y terapeuta de ese sentido existencial, el proceso terapéutico se amplía y se profundiza.

La Terapia como Práctica Social: La Formación de Terapeutas

Considerar la terapia desde a perspectiva de la epistemología de la complejidad, significa incluir las variadas dimensiones del terapeuta, significa pensar al terapeuta que va en paralelo y se entrecruza con el proceso del consultante.

Podemos llegar a plantearnos que la formación del terapeuta sigue una trayectoria similar, aunque específica, a lo que es el proceso terapéutico. Es decir, que resulta relevante considerar en ambos niveles, dimensiones similares. Es esta

perspectiva la que orienta la supervisión clínica, la cual se realiza desde el terapeuta, con su supervisor, en función de casos y situaciones clínicas específicas. Nuevamente entramos en el juego entre lo general y lo específico, lo similar y lo distinto, lo universal y lo subjetivo.

Al plantearnos la formación y el ejercicio de la supervisión clínica en particular, surge nuevamente la dimensión ética, es decir, aquella que nos lleva a preguntarnos sobre la pertinencia de dicho proceso. En el ejercicio de la formación de terapeutas y la supervisión clínica la conversación se construye en una doble vía que incluye tanto el proceso del terapeuta como el proceso que éste articula con el consultante. La pertinencia está dada entonces por la consideración de la subjetividad del terapeuta y de su reporte acerca del consultante, entendiendo que este último siempre está influido por las resonancias y lo que es capaz de ver ese terapeuta en particular. Desde esta perspectiva, el proceso de formación es también único y la supervisión se convierte en una meta-lectura de fenómenos subjetivos que requieren ser integrados por el terapeuta para lograr su estatus profesional.

Tal como lo señalan Aponte y Winter (1988):

En la práctica clínica la excelencia terapéutica se enraíza tanto en los aspectos técnicos del tratamiento como en los personales. La investigación de la fuerza catalizadora de la psicoterapia y de cómo afecta a la persona del terapeuta y su utilización de su yo, supone varias implicancias durante el entrenamiento (p.7).

De acuerdo a lo conocido respecto a las variables inespecíficas en psicoterapia, la efectividad del terapeuta y del proceso que conduce descansa de manera importante en la credibilidad que sea capaz de transmitir y en la “comodidad” y solvencia que logre transmitir en su rol. De acuerdo a ello, una formación estética implica la integración de la singularidad de los terapeutas y de sus historias. En el desarrollo de sus habilidades, se trata que integren y validen sus recursos personales, profesionales y humanos. De este modo, la formación se orienta al reconocimiento y posicionamiento de si mismos como terapeutas, a la integración de conocimientos ya adquiridos y a la internalización de habilidades. Cada terapeuta tiene su estilo y debe “recoger” su trayectoria humana, es decir, lo que es y lo que hace en muchos de sus vínculos cotidianos.

Como ya se ha señalado, la formación descansa fuertemente en la práctica directa y en su conceptualización y análisis en la supervisión clínica. Se trata de un

interjuego entre hacer y pensar. El lugar clave que ocupa la supervisión tanto para la formación del terapeuta como para el proceso terapéutico del consultante, impone el desafío de la exposición y la revelación del terapeuta en un trabajo en equipo. Este trabajo con la subjetividad del terapeuta sólo se hace posible en un contexto relacional definido por el respeto, el reconocimiento del otro y su singularidad, el reconocimiento explícito de las competencias, la apertura a la crítica respetuosa y el trabajo colaborativo. Si el contexto no queda así definido, difícilmente el terapeuta podrá transmitir su proceso de comprensión del trabajo que realiza y de su lugar en él, más aún difícilmente se erigirá de terapeuta en el vínculo con su consultante.

La pertinencia del vínculo entre supervisor y supervisados, así como entre estos últimos, definidos como un equipo de trabajo, se mueve en la delgada línea que distingue un proceso de implicación personal, de exposición y cambio en el contexto profesional y un pseudo proceso terapéutico grupal. La construcción de un vínculo particular en materia de supervisión resulta esencial, también el supervisor –al igual que el terapeuta- requiere ser creíble y coherente y debe ser capaz de definir un vínculo que permita la exposición y la intimidad, a la vez de respetar aquellos aspectos que sólo forman parte de la vida privada de los terapeutas en formación, aquellos que no están en juego en el vínculo que construye el terapeuta con su consultante.

