



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Volumen 1

Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas

Maricelly Gómez Vargas
Diana Patricia Carmona Hernández
(compiladoras)

Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas

Maricelly Gómez Vargas
Diana Patricia Carmona Hernández
(compiladoras)



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas

Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas / Maricelly Gómez Vargas; Diana Patricia Carmona Hernández; compiladoras.

– 1ª edición. -- Medellín : Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Psyconex de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, 2020.

162 páginas ; 23 cm.

ISBN 978-958-5157-19-4

1. Psicopatología 2. Estructuras clínicas 3. Psicoanálisis 4. Salud mental I. Gómez Vargas, Maricelly II. Serie

302.17/C287 cd 21 ed.

© Paula Andrea Garcés-Giraldo; Daniela Tamayo-Lopera; Felipe Galeano-Arias; Maricelly Gómez-Vargas; Alejandro Marín-Valencia; Kelly J. Hoyos-Arcila; Eliana Gisell Jiménez-Marín

© Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Psyconex de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

ISBN E-book: 978-958-5157-19-4

Primera edición: noviembre de 2020

Coordinación editorial: Diana Patricia Carmona Hernández

Diseño de la colección y diagramación: Luisa Fernanda Bernal Bernal,

Imprenta Universidad de Antioquia

Corrección de texto: Diana Patricia Carmona Hernández

Grupo de Investigación Psyconex, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia

Calle 67 No. 53-108

Medellín, Colombia, Suramérica

Correo electrónico: grupopsyconex@udea.edu.co

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.



Contenido

Prefacio

<i>Maricelly Gómez Vargas,</i> <i>Diana Patricia Carmona Hernández</i>	7
---	---

Salud mental y psicología

<i>Maricelly Gómez Vargas</i>	13
-------------------------------------	----

Elementos teórico-prácticos que la psicología y el psicoanálisis aportan para la comprensión y abordaje de las urgencias psíquicas

<i>Kelly J. Hoyos Arcila.....</i>	37
-----------------------------------	----

Etnopsicología, enteógenos y estados expandidos de conciencia. Algunas aproximaciones generales

<i>Alejandro Marín Valencia</i>	55
---------------------------------------	----

La voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958

<i>Eliana Jiménez Marín.....</i>	79
----------------------------------	----

**Psicopatía y perversión, dos conceptos más distantes
que cercanos**

Daniela Tamayo Lopera 100

**Clínica de la melancolía y la depresión: del trastorno
al síntoma**

Paula Andrea Garcés Giraldo..... 124

**Psicología aeronáutica. Factores humanos y salud
mental**

Felipe Galeano Arias 145

Prefacio

*Maricelly Gómez Vargas¹,
Diana Patricia Carmona Hernández²*

Acerca de la Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas

La *Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas* tiene su propia historia. Sus raíces nos remontan al origen del Grupo de Investigación Psyconex (Psicología, Psicoanálisis y Conexiones), adscrito al Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia. Este grupo se oficializa en el Sistema de Colciencias en el año 2000 gracias a su fundadora, la profesora Gloria Patricia Peláez; su existencia se enmarca en el intercambio académico para la Especialización en niños con énfasis en psicoanálisis (inactiva actualmente) entre dos equipos de profesores y psicoanalistas que laboraban en los Departamentos de

1. Psicóloga y Magíster en Psicología, Universidad de Antioquia. Doctoranda en Psicología, Universidad Federal de Bahía, Brasil. Docente Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia. Coordinadora del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex), Universidad de Antioquia. Correo: maricelly.gomez@udea.edu.co.

2. Psicóloga y Magíster en Investigación Psicoanalítica, Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia. Editora Fondo Editorial FCSH de la misma universidad. Correo: diana.carmona@udea.edu.co.

Psicología de la Universidad de Toulouse (Jean Jaurès), en Francia, y de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia.

Luego de diferentes actividades de docencia e investigación relacionadas con el tema de la psicopatología y las estructuras clínicas, la profesora Peláez inicia la escritura del documento maestro para la *Especialización*, reconociendo en esta oferta la oportunidad de formación posgraduada que muchas personas interesadas tenían y tienen en la temática. Una vez obtenido el registro calificado por parte del Ministerio de Educación, según la resolución 171796 del 17 de octubre de 2014, y después de varias convocatorias para la admisión, el programa inicia sus actividades académicas en el primer semestre del 2017, desde entonces ha tenido inscripciones y admisiones permanentes, cursando actualmente su cuarta cohorte.

Sobre este libro

Los capítulos que componen este libro se suscriben al objetivo de formación de este posgrado centrado en la psicopatología y las estructuras clínicas desde las disciplinas *psi* en su relación con otros saberes y discursos. En su esencia, el plan de estudios de la *Especialización*, materializado en los cursos y seminarios que la constituyen, reconoce la diversidad epistemológica y conceptual tanto de la psicopatología –nutrida por los saberes y discursos de la medicina, la psicología y otras ciencias sociales–, como del psicoanálisis –con su concepción inédita sobre las estructuras clínicas–. Esta multidisciplinariedad es índice de la flexibilidad del programa y de la riqueza de su oferta integral para comprender los fenómenos que en la práctica clínica y en el lazo social, en general, se presentan como síntomas y malestares: realidad compleja de la convivencia humana en los diferentes contextos.

A la psicopatología y las estructuras clínicas les son asociados, también, otros fenómenos denominados de formas diversas, entre ellos, el de la salud mental. Esta última ha sido concebida como campo, concepto,

discurso o noción (Mendoza-Bermúdez, 2009; Hernández-Holguín, 2018; Guinsberg, 2007; Miranda-Hiriart, 2018), y de ella, así como de la psicopatología particularmente, pueden ser heterogéneas las aproximaciones tanto teóricas como metodológicas. Por eso la *Especialización* se ha propuesto con este libro dar cuenta de esta complejidad de situaciones, acorde con los términos frecuentemente usados en las políticas públicas (Ley 1616 de 2013 y el Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021), y con las necesidades del entorno destacadas, por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015.

Las discusiones, tanto desde las perspectivas teóricas del psicoanálisis, como de la psicología, la psiquiatría y la antropología, caracterizan los textos de este libro. Aunque los trabajos monográficos de algunos de los autores fueron depurándose durante los seminarios de proyecto de monografía y luego durante las asesorías con los respectivos docentes, también fueron allí incluidas las lecturas y contenidos abordados en los seminarios teóricos fundamentados en las disciplinas psi, y en los seminarios complementarios de la *Especialización*, evidenciando con ello una construcción conjunta en el tiempo, que se formaliza con esta publicación.

La perspectiva interdisciplinaria propia del programa se revela en las elaboraciones de los autores y autoras, quienes, en el contraste crítico y reflexivo de las referencias y fuentes bibliográficas usadas, además de su contextualización respecto de ciertos escenarios de práctica, posibilitan la apropiación social de conocimiento generado durante su formación. Se espera que estas contribuciones sirvan de soporte a profesionales de las ciencias de la salud (psiquiatras, médicos generales, pediatras, enfermeros, psicólogos, psicoterapeutas), de las ciencias sociales (trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, historiadores y psicólogos –en las áreas educativa, de las organizaciones, jurídica, etc.–), y de otras áreas, quienes por su interés o labor profesional se ven de cara a la comprensión y/o solución de fenómenos y problemas de orden subjetivo, psicológico y social.

Finalmente, es preciso agregar que, siendo la *Especialización* un programa cuyos alcances en la producción de nuevo conocimiento están limitados –pues su énfasis está en la investigación formativa–, se ha propiciado de manera transversal el uso principalmente de los métodos del estado del arte y del seminario alemán. Ambos sirven para abordar problemas o preguntas, subvirtiendo así la lógica de la clase magistral, para convertirse en un encuentro de trabajo donde la socialización garantiza la plenaria, promueve la reflexión y el debate sobre las fuentes bibliográficas, a quienes se transfiere la relación al saber. No obstante, otros métodos también han sido bienvenidos, de acuerdo con la libertad de cátedra que caracteriza a la universidad pública.