Finalmente, debemos asumir que el proceso de formación en psicoterapia no sólo significa un cambio en términos profesionales, lo es también en términos de desarrollo personal. La exposición de terapeutas en formación a la realidad clínica y a las historias contadas por los consultantes tiene un gran impacto en la vida personal y en la historia del terapeuta, lo cual lo sitúa en el plano de lo existencial. La formación requiere así de la integración de ese impacto en función del desarrollo de habilidades terapéuticas, así como de la integración entre lo teórico, las vivencias clínicas y las experiencias vitales anteriores y paralelas a la formación.

El terapeuta emerge en esta perspectiva como la principal sino la única herramienta de trabajo, se trata de instrumentalizarse a sí mismo en una práctica que está definida en beneficio de otro, el consultante. Sin embargo, cada proceso terapéutico es también un proceso personal del terapeuta y lo es también, en última instancia, para el supervisor.

El proceso terapéutico puede generar un movimiento dinámico para el paciente y para el profesional. La mayor parte de las veces, lo que facilita al terapeuta el empleo exitoso de su self, para beneficio de sus pacientes, es un entrenamiento clínico efectivo y la supervisión (Aponte y Winter, 1988, p. 15)

Continuar la espiral de no sólo vivenciar ese proceso, con todos sus implicados, sino también de conceptualizar y construir conocimiento, para luego olvidarlo, deconstruir y reconstruir, es nuestro desafío cotidiano como Centro de Salud Mental como clínicos y formadores.

Referencias Bibliográficas

Aponte, H & Winter, J (1988). La persona y práctica del terapeuta. *Tratamiento y entrenamiento. Sistemas Familiares*, año 4, N° 2. Buenos Aires.

Arón, A. M. (1992). Un modelo de Salud Mental en Chile. En: Lolas, Florenzano, Gyarmaty y Trejo (eds.) *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectiva Latinoamericana*. Santiago: Editorial Universitaria.

Fried Schnitman, D (1996) Hacia una terapia de lo emergente: construcción, complejidad, novedad. En: Mc Namee, Sheila, Gergen Kenneth. *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Fruggeri, L (1996) El proceso terapéutico como construcción social del cambio”. En: Mc Namee, Sheila, Gergen Kenneth. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós

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

Pineau, G. & Le Grand J-L (1993), *Les histoires de vie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Enseigner quelle psychopathologie et quelles psychothérapies aujourd'hui
Le modèle français à l'épreuve de la mondialisation. Réflexions et présentation d'un
centre universitaire expérimental

Patrick Martin-Mattera

Institut de Psychologie et Sociologie Appliquées (IPSA) Université Catholique de
l'Ouest (UCO)

**1- L'enseignement de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'université
peut, en France, soulever des débats passionnés.**

Depuis 1947, date de création de la licence de psychologie par Lagache à la Sorbonne, la psychologie clinique a pris une orientation psychanalytique qui a déterminé une véritable tradition française, confortée dès les années 1960 par la montée en puissance de la pensée lacanienne. Et force est de constater que l'unité entre psychologie expérimentale et psychologie clinique, que prônait Lagache¹⁰⁸, ne s'est jamais réalisée. L'ardent combat que ces deux courants mènent actuellement au sein de l'université française montre au contraire que cette fois la guerre est faite au grand jour avec un impact médiatique jamais encore égalé. De fait dans les universités, les effectifs étudiants les plus élevés se trouvent en psychologie clinique, suivis par la psychologie sociale et loin derrière par la psychologie de la cognition, héritière de l'ancienne psychologie expérimentale. On constate que les effectifs les plus lourds sont proportionnels aux postes trouvés sur le terrain. La clinique y est donc majoritaire.

Pourtant, et cela peut sembler paradoxal, l'université en France s'est jusqu'à présent tenue à l'écart de l'enseignement de la pratique psychothérapique et s'est

¹⁰⁸ LAGACHE Daniel, *L'unité de la psychologie* (1949), Paris, PUF, 2004.

systématiquement opposée à sa validation académique. Plusieurs raisons expliquent cela. Premièrement, le modèle psychanalytique, jusqu'alors dominant à l'université, récuse toute idée d'habilitation de la formation par un tiers extérieur mais privilégie une démarche personnelle assumée comme telle et entérinée ensuite par le groupe psychanalytique auquel l'analysant se réfère. Deuxièmement, la psychanalyse ne s'apprend pas seulement par le biais d'une démarche intellectuelle objective et universelle, mais avant tout par celui d'une expérience subjective et singulière, celle de sa propre analyse. Troisièmement, la psychanalyse est d'abord une praxis et de ce fait les praticiens hors cadre académique ont souvent déconsidéré les universitaires accusés d'être seulement des théoriciens. La formule de Lacan «*l'analyste ne s'autorise que de lui-même*»¹⁰⁹ ça ne veut pas dire pour autant qu'il soit tout seul à le décider¹⁰⁹, indique d'un côté la solitude fondamentale de la position analytique, à savoir la subjectivité de la décision de devenir analyste et la singularité de toute interprétation, et de l'autre la nécessité d'être reconnu par ses pairs dans cette fonction.

En France, la dominante psychanalytique freudienne et lacanienne a entraîné la psychothérapie dans son sillage, tout en produisant par réaction une mode d'alternatives, estimées peu fiables, aussi bien par les analystes praticiens que par les universitaires. De fait, on peut découper le champ psychothérapique français ainsi

- La psychanalyse proprement dite, qui a représenté jusqu'à présent le modèle et la référence de toute pratique psychothérapique jugée sérieuse.
- Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, qui en découlent «sans en être», si l'on peut dire.

¹⁰⁹ LACAN Jacques, Séminaire *Les non-dupes errent*, séance du 9 avril 1974, inédit.

- Les thérapies cognitivo-comportementales qui tentent aujourd'hui de s'imposer en particulier au sein de l'université.
- Les thérapies dites systémiques, dont la sphère d'influence est assez modeste en France.
- Enfin, ce que l'on appelle la «nébuleuse des psychothérapies», terme employé pour désigner un ensemble de pratiques dont les fondements théoriques, les aspects techniques, les motivations et les objectifs restent très souvent suspects.

On peut dire qu'aujourd'hui se joue en France une lutte sévère pour obtenir ce qui apparaît comme une hégémonie à l'université ou sur le terrain.

A l'université le combat oppose principalement les tenants de la psychanalyse et ceux du cognitivisme— ce sont les postes et les positions stratégiques qui sont en jeu (emplois, directions de laboratoires, nombre de doctorants, etc.). Situation qui se retrouve aussi sur le terrain— dans les hôpitaux psychiatriques ou les établissements spécialisés, les praticiens formés à l'analyse se confrontent à ceux qui s'appuient seulement sur les neurosciences et la cognition.

Un autre combat, particulièrement confus, oppose les «psy» officiels (psychologues, psychanalystes et psychiatres) aux psychothérapeutes sans formation académique, ceux qui n'ont de diplôme ni en psychologie, ni en médecine et qui ne sont pas psychanalystes reconnus par leurs associations (ce sont les «fi-ni»). Devant le risque d'une législation encadrant les psychothérapies et aussi la psychanalyse, les psychanalystes lacaniens, avec J-A Miller comme chef de file, ont en quelque sorte fait alliance avec les psychothérapeutes. En octobre 2003, l'Assemblée Nationale a voté en

effet une proposition de loi qui réservait la pratique de la psychothérapie aux seuls psychologues, médecins, et médecins psychiatres. Ce texte, élaboré sans concertation avec les organisations professionnelles, visait à protéger les usagers des risques liés à une pratique psychothérapique non règlementée, et laissait à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) le soin de fixer les conditions de la formation requise pour exercer la psychothérapie. Cet événement prit de court les professionnels et souleva un tollé dans le monde «psy» les psychanalystes et les psychothérapeutes, qui étaient directement visés par la proposition de loi, mais également des organisations de psychologues et de psychiatres, demandèrent qu'un large débat puisse se tenir sur ces questions qui engagent l'avenir des professions concernées et la définition même de la psychothérapie. A la suite de cette levée de boucliers, largement médiatisée, l'Assemblée Nationale et le Sénat adoptèrent un autre texte. Ainsi, l'article 52 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹¹⁰ énonce que