De este modo, tal como lo evidencia este primer volumen de *Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas*, la investigación no está excluida de la *Especialización*, es una herramienta complementaria que invita al estudiante al reconocimiento de la investigación documental, en ocasiones subestimada, pues de ella pueden servirse para fundamentar proyectos futuros, sea para posteriores estudios en maestría o doctorado, o para el campo de la intervención profesional en sus respectivas instituciones. En otras palabras, la *Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas* promueve en el estudiante la importancia de la investigación para la carrera académica posgraduada que inicia y con efectos en su desempeño profesional. No desconoce este programa que mediante ejercicios de investigación en el aula se transmitirá a los estudiantes un conocimiento menos catedrático, repetitivo y esquemático, que justifica, en esta medida, y con los límites descritos, la presencia del eje investigativo en el programa. Los resultados aquí expuestos dan cuenta de esto.

Referencias

- Guinsberg E. (2007). “Salud mental” y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En *Temas y desafíos en salud colectiva* (págs. 245-272). Lugar Editorial.

- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>.
- Mendoza-Bermúdez, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 555-573. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615422012.pdf>.
- Miranda-Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/jats-Repo/279/27957772009/27957772009.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección social (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021. <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/OD1012014-plan-nacional-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>.
- República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de Salud Mental*. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>.

Salud mental y psicología

Maricelly Gómez Vargas¹

Introducción

En bases de datos bibliográficas como Scielo, Redalyc o Dialnet, es evidente la producción y divulgación científica sobre la psicología clínica y de la salud, tal como lo han manifestado algunos autores en los análisis bibliométricos realizados en los últimos años (Rey-Anaconda, *et al.*, 2009; Agudelo *et al.*, 2003; Vera-Villarroel & Lillo, 2006; García-López, *et al.*, 2008; Flórez, 2006). Unos los van a considerar como campos complementarios (García-López *et al.*, 2008; Oblitas, 2005; Flórez, 2006; Reynoso & Seligson, 2005) y otros, independientes entre sí (Rodríguez, 1998; Compas y Gotlib, 2003; Phares y Trull, 2003; Butcher *et al.*, 2007; Contreras *et al.*, 2006). Estas discusiones sobre la división entre uno y otro campo pueden resolverse si se amplía la visión de la salud mental en la psicología y su aplicabilidad en los escenarios profesionales.

1. Psicóloga y Magíster en Psicología de la Universidad de Antioquia. Doctoranda en Psicología, Universidad Federal de Bahía, Brasil. Coordinadora del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex), Universidad de Antioquia. Correo electrónico: maricelly.gomez@udea.edu.co.

La mayoría de los textos que tienen en su título la palabra salud mental inician con su significado, o por lo menos, con el intento de delimitarla pese a la diversidad de términos, concepciones y aproximaciones que la caracterizan; sin embargo, ella es asociada principalmente con enfermedad y trastorno mental (Lopera, 2012). Situación que tal vez podría explicarse por su origen en el movimiento de higiene mental impulsado por el expaciente psiquiátrico Clifford Beers a principios del siglo xx (Miranda-Hiriart, 2018); o porque también ha sido asemejada como sinónimo de la psiquiatría (Bertolote, 2008).

De esto llama la atención que tales asociaciones sean más generalizadas en lugar de otras connotaciones de la salud mental como un estado de bienestar o condición individual, un campo de la salud pública, o un conjunto de movimientos políticos y sociales (Miranda-Hiriart, 2018); o sea, otras perspectivas que van más allá de su énfasis en lo disfuncional, tal como ya lo había señalado en 1950 el Comité de Expertos en Higiene Mental, recomendando a la Organización Mundial de la Salud la importancia del fomento de la salud mental “en contraposición al tratamiento de trastornos psiquiátricos” (OMS, 1950, pág. 1).

Se trata, entonces, de una discusión mucho más amplia que excede las pretensiones de este capítulo, razón por la cual el presente texto propone una aproximación al fenómeno de la salud mental desde la perspectiva de la psicología en general, y desde sus ámbitos aplicados en particular, sin olvidar que ella ha sido objeto de análisis y reflexiones de disciplinas como la sociología, la antropología, la filosofía, la salud pública, el trabajo social, la psiquiatría, entre otras (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Esta propuesta es producto de un proceso de investigación que inició con el trabajo de grado del pregrado y continuó con el proyecto de maestría de la autora. El primero identificó en la literatura el concepto de psicoterapia en psicología clínica, su historia, teorías, objetivos y técnicas para diferenciarla de otras prácticas clínicas (Gómez, 2010); el segundo expuso las modalidades de intervención de los psicólogos

clínicos –según los datos recolectados por medio de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas diligenciado virtualmente por 71 psicólogos de Medellín–, entre las cuales la psicoterapia sigue siendo el tipo de práctica privilegiada, pese a la existencia de otras opciones como la asesoría, la consultoría y la intervención en crisis, aunque se encontraron en el estudio algunas dificultades de los psicólogos para diferenciarlas técnica y conceptualmente (Gómez y Peláez, 2015).

Los resultados de ambos trabajos sustentan ese interés tan específico de reflexionar sobre la salud mental desde una perspectiva psicológica, justificado en la necesidad de destacar que ella está presente en todos los ámbitos donde se inscriben las prácticas de los psicólogos y no solamente de los psicólogos clínicos, lo que implicaría que sea reconocida como un eje común y, por tanto, sea preciso dar cuenta de las actividades, también comunes, de los psicólogos para poder abordarla, considerando sus límites, posibilidades y aportes.

Para lograr este objetivo, se presenta un panorama histórico de la psicología clínica en relación con datos pocas veces destacados en la literatura sobre el tema, y se muestra cómo esto ha influido en las discusiones sobre su objeto, teorías y métodos; después son esbozadas algunas ideas para asumir la salud mental como un objeto compartido por los campos aplicados en psicología, perspectiva que exigiría la delimitación de unas actividades transversales a ellos, siempre que los profesionales conciban la salud mental más allá de su vínculo con los trastornos mentales.

Apuntes históricos sobre la psicología clínica: objeto, teorías y métodos

El inicio de la psicología clínica en 1896 se dio gracias a Lightner Witmer, cuando funda la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania, logrando abiertamente diferenciarse del proyecto propuesto por el padre de la psicología general, Wilhelm Wundt, cuyo

objetivo era hacer de la psicología una ciencia básica a imagen y semejanza de las ciencias naturales.

La psicología clínica se inaugura a finales del siglo XIX no sólo por la iniciativa de Lighthouse Witmer, tradicionalmente conocido como el padre de esta área de la psicología, sino también por la curiosidad de una mujer: Miss Margaret T. Maguire. Ella era profesora de escuela y también estudiante de psicología de la Universidad de Pennsylvania, donde presentó la historia de un adolescente de 14 años con un problema de escritura denominado “Bad speller” o mala ortografía, caso que llamará la atención de Witmer, tal como él mismo lo relata en su artículo “Clinical Psychology” en 1907. En ese texto señala que fue la señorita Maguire quien “Estaba imbuida con la idea de que un psicólogo debería poder, a través de un examen, determinar las causas de una deficiencia en la ortografía y recomendar el tratamiento pedagógico adecuado para su mejora o cura”² (pág. 3). Después de este suceso, son llevados muchos niños de escuelas públicas de Philadelphia al Laboratorio de psicología de esa universidad para su respectivo tratamiento pedagógico –previos exámenes físicos del oído, los ojos, la nariz o la garganta, y de evaluaciones psicológicas–, casos que harán parte del entrenamiento de los estudiantes de psicología infantil. No obstante, Witmer (1907) aclara que la psicología clínica no sólo podría aplicarse a las dificultades de los niños para el aprendizaje, sino también para aquellos que son normales o que son genios y que se desvían de lo normal en sentido estadístico.

Se destacan, de esta manera, varios elementos respecto al nacimiento de la psicología clínica: la labor de una profesora promoviendo la aplicabilidad de la psicología a los problemas detectados en un contexto escolar; el rol de la universidad para contribuir en la solución de problemas sociales; el trabajo multidisciplinario que incluye, además de

2. “was imbued with the idea that a psychologist should be able, through examination, to ascertain the causes of a deficiency in spelling and to recommend the appropriate pedagogical treatment for its amelioration or cure”. Traducción de la autora.

la pedagogía y la psicología, el aporte de la medicina; y el interés por los niños, tanto por aquellos con atrasos en su desempeño académico, como por los que no tienen ninguna alteración o se destacan por sus habilidades.