«L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui,

¹¹⁰ J.O n° 185 du 11 août 2004 page 14277, texte n°4.

après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

L'inscription sur la liste visée à l'alinéa précédent est de droit pour les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théoriques et pratiques en psychopathologie clinique que doivent remplir les personnes visées aux deuxième et troisième alinéas.☐

La loi, dont on attend encore à ce jour les décrets d'application, règlemente maintenant l'usage du titre de psychothérapeute et non pas son exercice proprement dit (la psychothérapie). Reste que la formation nécessaire pour pouvoir user du titre de psychothérapeute n'est pour le moment toujours pas définie. On constate cependant que la psychothérapie est avant tout considérée comme une *fonction*☐ la «fonction psychothérapique»☐, inhérente à l'exercice de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychanalyse, est en effet une de leurs composantes essentielles.

Il va de soi que les psychologues admettent très mal qu'une nouvelle profession, évidemment concurrentielle, se voit ainsi reconnue par la loi sans que l'on sache encore

si la formation dont elle devra bénéficier sera à la hauteur de ses ambitions. Mais l'importance de la reconnaissance de la fonction psychothérapique dans la profession de psychologue est certainement l'une des avancées les plus remarquables de ces dernières années. Il y a 20 ans les psychiatres et les psychologues cliniciens s'opposaient violemment au sujet de l'exercice de la psychothérapie. Aujourd'hui il est reconnu officiellement à ces deux professions un accès direct à la fonction psychothérapique, alors même qu'étrangement, son enseignement proprement dit n'est pas encore encadré par les organismes officiels de formation comme les universités.

Dans ce contexte il n'est alors pas étonnant qu'aujourd'hui des perspectives d'enseignement universitaire de la psychothérapie se dessinent enfin. Des masters (diplômes nationaux) centrés sur la psychothérapie sont élaborés actuellement, ouvrent ou ouvriront d'ici peu de temps, des diplômes d'université (D.U. □ ce sont des diplômes locaux) existent déjà. Leur contenu est variable et se heurte inévitablement aux difficultés inhérentes à la psychothérapie □ nécessité d'une formation personnelle, ouverture sur plusieurs courants tout en évitant le syncrétisme, nouveauté de la formation académique, etc.

2- Des enjeux idéologiques sous-jacents aux courants théoriques

Mais surtout cette perspective se heurte à un problème autrement plus grave. Nous avons déjà évoqué le fait que la diversité même des courants pratico-théoriques est menacée par les tentations hégémoniques d'un certain scientisme militant pourrait-on dire □ l'«athéorisme» du DSM, certaines versions du cognitivisme ou du

«Neuroscientisme» ne sont pas seulement des courants théoriques mais représentent également parfois des positionnements idéologiques dont les conséquences peuvent être très lourdes. De même, si la psychanalyse se constitue elle-même en courant anti-scientiste, elle tombe alors dans des travers identiques, ce qui arrive parfois aussi.

Dans les départements d'universités où s'enseigne la psychothérapie, le type des références psychopathologiques est fondamental car la psychopathologie issue de la psychanalyse n'a rien à voir avec celle issue de l'athéorisme ou du cognitivisme. Doit-on cependant penser que tel ou tel courant, tel ou tel type de références, serait meilleur qu'un autre ou plus adéquat ? Certes pas car le danger n'est pas intrinsèque à telle théorie ou à tel courant de pensée mais réside plutôt dans la domination absolue d'un seul type de pensée sur tous les autres. Une telle pensée devient alors totalitaire et la théorie lui sert seulement de masque. Aucun dialogue n'est plus possible.

Dans les universités où les valeurs humaines sont d'emblée importantes aux plans physique, spirituel et psychique, nous devons être vigilants. En effet, le danger encouru est celui d'une éradication du registre psychique par le biais du discours ambiant, pseudo-scientifique et pour ainsi dire «psycho-négationniste». L'enjeu réel d'auteurs comme ceux du *Livre noir de la psychanalyse*¹¹¹, par exemple, n'est pas la critique de ladite psychanalyse comme discipline mais la négation péremptoire de la dimension du psychisme en tant que tel. Car ne l'oublions pas, c'est la psychanalyse de Freud qui a placée en nous l'idée que la psychologie humaine n'était pas réductible à l'étude de la conscience, on dirait aujourd'hui plus volontiers à la cognition, et qu'en dehors de cette

¹¹¹ MEYER Catherine (dir.), *Le livre noir de la psychanalyse*, Paris, Editions Les Arènes, 2005.

conscience, fût-elle conscience morale d'ailleurs, il y avait aussi une dimension inconsciente qui, associée à la première, constituait le psychique proprement dit.

Le discours pseudo-scientiste militant actuel nie la dimension psychique en la rejetant du côté d'une littérature, au mieux méprisée pour son côté romantique et naïf, au pire soupçonnée de malhonnêteté. Très implanté en Amérique du Nord et en Europe, ce discours prend pour cible principalement la psychanalyse et prône un «*nouvel*» homme strictement cognitif ou neuronal. Il présente la psychologie comme l'étude exclusive du fonctionnement cérébral sous ses aspects biologiques et cognitifs en escamotant la dimension subjective et en niant par la même occasion la dimension du «*psychique*» à proprement parler. Le terme psychique, par son ancrage historique et sa filiation dans la philosophie, la psychiatrie et la psychanalyse, en particulier germaniques, a instauré une place pour le sujet, sujet qui dépasse de loin la somme de ses éléments biologiques et cognitifs. Rappelons simplement le fait que le terme psychique se dit aussi bien *psychisch* que *seelisch* en allemand – autrement dit le psychique et l'«*animique*»¹¹², ce qui relève de l'âme, deviennent en un certain sens équivalents. Pour autant ce que l'on entend par âme au plan «*psychique*» n'est pas identique à ce que les théologiens saisissent par ce même concept. Mais le fait que certains d'entre eux aient pu accorder à la psychanalyse une place importante ou que l'inspiration de Lacan, par exemple, doive tant à ladite théologie, entre sans doute en ligne de compte dans la haine que suscite la psychanalyse dans les milieux scientistes militants. Cette haine est comparable à celle qui anime certains opposants à la religiosité. Pour eux, la psychanalyse est seulement une croyance, autrement dit une erreur, et doit donc être combattue comme telle. Que devient alors le plan du spirituel ? Il se trouve radicalement clivé du plan scientifique,

¹¹² Ainsi que le traduit Laplanche.

soit parce qu'il est réfuté au titre du rationnel, soit parce qu'il est vécu en parallèle sans qu'il y ait entre les deux plans de questionnement vivant.

A vouloir faire oublier la dimension humaine intérieure et disparaître la dimension inconsciente du psychisme, c'est donc aussi celle du sujet qui s'effondre, et avec elle tous les acquis d'une psychologie qui a pourtant profondément renouvelé notre rapport aux autres et au monde. Ni magie ni médecine, ni croyance ni science exacte, la psychopathologie du XXI^e siècle se doit d'être la digne héritière de celle du XX^e qui avait intégré l'ouverture et l'incertitude comme ses atouts les plus importants. Et non celle du XIX^e et de son faux espoir scientifique.

3- L'expérience du Centre de psychologie clinique de l'IPSA

En guise de conclusion, je voudrais donner un exemple d'une collaboration efficace entre plusieurs conceptions et courants de la psychopathologie et de la psychothérapie au sein d'un établissement d'enseignement universitaire. Il s'agit de l'expérience du *Centre de psychologie clinique* (CPC) de l'Institut de Psychologie et Sociologie Appliquées (IPSA) de l'Université Catholique de l'Ouest (UCO) à Angers. Depuis sa création en 1986, le CPC est «*expérimental*», au sens où il n'y a guère de structures équivalentes en France. Il s'agit d'un centre universitaire de consultations (ouvert sur un public «*libut-venant*»), de transmission et de recherche, encadré par des praticiens, des enseignants et des chercheurs en psychopathologie, ouvert sur plusieurs courants psychothérapiques (en particulier psychanalytique et cognitivo-comportemental) et où

travaillent des étudiants en fin de formation (master 1 et 2 de psychopathologie et psychologie du développement).