En ese contexto, Witmer se propone demostrar que la psicología, para ese entonces, contaba con unas teorías que podrían identificar, por ejemplo, la causa de la dificultad en la ortografía identificada en el joven de 14 años, pues, según él, se trataba de un problema de la memoria, y ésta era un proceso mental que sólo la psicología podía explicar. Con esa perspectiva de aplicabilidad de la psicología, Witmer, en diciembre de 1896, propone a la Asociación Americana de Psicología (APA) lo siguiente: hacer de la psicología una ciencia práctica y aplicada; incentivar la investigación por medio del uso de los métodos estadístico y clínico; acceder a escenarios para el entrenamiento de los psicólogos en formación; y permitir la relación con otras disciplinas como la medicina, la pedagogía y el trabajo social para entrenarlos en la evaluación y tratamiento de los niños con dificultades en el aprendizaje. Todo esto con el fin de crear formalmente la psicología clínica como una *nueva* profesión, una psicología especializada en el trabajo con niños en los sistemas escolares –lo que hoy en día muchos asociarían a la psicología educativa–, destacándose, así, el poco interés en la práctica privada en consultorios o en centros de salud mental, tal como se la ha caracterizado tradicionalmente.

Ahora bien, la precisión más importante de Witmer en ese texto fundacional de 1907 es que el término *clínica*, retomado de la medicina, implica un método y no un lugar, que consistía principalmente en la evaluación y tratamiento de los niños; se destaca aquí la no alusión a la palabra *diagnóstico*, cuyo uso por parte de los psicólogos se promovió después de los años 50 con base en los dos principales manuales de diagnóstico enmarcados en el modelo biomédico bajo la consigna de su utilidad clínica (Reed *et al.*, 2012; Del Barrio, 2009): uno formulado por la Asociación Americana de Psiquiatría, el Manual Diagnóstico y

Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM); y el otro, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) establecido por la Organización Mundial de la Salud.

En otras palabras, lo que se quiere enfatizar es que el diagnóstico en medicina está centrado en la enfermedad, pues él mismo es definido como proceso de síntesis que da cuenta de la naturaleza de aquello alterado (Beltrán-Galvis y Torres, 2004). Pero con Witmer la psicología clínica no nace con un interés en el diagnóstico, como será entendido desde la medicina y la evolución de los manuales clasificatorios de las enfermedades, sino que importa más la evaluación para explicar el fenómeno psicológico del caso clínico, sea este representado por un niño, una familia, una comunidad o un grupo. Recuérdese que para Witmer el método clínico psicológico se podía aplicar a contextos diversos, como las calles, los juzgados, las cárceles, las escuelas, todos ellos convertidos en un amplio laboratorio para el ejercicio investigativo y de intervención de los psicólogos clínicos, suscitando relaciones multidisciplinarias con la sociología, el derecho, la pedagogía, la medicina, entre otras, sin que ello significara sólo la evaluación y el tratamiento de lo alterado, sino también la comprensión e intervención de otros fenómenos denominados normales y presentes en esos escenarios sociales.

¿Por qué entonces la psicología clínica, pese a esas características de su nacimiento, se tornó en una práctica centrada en lo anormal y soportada en manuales de diagnóstico para orientar la psicoterapia como actividad principal, llevada a cabo en ciertos lugares como, por ejemplo, el consultorio particular? ¿Cómo se explica que hayan sido omitidas las aclaraciones de Witmer, primero sobre concebir lo clínico como un método, y segundo, que la psicología clínica no está centrada en lo disfuncional como su único objeto de interés? ¿Qué incidencia va a tener esto en las teorías que orientan a la psicología clínica y, en general, en la psicología como ciencia y profesión? Estas preguntas se fundamentan en la coincidencia de varios autores tanto en artículos como en libros de texto para sostener que el objeto de la psicología clínica es el trastorno mental principalmente

intervenido por medio de la psicoterapia (Weiner, 1992; Feixas-Viaplana, 1993; Compas y Gotlib, 2003; Phares y Trull, 2003; Federación Europea de Asociación de Psicólogos, 2003; Castanedo, 2008; Sánchez-Escobedo, 2008; Bedoya y Schnitter, 2010; Jaramillo *et al.*, 2015).

Ese énfasis en el malestar, disfunción, trastorno o problema asociado a la psicología clínica, se debe, en primera instancia, porque la palabra clínica no va a perder su connotación naturalizada con la medicina y su preocupación por la enfermedad; y en segundo lugar, ello va a coincidir con las guerras mundiales, situaciones socio históricas de gran impacto en lo que será el futuro de la psicología clínica como profesión y, por extensión, de la psicología en general, pues ella misma para el imaginario de muchas personas, incluyendo a los psicólogos, se encarga esencialmente de los problemas psicológicos (Cenci, 2006; Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Así, la Primera Guerra Mundial significó para los psicólogos no sólo el momento para efectuar actividades de evaluación para el reclutamiento de soldados, sino también para atenderlos cuando retornaban con traumas psicológicos, puesto que el número de psiquiatras y psicoanalistas, quienes contaban en esos años con explicaciones conceptuales sobre lo anormal más consolidadas que en la psicología, no eran suficientes para ello (Gómez y Peláez, 2015). Esto implicó que, en un principio, los psicólogos atendieran a esas personas con lo que hasta ese momento tenían como repertorio teórico y metodológico, es decir, la psiquiatría y el psicoanálisis, pues en ese entonces la psicología se había encargado principalmente de explicar los procesos psicológicos normales.

Con los años se dará la emergencia progresiva tanto de teorías psicológicas acerca del malestar como de sus propuestas psicoterapéuticas, algunas basadas en el psicoanálisis freudiano y conocidas como los modelos psicodinámicos de la psicoterapia; otras, con un discurso más cercano al de la psiquiatría, reconocidas en las elaboraciones de los psicólogos cognitivos; y una última tendencia de los psicólogos que explicarán lo disfuncional tomando distancia tanto del psicoanálisis como de

la psiquiatría y que se conoce como la tercera fuerza representada por la psicología humanista (Compas y Gotlib, 2003; Gómez y Peláez, 2015).

Lo que llama la atención, según las referencias consultadas (Weiner, 1992; Feixas-Viaplana, 1993; Compas y Gotlib, 2003; Phares y Trull, 2003; Castanedo, 2008; Sánchez-Escobedo, 2008), es la alusión constante a los presupuestos freudianos para fundamentar la práctica psicoterapéutica de los psicólogos clínicos en la primera mitad del siglo xx, de lo cual se desprende una posible explicación a las afirmaciones de dichos autores para hacer de Freud –el padre de la psicoterapia y del psicoanálisis– su primer marco conceptual y metodológico, pese a la aclaración este en 1913 cuando señala que la naturaleza de lo psíquico es inconsciente, alejándose del énfasis de la psicología en la conciencia, o de la etiología orgánica de los trastornos según la psiquiatría (Gómez, 2010).

Hasta aquí se puede entender que los desarrollos teóricos de la psicología acerca de los procesos anormales se vieron influenciados por las guerras mundiales y sus consecuencias en la salud de las personas. Sin embargo, a medida que acontecían esos fenómenos sociales, también el conocimiento científico sufría modificaciones ante la aparición de nuevos paradigmas opuestos al positivismo, permeando las elaboraciones investigativas de la psicología. Si bien usar la palabra paradigma tiene sus consecuencias, por ser objeto de muchos debates, aquí se entiende como un conjunto de creencias que guían la acción, tanto en la vida cotidiana como en la investigación científica (Guba, 1990).

En la TABLA 1 son descritas las relaciones entre las teorías psicológicas desarrolladas después de la Segunda Guerra Mundial, y que van a consolidar los modelos de psicoterapia más comúnmente citados en los manuales de psicología clínica³, y su afinidad con un paradigma epistemológico a partir de la respuesta a las preguntas ontológica (¿qué es la realidad?), epistemológica (¿cómo se da la relación sujeto-objeto?) y metodológica (¿cómo se accede al conocimiento?) sugeridas por Guba (1990):

3. Weiner, 1992; Compas y Gotlib, 2003; Phares y Trull, 2003; Butcher *et al.*, 2007; Castanedo, 2008; Sánchez-Escobedo, 2008.