De par le monde l'existence de centres d'application et de recherche n'est pas en soi nouvelle. Au Canada par exemple ils sont fonctionnels depuis longtemps et ont une utilité publique reconnue. Il peut alors paraître surprenant qu'en France il n'y ait rien de tel, sauf justement le Centre de psychologie clinique de l'IPSA, et dans un genre un peu différent, celui de l'ethnopsychiatrie, le Centre Georges Devereux de l'Université Paris 8, fondé en 1993 par Tobie Nathan («*Centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes*»). Au vu de ce qui a été développé précédemment, on comprendra pourtant que la rareté de tels centres «*pionniers*» s'explique aisément.

Le CPC est une structure créée avant tout dans l'esprit d'une approche de l'enseignement universitaire de la psychologie conçu comme non excentré de la pratique et où les étudiants en fin de cursus peuvent commencer à exercer, encadrés par des praticiens confirmés comme sur leurs autres lieux de stages, mais aussi par des chercheurs, et c'est cela qui est différent.

Ce qui motivait le groupe de cliniciens qui participa à la fondation du centre¹¹³ et à la première équipe de direction était de créer un lieu où la *clinique du sujet* (celui de l'inconscient) serait privilégiée mais où d'autre part se rencontreraient dans un esprit d'ouverture et de dialogue des praticiens d'obédiences différentes qui, habituellement en France, s'ignorent et se critiquent violemment. La dynamique de l'Institut de

¹¹³ L'équipe fondatrice du CPC était ainsi composée : Dominique Boistel, Philippe Grosbois, Christiane Laffourcade, Patrick Martin (co-direction), Marie-Noëlle Ollivier (co-direction) et Dominique Thomas. Christiane Laffourcade s'y adjoindra un peu plus tard. L'équipe directrice actuelle est la suivante : Laurence Bulourde, Philippe Grosbois, Patrick Martin, Alain Mouchès, Claude Savinaud.

Psychologie permettait une telle rencontre et un tel projet car, par delà les divergences théoriques et pratiques qui pouvaient exister, les personnes en présence, ayant travaillé ensemble durant plusieurs années, respectaient tout à fait le travail de l'autre. L'expérience du CPC put ainsi voir le jour et se perpétuer.

Le CPC réunit différents professionnels ou futurs professionnels de la psychologie dans un triple objectif de formation, de recherche et de consultations. Etudiants en master de psychologie, psychologues cliniciens et enseignants-chercheurs se retrouvent dans un lieu organisé par des psychologues pour des psychologues.

Les difficultés rencontrées pendant plus de vingt ans furent très importantes, même au sein de notre propre université qui a parfois pu craindre que le centre soit concurrentiel de l'approche religieuse, pourtant fondée beaucoup plus sur la « Direction de conscience » que sur l'approche de l'inconscient. Ces difficultés sont aujourd'hui aplanies en interne, mais la question posée par l'existence d'une clinique psychologique universitaire n'est toujours pas résolue au niveau national. Les études de psychologie clinique, censées fournir la garantie d'une compétence en psychothérapie, n'ont pas l'obligation de mettre à leur programme des enseignements spécifiques. Cependant, les récents événements, aussi bien la loi portant sur la question de la psychothérapie que la réforme européenne dite « LMDE », entraînent des changements rapides. Beaucoup d'universitaires spécialisés en psychopathologie sont aussi des praticiens et des projets commencent à apparaître pour proposer des cursus qui tiennent compte de la nécessité d'une formation sérieuse à la psychothérapie.

Outre l'approche théorique, cette formation implique premièrement que des relations étroites et déontologiquement cadrées se tissent entre les lieux extérieurs de pratique psychothérapique et l'université, et que deuxièmement les universités aient la possibilité d'ouvrir des lieux d'application et de recherche des méthodes psychothérapiques. Ce sont deux aspects complémentaires de la formation pratique universitaire. Le premier aspect porte sur la formation personnelle des étudiants, sur le travail entrepris sur eux-mêmes avec un praticien extérieur à l'université, sur leur propre remise en question au cours d'un travail psychothérapique. Le second porte sur la mise en lien de la pratique et de la recherche au sein même des établissements, ce qui ne dispense pas non plus de stages extérieurs.

Une telle proposition, qui n'est pas encore validée par le ministère, est faite par exemple à l'IPSA, sous la forme d'un parcours de recherche, destiné aux étudiants de master et intitulé «Psychologie clinique et thérapeutique, psychopathologie et médecine», qui intègre les apports de différents courants psychothérapiques. Nous verrons dans l'année si cette proposition est ou non officiellement acceptée, mais en règle générale on peut dire qu'aujourd'hui la question de la formation des psychologues français à la pratique psychothérapique, quelle qu'elle soit, est enfin prise au sérieux par l'université. Cela contribuera certainement à valoriser leurs compétences et leurs savoirs mais aussi leur position sociale et leur statut.

NOTAS:

i Problemas: crisis humanitaria, permanencia y expansión del conflicto armado, la situación y las bases operativas del Estado Social de Derecho, los Derechos Humanos y la normativa humanitaria, las políticas públicas

ii Ver Páez, Antonio. Reinserción y post-conflicto. Lecciones desde la experiencia colombiana. En: www.derechos.org/koag/iji/cuya.html

iii Se precipita el desarme y pactos con M19 (democratización y vida política, reformas para experiencias solidarias), EPL (planes regionales, comisión para la supresión de la violencia – DH y DIH), Quintín Lame (obras para indígenas), Partido revolucionario de trabajadores, (para articularse a la asamblea nacional constituyente y apostarle a proyectos políticos en defensa de los DDHH), comando Ernesto Rojas, Corriente de renovación social (reformas políticas y sociales, rehabilitación, participación comunitaria), Milicias de Medellín (reinserción, planes de inversión social en comunas, seguridad comunitaria por ex milicianos)

iv Ver pactos de consolidación de los procesos de paz de los gobiernos de Cesar Gaviria (con M19, EPL, PRT, CER, QL) y Ernesto Samper (con CRS) y el pacto de consolidación del acuerdo político final en septiembre de 1996 con el MIR Y EL COAR en Medellín.

v : la violencia de hoy se tejió en la década de los ochenta, cuando se consolidaron los grupos guerrilleros, el narcotráfico mostró su poder desestabilizador y destructor, y nacieron los ejércitos paramilitares asociados a la fuerza pública y a los políticos. Además del interés ideológico anticomunista, el proyecto paramilitar, en la práctica, fue apoyado por sectores sociales con diversos intereses económicos puestos sobre el territorio: el paramilitarismo asumió la defensa de los intereses de los terratenientes, que si bien implicaban combate contra las guerrillas, según la Asociación Campesina de Antioquia, lo que había en el fondo era la defensa de un modelo de desarrollo en el campo basado en el latifundio y la expropiación de los pequeños propietarios (ACA, 2006:19), asumió también la defensa de las transnacionales con intereses puestos en megaproyectos de infraestructura con la que el gobierno se preparaba para el TLCv y asumió la defensa de sus propios intereses en la medida en que se convirtieron ellos mismos en terratenientes

vi En oposición, las organizaciones de víctimas y teóricos de las ciencias sociales, sostienen que en un proceso de negociación se trata es de transformar las condiciones estructurales que gestaron el conflicto, en Colombia ello implica: reordenamiento al territorio y estrategias de desarrollo, cambio al modelo económico y social (problema agrario, cultivos ilícitos y narcotráfico), cuestionamiento a la legitimidad de un Estado corrupto, cambio al régimen político, tratamiento a crímenes de guerra y violación del DIH, entre otros.

vii “La administración del presidente Álvaro Uribe está comprometida con el fortalecimiento de un Estado Comunitario que refleje la consolidación de la paz y el progreso de nuestra república... este propósito es planificado en escenarios: “La suspensión de la lucha armada; la reinserción de los actores no institucionales a la vida civil; el control total de la ley, del orden y del territorio nacional en cabeza del Estado; la cultura del PERDON Y OLVIDO que genere la concepción de justicia como el precio que vale la pena pagar para consolidar la democracia y asegurar una paz duradera...” (FPC, 2004: 5, 8)

viii Ver la ley 160 de 1994 que modificó la ley de reforma agraria.