TABLA 1. *Paradigmas de la ciencia y teorías psicológicas*

<i>Paradigma</i>	<i>Teorías psicológicas</i>	<i>Nivel ontológico</i>	<i>Nivel epistemológico</i>	<i>Nivel metodológico</i>
Positivismo -pos positivismo.	Psicología cognitiva-conductual.	La realidad está afuera, pero no puede ser aprehendida totalmente.	El sujeto investigador intenta ser lo más objetivo y neutral posible frente a su objeto.	Las metodologías experimentales, aseguran la distancia y el control del investigador sobre el entorno artificial y el objeto.
Interpretativo - fenomenológico.	Psicología dinámica o posfreudiana. Psicología humanista.	La realidad depende de los significados de las personas y de su experiencia subjetiva.	Se incluye la subjetividad del investigador en su relación con el objeto/sujeto de estudio.	El investigador es participante de los ambientes naturales donde investiga para comprender los significados que tienen los sujetos del fenómeno estudiado.

Fuente: Elaboración propia, basada en Krause (1999) y Guba (1990).

También se destacan el paradigma crítico, más cercano a la psicología social, y el paradigma de la complejidad que, según Jaramillo *et al.* (2015) fundamentaría un método clínico sin una pertenencia a alguna de las teorías de la psicología ya esbozadas en párrafos anteriores, puesto que ellas nacen en la modernidad, época supuestamente ya superada por la posmodernidad a la que se adscribe la epistemología compleja. No son incluidas porque la primera se propone como objetivo la transformación social posibilitada por los movimientos sociales e ideológicos, y la segunda por su rechazo a las teorías psicológicas, promoviendo una práctica clínica atórica y que todavía requiere de mayor discusión.

Es necesario aclarar que no son equivalentes paradigma y teoría psicológica, se trata de que las teorías descritas en la TABLA 1, conocidas también como corrientes o escuelas (Campos-García, *et al.*, 2011;

Campos-Santelices, 2013; Peláez, 2016), se vinculan con dichos paradigmas para orientarse en el proceso de construcción de conocimiento científico sobre su respectivo objeto u objetos. Se considera, así, que cada teoría psicológica en su calificativo como *corriente*, da cuenta de una diversidad interna de teorías y conceptos propuestos por muchos autores, lo cual no implica que sean excluyentes entre sí, pues ellas constituyen lo que Campos-Santelices (2013) denomina como *síntesis o coexistencia dialéctica*, ya que ninguna de ellas es una verdad absoluta, y porque las condiciones sociales causadas por las guerras les dieron lugar en un cruce inevitable entre ellas mismas con los desarrollos del psicoanálisis y la psiquiatría, además de sus relaciones con los movimientos sociales en contra de la guerra y otras disciplinas de las ciencias sociales, de la salud y de la educación.

Esta multiplicidad de teorías es reconocida por Bedoya y Schnitter (2010) y Jaramillo *et al.* (2015) como fundante del problema epistemológico de la psicología que implicaría, por ejemplo, una *impertinencia* de la psicología clínica como práctica y, por extensión, de la psicología misma como ciencia, puesto que las asumen como todavía aferradas a la modernidad y, por tanto, regidas principalmente por el modelo biomédico. En oposición a esto, una versión alternativa indica que dicho problema es propio de su identidad como ciencia y profesión, y que, para el caso de los campos aplicados, sea psicología clínica, educativa, de las organizaciones, jurídica, entre otros, coexisten principios rectores representados por las constantes clínicas: evaluación, diagnóstico, intervención, trabajo comunitario e investigación (Peláez, 2000, 2016).

Ahora bien, el panorama hasta aquí esbozado explica dos asuntos: por qué se omite lo aclarado por Witmer en 1907 respecto al uso de la palabra clínica y a su aplicabilidad no exclusiva a lo anormal; y las razones por las que se da el auge de la psicoterapia como actividad priorizada para tratar los problemas psicopatológicos basados en las teorías de la psicología adscritas a las corrientes o escuelas. Ese doble énfasis en lo psicopatológico, a nivel de la teoría y su intervención, llevó a un segundo

lugar lo que desde su nacimiento la psicología como ciencia había aportado en cuanto a los procesos mentales normales, las teorías del ciclo vital, las funciones básicas y superiores, los conceptos de personalidad, motivación, entre otros, y que ampliarían para la psicología su bagaje comprensivo sobre lo normal y lo anormal del comportamiento humano.

Desde esta perspectiva, será retomado el término salud mental que, pese a las críticas respecto a sus límites conceptuales y alienaciones ideológicas y políticas (Lopera, 2012), se podría constituir en un fenómeno al cual la psicología contribuiría con base en sus explicaciones desde las corrientes y las teorías sobre los procesos y conceptos psicológicos más generales, todos ellos contenidos propios de la formación de cualquier psicólogo –tal como se señala para el caso colombiano la Resolución del Ministerio de Educación n° 3461 de 2003⁴–. Así, este texto defiende la salud mental como eje transversal a la psicología y sus aplicaciones en los campos en donde ella tiene lugar, con base en las formulaciones de Witmer y sin ignorar lo que ya ha formalizado la psicología en su multiplicidad teórica y conceptual acerca de lo normal y lo anormal.

La salud mental en psicología y modalidades de intervención

El Colegio Colombiano de Psicólogos publicó en 2014 un texto sobre las competencias de estos profesionales en los contextos de salud, destacando particularmente la salud mental como un fenómeno con diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico, incluyendo aspectos sociales y culturales del individuo, sus recursos emocionales, cognitivos y conductuales para afrontar las dificultades de la cotidianidad y así contribuir a su comunidad.

4. Historia de la psicología, bases psicobiológicas de la conducta, procesos básicos y superiores, bases socioculturales, psicología evolutiva, individual, social, evaluación y medición y formación investigativa. Además, los pregrados deben tener cursos para la formación profesional en las áreas de clínica y salud, educativa, organizacional, social-comunitaria y jurídica.

Pese a que dicha definición ya había sido promovida en 1950 por la OMS, privilegiada en 2013 por la *Ley de Salud Mental 1616* en Colombia, y criticada por muchos autores –según Lopera (2012) por ser producto de contingencias políticas al finalizar la Segunda Guerra Mundial–, cabría distinguir en ella unos niveles que involucran la salud mental como un espectro complejo y dinámico. La siguiente diferenciación reúne aspectos contemplados en la definición de la *Ley de Salud Mental 1616* de 2013; en la *Encuesta Nacional de Salud Mental*, en adelante ENSM, de 2015; y en lo propuesto por Pérez y Fernández (2008):

- *Salud mental* como una posibilidad de desplegar recursos psicológicos para las relaciones positivas, el trabajo y la contribución a la sociedad (Congreso de la República de Colombia, 2013; Ministerio de Salud y Protección social, 2015).
- *Problemas de la vida* o dificultades de la vida cotidiana que pueden interferir en alguno de los recursos psicológicos y que afectan al individuo en uno de sus ámbitos, sea personal, laboral, familiar o social, pero que pueden ser superados fácilmente sin la ayuda de un profesional o con una orientación básica por parte de éste (Pérez y Fernández, 2008).
- *Problemas psicológicos* como el resultado de problemas de la vida no superados y que empiezan a alterar dos o más ámbitos de la persona, pero que no constituyen trastorno mental (Pérez y Fernández, 2008). En la ENSM (2015) son nombrados *problemas de salud mental* y asociados principalmente al consumo de alcohol y otras sustancias y a las consecuencias psicológicas de experiencias traumáticas.
- *Trastornos mentales* según las descripciones y clasificaciones de la psiquiatría en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMV*, tal como es retomado por la ENSM de 2015.