ix “La FPC entiende por Rehabilitación y Reestructuración Posbélica todas aquellas acciones encaminadas a contribuir con la transición da la paz, al RESTABLECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO de un marco socioeconómico de instituciones necesarias para RESTAURAR LA ESTABILIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA de un país, para lograr la satisfacción de necesidades básicas del conjunto de la población colombiana afectada por el conflicto armado” (FPC, 2004: 9)

x “...en Colombia debemos referirnos a situaciones posguerra o posbélicas. No debemos referirnos al concepto cerrado de sólo posconflicto, porque éste se refiere con mayor frecuencia a situaciones cotidianas de incompatibilidades y discordias, que no necesariamente se traducen en violencia o enfrentamiento directo... suele utilizarse de manera equivocada para definir situaciones mucho más complejas...que involucran confrontaciones y operaciones bélicas de los grupos al margen de la ley que deben ser enfrentados por nuestra Fuerza Pública en escenarios de teatros de operaciones de guerra” (FPC, 2004: 10)

xi Alude a procesos de paz en Latinoamérica que se cerraron con la imposición de leyes que no transformaron las condiciones que generaron el conflicto sino que garantizaron la impunidad, tales como la ley de amnistía, debida obediencia, indulto...

-
- xii *Ver investigaciones de la Contraloría General de la Nación, quienes afirman que son 2.6 millones de hectáreas y la investigación de la consultoría PPBPPRD para la recuperación de tierras, quienes calculan 6.8 millones de hectáreas.*
- xiii *“Lo más perturbador de la guerra, para la población que la sufre, es la desestructuración brusca de la vida cotidiana, por ausencia de casi todos los referentes habituales, y la inseguridad absoluta sobre el futuro”*(Vicente Ibáñez, 2006:16).
- xiv *¿Qué se ha hecho en el campo de las ciencias sociales y específicamente en el campo de la salud mental y los derechos humanos?. El texto de Pau Pérez sobre el trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado, presenta un catálogo de cerca de 100 tipos distintos de actuaciones que entrarían dentro de lo que se entendería como acciones de tipo psicosocial en el contexto de guerra y violencia: “se trata de un inventario de lo que se está haciendo sin que ello signifique que estemos de acuerdo con que todas ellas sean adecuadas o recomendables* (Pérez, 2006:10).
- xv *Ver Grupo de trabajo sobre post-conflicto. Fundación ideas para la paz y Universidad de los Andes. Preparar el futuro: conflicto y post-conflicto en Colombia, 2002*
- xvi *“La década de los ochenta vio aparecer, desde Méjico a Argentina, cerca de cincuenta centros, asociaciones u organizaciones dedicados a la atención en salud mental para víctimas de la represión política. Los textos de autores chilenos como Elizabeth Lira o Paz Rojas o argentinos como Diane Kordon circulan y se reproducen difundiendo un modelo rico en elementos de la psiquiatría dinámica, los postulados sistémicos y la psiquiatría social. Este modelo, propio del Cono Sur, centrado en la terapia individual y familiar pero con una indisociable perspectiva social y de compromiso político, se ha visto sustancialmente enriquecido y modificado por los grupos del área centroamericana y caribe (especialmente Colombia, Brasil, El Salvador Nicaragua y Guatemala) que han incorporado a su trabajo elementos de la Educación Popular de la escuela de Paulo Freireb y en línea con los postulados sociales de Martín-Baró, centran la comprensión y el afrontamiento de las situaciones traumáticas en el grupo y la comunidad a través del uso de dinámicas participativas y de la movilización de los recursos positivos propios del grupo, dejando la atención clínica individualizada sólo para casos excepcionales de extrema traumatización”*(Pérez, 2006)
- xvii *Véase toda la serie de Publicaciones de Educación Popular del Grupo Alforja, programa regional que coordina a las organizaciones CEP (Costa Rica), SERJUS (Guatemala), CENCOPH (Honduras), IMDEC (Méjico), FUNPROCOOP (El Salvador) CEASPA (Panamá) y CANTERA (Nicaragua) y editor entre otros de Técnicas Participativas para la Educación Popular (9 ediciones) o Para Sistematizar Experiencias (3 ediciones).*