En síntesis, estos serían los matices de la salud mental, cada uno interrelacionado entre sí y con límites a veces difusos y difíciles de precisar:



Fuente: Elaboración propia

En su complejidad, este espectro tiene en la psicología unas bases teóricas y conceptuales que, tal como se expuso, abarcarían no sólo los presupuestos para explicar lo anormal de lo que se conoce como las corrientes psicológicas, sino que también incluyen las teorías evolutivas y del ciclo vital, los procesos básicos y superiores, los conceptos de personalidad, motivación, entre otros, y que facilitaría la participación de los psicólogos, porque cuentan con este conocimiento, en cualquier contexto social y de salud. Al entender la salud como fenómeno y no como parte del sistema asistencial, se comprende la articulación estrecha entre todos los campos de la psicología con la psicología clínica, pues esta ha aportado de manera explícita a la conceptualización de la psicopatología como su principal objeto en el siglo xx; y que a finales de ese mismo siglo y hasta la fecha, la referencia constante a la salud mental le permitiría a la psicología de lo normal unirse a la psicología clínica, tradicionalmente asociada a la psicología de lo anormal (Peláez, 2016). Lo anterior configura una red de relaciones intradisciplinarias y multidisciplinarias, puesto que también existen otras aproximaciones con las que compartimos este objeto y, en general, el comportamiento del ser humano, tales como: la salud pública, la filosofía, la sociología, la antropología, la enfermería, el trabajo social, la psiquiatría y otras (Witmer, 1907; Restrepo y Jaramillo, 2012, Colegio Colombiano de Psicólogos, 2014).

Asimismo, el abordaje psicológico de la salud mental en sus diversos matices permite darle claridad al rol y participación del psicólogo en los niveles de atención en salud propios del sistema sanitario, desde la atención básica hasta los niveles especializados. En el caso del primer nivel, Pérez y Fernández (2008) han denunciado cómo en dichos

contextos no se ha logrado integrar la atención psicológica a la Atención Primaria en Salud, porque se ha mantenido incólume el modelo biomédico para la concepción y posterior intervención de los problemas psicológicos; ejemplo de ello es la recepción de entre un 18 % y un 39 % de estos casos por parte de los médicos de familia, quienes en su mayoría no cuentan con una formación adecuada ni con el tiempo suficiente para el diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos y, por tanto, terminan ofreciendo la prescripción psicotrópica.

Estos mismos autores señalan que los casos derivados desde la Atención Primaria en Salud hacia los servicios especializados no constituyen realmente casos graves o verdaderos trastornos, y que muchos de ellos, en realidad, son problemas comunes de la vida cotidiana indebidamente medicados; por esta razón han propuesto la inclusión de los psicólogos en los sistemas de Atención Primaria en Salud, lo que disminuiría la saturación de la atención especializada y la carga asistencial de los médicos de familia, evitaría la medicalización innecesaria y aportaría al desarrollo de campañas de prevención para las comunidades más cercanas y otros usuarios desde un enfoque orientado a la recuperación y el fortalecimiento de las capacidades humanas; con ello se propone la figura del psicólogo como un consultor psicológico en Atención Primaria en Salud.

Independiente del nombre que se le otorgue, es preciso anotar que, siendo la Atención Primaria en Salud una estrategia localizada en los sistemas de salud y fomentada por la Organización Mundial de la Salud, se trata de reconocer que tal estrategia pretende facilitar el acceso a la salud por parte de todos los grupos poblacionales y que no sólo es responsabilidad de los servicios asistenciales (Franco-Giraldo, 2011); lo que significaría que la misma lógica de la Atención Primaria en Salud es inherente a los diferentes contextos donde se encuentra el psicólogo: la escuela, la empresa, la cárcel, los escenarios deportivos, la comunidad, entre otros, pues la salud y la salud mental están allí siempre presentes como parte de la cotidianidad. Partiendo de esto, el Colegio

Colombiano de Psicólogos (2014) destacará como competencias específicas la identificación de dificultades relevantes, la evaluación y el diagnóstico⁵, así como el diseño e implementación de programas de intervención⁶ enfocados en la promoción de la salud y en la prevención de problemas de salud mental, mismas que coinciden con lo ya propuesto por Peláez (2000, 2016) sobre las constantes clínicas, o sea, actividades propias a todos los psicólogos.

Esta propuesta a nivel colegiado y gremial, apuntalada en el ejercicio y compromiso del psicólogo en torno a la salud mental de las personas y comunidades, se ajusta también a los objetivos del programa de la Organización Mundial de la Salud (2010) para superar las brechas en el acceso a los servicios de salud y salud mental, en el que los profesionales, previa capacitación usando el Manual mhGAP, puedan identificar de modo precoz los signos y síntomas asociados a un trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias. En caso de ser una situación evaluada como un problema de la vida o problema de salud mental, según el espectro ya descrito, el profesional puede realizar una intervención rápida que retrase en tiempo los efectos adversos de esa dificultad, evitando así que ese caso se complejice mientras se espera una solución en los niveles de atención secundario o terciario, obstáculos estructurales que lamentablemente caracterizan el acceso a la salud en Colombia, cuyo aspecto más polémico está reflejado en la tercerización de los servicios (Franco-Giraldo, 2011).

5. El diagnóstico entendido como la conclusión comprensiva del psicólogo luego de recoger las evidencias y datos en la evaluación, que se contrastan y sustentan en referentes conceptuales y teóricos de la psicología y, en algunos casos, se complementan, para efectos descriptivos y prácticos, con los manuales de diagnóstico sugeridos por la psiquiatría.

6. Se entiende que cualquier acción basada en las conclusiones de los procesos de evaluación y diagnóstico hacen parte de la intervención que el psicólogo realiza, lo que las diferencia es su objetivo según el nivel de complejidad del problema en el amplio espectro que incluye los recursos psicológicos, los problemas de la vida cotidiana, los problemas psicológicos y los trastornos mentales. Así, por ejemplo, la intervención no es siempre psicoterapia, aunque siempre la psicoterapia es intervención.

¿Esto implicaría ahorrarle al Gobierno la inversión de recursos económicos para hacer efectivas las políticas y mejorar el sistema de salud colombiano? Por el contrario, se sugiere la participación mancomunada de los profesionales que tienen algún saber sobre la salud y la salud mental para que en su movilización puedan impactar en dichos recursos y políticas aún sin ejecución real, en beneficio de una sociedad con particularidades históricas, sociales y culturales asociadas principalmente a la violencia. Siguiendo estos planteamientos, se describirán a continuación las modalidades de intervención acordes a esta ampliación del objeto de la psicología clínica y su articulación con las otras áreas de la psicología, comprometiendo a este profesional en su capacidad para responder a las exigencias y condiciones de la sociedad colombiana.

Siguiendo un orden histórico se expone, en primer lugar, la psicoterapia, cuyo nacimiento está enmarcado en la base de saberes y disciplinas ajenas a la psicología, tales como la religión, la magia y la medicina (Gómez, 2010). Su consolidación al interior de la psicología, en especial de la psicología clínica, se da durante las guerras mundiales y le va a valer al psicólogo clínico su sello diferenciador respecto a los psicólogos de otras áreas aplicadas no interesados ni capacitados para la atención psicoterapéutica (Gómez, 2010; Gómez y Peláez, 2015; Peláez, 2016). Sin embargo, la psicoterapia no es, ni ha sido, la única intervención para atender las necesidades de las personas, debido a que las dinámicas cambiantes de la sociedad después de la segunda mitad del siglo xx obligaron a los psicólogos a proponer otras formas de trabajo que complementarían la atención individual y tomaran distancia del modelo biomédico al que se mantiene todavía atado (Pérez-Sales y Fernández-Liria, 2015).

Es así, como se describe en la TABLA 2, que además de la psicoterapia, otras modalidades conocidas como la asesoría y la consultoría, todas ellas con efectos de prevención de que algo peor ocurra, se articulan con el espectro de la salud mental ya planteado, con otras prácticas y con los niveles de promoción de la salud mental, prevención y tratamiento, según la terminología de Baumann (1994):

TABLA 2. Modalidades de intervención psicológica de la salud mental

<i>Modalidad</i>	<i>Características</i>	<i>Relación con otras prácticas</i>	<i>Contextos</i>	<i>Niveles de Baumann (1994)</i>	<i>Espectro de salud mental desde lo psicológico</i>
Asesoría	Atención breve cuyo objetivo es ofrecer <i>información</i> basada en un conocimiento psicológico para orientar a personas o grupos con dificultades en sus dimensiones profesionales, laborales, educativas, personales y sociales.	Psico-orientación, orientación vocacional, capacitación.	Colegios, comunidades, organizaciones empresariales, universidades, otras instituciones.	Promoción de la salud mental. Prevención de problemas de salud mental.	Salud mental, problemas de la vida, problemas psicológicos, trastorno mental.
Consultoría	Atención breve centrada en la <i>potencialización de los recursos psicológicos, cognitivos, emocionales y conductuales</i> de una persona o grupo, lo cual tiene efectos de mejora en un foco problemático no psicopatológico.	Psicoterapia de apoyo, según la psicología dinámica.	Consultorios privados, colegios, comunidades, organizaciones empresariales, universidades, otras instituciones.	Promoción de la salud mental. Prevención de problemas de salud mental.	Salud mental, problemas de la vida, problemas psicológicos, trastorno mental.

<i>Modalidad</i>	<i>Características</i>	<i>Relación con otras prácticas</i>	<i>Contextos</i>	<i>Niveles de Baumann (1994)</i>	<i>Espectro de salud mental desde lo psicológico</i>
Psicoterapia	Se trata de la intervención de trastornos mentales y problemas psicológicos que afectan en varias dimensiones a la persona, con miras a <i>desarrollar sus recursos psicológicos.</i>	Psicoterapia expresiva, según la psicología dinámica.	Hospitales, centros de salud mental, consultorios privados.	Promoción de la salud mental. Prevención de problemas de salud mental. Tratamiento de los trastornos mentales.	Problemas psicológicos, trastorno mental.

Fuente: Elaboración propia, ajustado de Gómez y Peláez (2015).

Cabe aclarar que no se incluye la intervención en crisis dentro de esta clasificación, pues se considera la crisis como inherente a la salud mental, en cualquiera de sus connotaciones: por efecto de los cambios en el ciclo vital, de una ruptura amorosa o cualquier otra situación de la vida cotidiana, o consecuencia de un fenómeno catastrófico como un terremoto o la guerra (Gómez y Peláez, 2015).

Lo que se aprecia en la tabla es la delimitación de unas modalidades de intervención coherentes con una comprensión de la Estrategia de Atención Primaria en Salud ubicada en todos los contextos sociales donde se encuentran las personas, y que Wítmer en 1907 consideró como amplios laboratorios para el ejercicio teórico y práctico de los psicólogos, en función de una contribución de la psicología a la sociedad. En esa complejidad, la promoción y prevención son accionadas principalmente por la asesoría y la consultoría como actividades que potencializan los recursos psicológicos y sociales de individuos, parejas, familias o grupos, y que tendrían efecto en el afrontamiento de los problemas de la vida y en la mejoría de los problemas psicológicos.

Mientras que la psicoterapia –teniendo también alcances preventivos como cualquier práctica que evite a una persona dañar a otro o a sí mismo– se enfocaría en el trastorno mental propiamente dicho, ameritaría el trabajo del psicólogo clínico en su función tradicional, sin que esto excluya la posibilidad de introducir en el proceso los objetivos de las otras dos modalidades de intervención, contar con la participación de otros profesionales o involucrar a la comunidad; estos dos últimos aspectos destacados como competencias transversales a la actuación psicológica, según el Colegio Colombiano de Psicólogos (2014).

En función de esto, lo que se pretende sostener es que los psicólogos, llámense clínicos o no, tienen la responsabilidad de detectar los casos que necesitan de acompañamiento profesional y dilucidar la intervención más pertinente acorde a sus características. Esto ya que la salud mental se presenta en cualquier lugar, y que para su evaluación, comprensión o diagnóstico e intervención se exige la lógica del método clínico –tal como ya lo había sugerido Witmer desde 1907–, práctica clínica que se aleja en mucho de la connotación de un lugar; o, en su defecto, del énfasis en lo patológico, a la cual se ha asociado siempre por el uso de una terminología médica y que parece también extenderse por antonomasia a la salud mental como término formalizado institucionalmente por una organización internacional enmarcada en la medicina.

Teniendo presentes todos los elementos expuestos sobre el objeto, las teorías y los métodos que delimitan el campo de la psicología clínica, se invita a pensar en la posibilidad de apertura que esto implica puesto que los campos aplicados de la psicología se relacionan entre sí en función de la prevención de problemas en la salud mental de las personas y las comunidades, identificándolos rápidamente para orientarlos en la intervención más adecuada según su respectivo matiz y, por tanto, garantizando desde la psicología una serie de opciones diversas que incluyen brindar la información oportuna, potenciar los recursos psicológicos, cognitivos, emocionales y conductuales, o el desarrollo

de estos en la medida que carezcan, coincidiendo así con las respectivas modalidades de la asesoría, la consultoría y la psicoterapia de las cuales se puede obtener mayor información y especificidades a nivel técnico y metodológico en Gómez (2014) o en Gómez y Peláez (2015).

Conclusiones

Los argumentos aquí expuestos suponen unos cambios discursivos respecto a la salud mental en psicología, pues de ella se ha mantenido su asociación obvia con la psicopatología y la psicoterapia, haciéndola exclusiva de la psicología clínica e ignorando, de este modo, que la salud mental atraviesa todos los campos aplicados de la psicología, si es entendida como fenómeno intrínseco a los seres humanos y sus relaciones sociales desplegadas en cualquier ámbito o lugar (familia, escuela, empresa, barrio, etc.).

En los discursos promovidos por la literatura académica, la psicología clínica se ha concebido como una práctica centrada en lo alterado o lo psicopatológico; sin embargo, el fundador de este campo aplicado de la psicología lo inaugura advirtiendo la complejidad de los fenómenos susceptibles de ser abordados por la ciencia psicológica y los relaciona tanto con lo anormal como con lo normal, en diversos escenarios sociales. Esto, a su vez, se refleja en la diversidad de métodos y teorías que sobre la salud mental, incluida allí la psicopatología, se han propuesto en psicología y que trasciende las escuelas o corrientes tradicionales, pues también se destacan los conceptos y procesos psicológicos no necesariamente adscritos a una de esas escuelas.

Es sobre la base de estos supuestos previos que se proponen unas modalidades de intervención de las cuales todos los profesionales en psicología deben tener un mínimo de conocimiento, sea para llevarlas a cabo en sus prácticas cotidianas en las entidades donde laboran, o para orientar a la persona, grupo o comunidad en la búsqueda de ese tipo de ayuda. Finalmente, esta propuesta requiere una permanente

reflexión sobre las condiciones sociales, históricas, culturales, políticas y económicas de un país como Colombia, que permita a los psicólogos asumir posturas críticas ante los discursos tradicionales y hegemónicos desarrollados en otros territorios y, desde allí, puedan desplegarse otras acciones contextualmente situadas.

Referencias

- Agudelo, D., Bretón, J. y Buela, G. (2003). Análisis bibliométrico de las revistas de psicología clínica editadas en castellano. *Picothema*, 15(4), 507-516. <http://www.picothema.com/pdf/1100.pdf>.
- Baumann, U. (1994). *Manual de Psicología clínica*. Herder.
- Bedoya, M y Schnitter, M. (2010). Las rutas de emergencia de la psicología clínica y sus impertinencias. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(3), 23-39. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10229/9457>.
- Beltrán-Galvis, O. A. y Torres, D. (2004). El proceso diagnóstico: (Primera parte). *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 19(3), 213-220. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v19n3/v19n3a12.pdf>.
- Bertolote, J. M. (2008). The Roots of the Concept of Mental Health. *World Psychiatry*, 7, 113-116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408392/>.
- Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología clínica* (12ª ed.). Pearson Education.
- Campos-García, J., Rodríguez-Ortiz, M., Cárdenas-Delgado, J., Pérez-Corona, O. y Martínez-Villarreal, J. (2011). Aproximación epistemológica a las psicologías. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 6(23), 73-85. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83620927006.pdf>.
- Campos-Santelices, A. (2013). ¿Paradigmas o paradigmatis? acerca de los inconvenientes usos de este concepto en la epistemología psicológica. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1(139), 13-26. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/11345/10699>.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Cenci, C. M. B. (2006). Reflexiones sobre la representación social de la psicología en un barrio de baja renta. *Diversitas*, 2(1), 138-148. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/180/279>.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2014). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf.

- Compas E., B. y Gotlib H., I. (2003). *Introducción a la psicología. Ciencia y práctica*. McGraw-Hill.
- Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley de salud mental 1616*. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 102-129. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402012.pdf>.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2009-vol-30-n%C3%BAm-2-3/>.
- Federación Europea de Asociación de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>.
- Feixas-Viaplana, G. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Flórez, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-693. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf>.
- Franco-Giraldo, A. (2011). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10.pdf>.
- Freud, S. (1976/1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoides) descrito autobiográficamente. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras Completas* (vol. XII, págs. 1-77). Amorrortu.
- García López, L.; Piqueras, J.; Rivero, R.; Ramos, V.; Oblitas, L. (2008) Panorama de la Psicología clínica y de la salud. *Revista CES*, 1(1). 71-92. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539527008.pdf>
- Gómez, M. (2010). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2), 19-32. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10290/9589>.
- Gómez, M. (2014). *Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos* [trabajo de maestría, Universidad de Antioquia]. Repositorio institucional Universidad de Antioquia. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/1916/1/GomezMaricelly_2014_ModalidadesIntervencionPsicologos.pdf.
- Gómez, M. y Peláez, G. P. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a06.pdf>.
- Guba, E. G. (1990). *The Paradigm Dialog*. Sage.
- Jaramillo, J., Escobar, A. y Sandoval, C. (2015). Aproximaciones a una clínica psicológica y su método, fundamentada en la epistemología compleja y adecuada a con-

- textos postmodernos. *CES Psicología*, 8(1), 134-154. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539425009.pdf>.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40. <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>.
- Lopera, J. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, 7, 60-75. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/263/259>.
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2003). *Resolución 3461. Por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Psicología*. https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86388_Archivo_pdf.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo 1*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Miranda-Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27957772009/html/index.html>.
- Oblitas, L. A. (2005). *Manual de psicología clínica y de la salud*. Psicom Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (1950). *Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental* (Serie de Informes Técnicos 31). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38043/WHO_TRS_31_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. www.who.int/mental_health/mhgap.
- Peláez, G. P. (2000). *La práctica clínica del psicólogo de la Universidad de Antioquia* (Informe final). Universidad de Antioquia.
- Peláez, G. P. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Fondo Editorial FCSH.
- Pérez, M. y Fernández, J. (2008). Más allá de la salud mental. La psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829302>
- Pérez-Sales, P. y Fernández-Liria, A. (2015). *Violencia y trauma. Del trabajo comunitario a la psicoterapia. Guía de procesos y programas integrados*. Irredentos Libros, proyecto editorial de Grupo de Acción Comunitaria (GAC).
- Phares, E. J. y Trull J. T. (2003). *Psicología clínica, métodos y prácticas* (6ª ed.). Manual Moderno.
- Reed, G., Anaya, C. y Evans, S. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461-473. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723713007>

- Restrepo, D. A y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Rey-Anacona, C., Martínez-Gómez, J. y Guerrero-Rodríguez, S. (2009). Tendencias de los artículos en psicología clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 27(1), 61-71. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art06.pdf>.
- Reynoso, E. L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. Manual Moderno.
- Rodríguez, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 69. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=772>
- Sánchez-Escobedo, P. (2008). *Psicología clínica*. Manual Moderno.
- Vera-Villarroel, P. y Lillo, S. (2006). La investigación actual en psicología clínica en Chile: Un análisis a partir de la producción. *Terapia Psicológica*, 24, 221-230. https://www.redalyc.org/pdf/785/Resumenes/Resumen_78524212_1.pdf.
- Weiner, I. (1992). *Métodos en psicología clínica*. Limusa.
- Witmer, L. (1907). Clinical Psychology. *Psychological Clinic*, 1, 1-9. <https://psychclassics.yorku.ca/Witmer/clinical.htm>.

Elementos teórico-prácticos que la psicología y el psicoanálisis aportan para la comprensión y abordaje de las urgencias psíquicas

Kelly J. Hoyos Arcila¹

Introducción

El trabajo que se presenta corresponde a los resultados obtenidos a partir de una investigación cualitativo-documental desarrollada en el marco de la Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas de las Universidad de Antioquia, y en la que se planteó el interrogante en torno a la posibilidad de identificar elementos teórico-prácticos que orienten la comprensión y el abordaje de algunas de las manifestaciones psíquicas actuales que se presentan bajo la forma de la urgencia;

1. Psicóloga y Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Actualmente psicóloga en la ESE Hospital Gabriel Peláez Montoya, Jardín Antioquia. Correo electrónico: kellyhoyos30652@gmail.com.

este interrogante fue motivado por la creciente demanda de atención de urgencias psíquicas en instituciones de salud, la exigencia de que sean abordadas bajo los imperativos contemporáneos de la rapidez, la eficacia y la eficiencia, y la escasez de esfuerzos investigativos al respecto en el contexto colombiano

Las disciplinas “psi” –dadas las características de su objeto de estudio– son las llamadas a comprender lo que en el presente escrito se denomina como *urgencias psíquicas*. Dicha denominación se situó partiendo de la consideración de que la etiología de sus manifestaciones podría estar más cercana a las explicaciones teóricas de dichas disciplinas, siendo de interés particular para el presente los aportes que al respecto han producido la psicología y el psicoanálisis. Adicionalmente, con la anterior denominación se pretendió también establecer una diferenciación con las emergencias que involucran lo orgánico y requieren una atención exclusivamente médica.

La urgencia, desde una perspectiva de las áreas psi, puede definirse como “una perturbación del pensamiento, sentimientos o acciones que requieren un tratamiento inmediato o como una alteración psicopatológica aguda que reclama la presencia inmediata del especialista para su valoración o posible tratamiento” (Garmendia, 2004, pág. 47). Lo que se pone en juego en la urgencia es la irrupción de manifestaciones que pueden surgir a partir de la ruptura de cierto equilibrio psíquico que el sujeto tenía hasta ese momento. Su atención inmediata se da en función de la presentación y características de las manifestaciones, el tiempo y el riesgo que pueden implicar tanto para el sujeto como para otras personas.

El presente trabajo se realizó basado en un enfoque cualitativo-documental, teniendo como estrategia metodológica el estado del arte. La unidad de análisis abordada fue: elementos teórico-prácticos que la psicología y el psicoanálisis aportan para la comprensión y abordaje de las urgencias psíquicas. Por su parte, las categorías de análisis fueron: concepto de urgencias psíquicas desde la psicología y el psicoanálisis;

el abordaje de las urgencias psíquicas que plantean la psicología y el psicoanálisis; los alcances del abordaje de las urgencias psíquicas desde la perspectiva de la psicología y el psicoanálisis.

Para la recolección de datos se empleó la matriz bibliográfica y de contenido, instrumento basado en una propuesta del grupo de investigación *Psyconex: Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, de la Universidad de Antioquia, Colombia (Gómez, Galeano y Jaramillo, 2015). En esta matriz, de acuerdo a las categorías establecidas, se ingresaron los datos obtenidos en la búsqueda, a partir de un total de 87 textos, incluyendo libros, artículos de revista, trabajos de grado, etc.; posteriormente se aplicaron los filtros de acuerdo a: criterio de pertinencia con la unidad y categoría de análisis, criterio temporal (se tuvieron en cuenta principalmente textos publicados a partir del año 2011) y criterio de accesibilidad.

Una vez aplicados estos filtros se obtuvo un total de 36 textos, los cuales fueron incluidos en la *matriz analítica de contenido* con el propósito de realizar una lectura que permitiera un análisis de los elementos útiles para la investigación, procurando la identificación de las similitudes y diferencias, coyunturas, entre otras; y proceder posteriormente con el informe en donde cada categoría de análisis se estructuró como un apartado de la elaboración final.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso, en el primer y segundo apartado del artículo se presentan los elementos encontrados acerca del concepto y la intervención de las urgencias psíquicas, desarrollando así lo que se denomina como intervención en crisis y urgencias subjetivas desde la psicología y el psicoanálisis respectivamente; el tercer apartado expone los aspectos hallados a propósito del alcance del abordaje de las urgencias psíquicas, situando elementos relacionados con el restablecimiento del funcionamiento y la resolución de la crisis por parte la psicología, así como la subjetivación de la urgencia por parte del psicoanálisis; finalmente se presentan las conclusiones derivadas de la investigación.

Concepto de urgencias psíquicas

De acuerdo al interrogante planteado a propósito del concepto de urgencias psíquicas, se encontraron por parte de la psicología y el psicoanálisis dos desarrollos, los cuales se introducen en los siguientes apartados.

Psicología: intervención en crisis

Al realizar un rastreo de la bibliografía en el campo de la psicología en relación a lo que aquí se ha nombrado como urgencias psíquicas, se identifica la referencia constante al término *intervención en crisis*, razón por lo cual se hizo necesaria una breve revisión conceptual sobre dicha referencia.

El concepto de intervención en crisis ha tenido diferentes acepciones. Para situar un primer referente y delimitar los orígenes de la definición, se puntúa que “El sentido originario de ‘crisis’ es ‘juicio’ (en tanto que decisión final sobre un proceso), ‘elección’, y, en general, terminación de un acontecer en un sentido o en otro.” (Ferrater, 1965, pág. 374). Etimológicamente, crisis proviene del latín *crisis* que deriva del griego *krísis* y que significa “decisión”, y a la cual se hace referencia como “mutación grave que sobreviene en una enfermedad para mejoría o empeoramiento, momento decisivo en un asunto de importancia” (Corominas, 1987, pág. 179).

Específicamente en el campo de la elaboración teórica, es importante resaltar que los primeros trabajos al respecto pueden situarse, según Slaikou (2000), a partir de 1942, año en el que ocurrió un incendio en el Coconut Grove en Boston y en el cual perecieron 493 personas. Lindemann, quien era psiquiatra del Hospital General de Massachusetts, y sus colaboradores, brindaron su ayuda a los sobrevivientes y familiares de las víctimas del incendio.

Slaikou (2000) continua con sus referencias indicando que Lindemann realizó un informe clínico a partir de un seguimiento que llevó a cabo, haciendo énfasis en el proceso de duelo observado en los sobrevivientes y familiares, y argumentó que el clero y asistentes comunitarios podrían ofrecer una ayuda a las personas que cursaban un proceso

de duelo y así prevenir dificultades psicológicas posteriores. En este sentido, se plantea que “El trabajo de Lindemann constituye la piedra angular de ese concepto y el principio formal del conocimiento sobre lo que necesitan de las profesiones asistenciales las personas que han sufrido una crisis” (Rubin y Bloch, 2000, pág. 21).

Según Slaikeu (2000), posterior al aporte de Lindemann, Caplan –también psiquiatra miembro del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Salud Pública de Harvard– plantea en su trabajo “Principles of Preventive Psychiatric” (1964), el importante lugar que tienen las crisis vitales en la psicopatología, haciendo énfasis en los momentos de transición en las etapas de los seres humanos, concibiendo así que los recursos personales y sociales resultan determinantes en la disminución de riesgos de un deterioro psicológico o en un crecimiento positivo.

La propuesta de Caplan deriva en una psiquiatría preventiva que resalta la consulta de salud mental y el contexto comunitario, orientado a un aprendizaje para abordar las crisis. La intervención en crisis, en este modelo preventivo, “pretende influir en los momentos que exigen cambios más o menos bruscos en el modo de organizar el comportamiento” (Fernández y Rodríguez, 2007, pág. 11). Continúan los autores argumentando que, de acuerdo a esto, y tomando la teoría de Erikson, Caplan plantea las crisis evolutivas y las crisis accidentales, estas últimas corresponden a aquellas “en las que por azares de la vida se rompe bruscamente la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces” (Fernández y Rodríguez, 2007, pág. 11). Es importante señalar, además, que “La hipótesis de Caplan es que el desenlace de la crisis depende sobre todo de la forma en la que se maneje la situación en ese momento, y no tanto de la historia anterior de la persona” (pág. 11).

Con estos planteamientos, a partir de la década de los años 60 en Estados Unidos creció el movimiento de la prevención del suicidio y otras intervenciones orientadas a brindar ayuda en situaciones de crisis, por

ejemplo, las derivadas de rupturas amorosas o maltrato conyugal, a través de centros que disponían de líneas telefónicas para la atención. Adicionalmente, se dio el despliegue de publicaciones de diferentes áreas y autores en el tema de intervención en crisis.

En relación al concepto, Slaikeu (2000), define la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (pág. 16). El mismo autor parte de la proposición de que todos los seres humanos pueden estar expuestos a situaciones de crisis que conlleven una desorganización emocional y una dificultad con las estrategias de afrontamiento.

Martínez, *et al.* (2004), por su parte, formulan que la crisis puede ser concebida como una respuesta a situaciones conflictivas, bien sean internas o externas, que implica un malestar agudo; la persona emplea mecanismos, los cuales pueden ser adaptativos o desadaptativos, para defenderse de dichas situaciones, aliviar el malestar y restablecer el equilibrio anterior.

Ahora bien, respecto al uso actual del concepto de crisis, es preciso situar el hallazgo de dos acepciones posibles en la psicología: “por un lado, crisis circunstanciales, que se caracterizan por surgir de eventos inesperados; por el otro, crisis del desarrollo, relacionadas con el cambio de una etapa de vida a otra” (Rendón y Agudelo, 2011, pág. 223). Respecto de la primera, se dice que se presenta con la característica de ser repentina y con la cualidad de urgencia; la segunda, por su parte, refiere los estadios de la teoría del desarrollo psicosocial planteada por Erikson y ya mencionados por Caplan.

Psicoanálisis: urgencias subjetivas

Como lo plantea Gorostiza (2007), la urgencia y el psicoanálisis comportan una aparente incompatibilidad en relación a la rapidez de la

intervención que requiere la urgencia y a la concepción de que el análisis remite a un trabajo detallado sobre la infancia de un sujeto. El mismo autor argumenta: “bastaría con enumerar los comienzos de algunos ya clásicos de los historiales clínicos freudianos para demostrar que, por el contrario, cabe afirmar que la urgencia subjetiva lejos de oponerse al psicoanálisis es constitucional a su práctica” (pág. 15) Sitúa, así, la angustia del Hombre de las ratas, de Dora, la Joven homosexual y Juanito como una urgencia subjetiva al momento en que acuden a Freud como última respuesta frente a lo que para ellos no tiene nombre. Así pues, la clínica de la urgencia en el psicoanálisis remite a sus inicios, se liga a algunos planteamientos fundamentales de la teoría psicoanalítica y su conceptualización se puede rastrear a partir de la lectura de Freud, de la identificación de algunos esbozos en Lacan, y contando con desarrollos posteriores de diferentes psicoanalistas donde el tema se ha abordado directa y ampliamente.

Así las cosas, a propósito de la concepción del psicoanálisis frente a la urgencia, Seldes (2008) la refiere como un acontecimiento que hace que lo que anteriormente funcionaba con cierta homeostasis deje de hacerlo. Por su parte, Sotelo, Rojas y Miari (2010) agregan que “La urgencia supone la presencia de un real que implica la ruptura de la trama discursiva en la que alguien, hasta ese momento, se sostenía” (pág. 8).

Esta ruptura, siguiendo a Freud (1997/1920) en “Más allá del principio de placer”, es causada por un trauma que irrumpe en la homeostasis del acontecer de la vida y genera, así, una perturbación en la economía energética del organismo, por lo que se requiere poner en acción todos los medios de defensa, quedando mientras tanto el principio de placer anulado para dominar el estímulo y procurar su tramitación.

Respecto al concepto de trauma, Freud manifiesta que es considerado como “una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación o finiquitación {Aufarbeitung} por las vías habituales y normales fracasa” (1978c/1917, pág. 252). Agrega, además, que lo traumático

“conmueve los cimientos en que hasta entonces se sustentaba su vida” (pág. 253).

Este evento contingente, que irrumpe y establece un quiebre en el equilibrio previo de un sujeto, puede enlazarse con la presentación de la angustia, definida por Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (1979/1925-1926) como “un estado displacentero particular con acciones de descarga que siguen determinadas vías” (pág. 126). En este mismo texto, Freud menciona que la angustia se encuentra adherida con la indeterminación y ausencia de objeto, y sitúa la angustia realista y la angustia neurótica, puntualizando que el “peligro realista es uno del que tomamos noticia, y angustia realista es la que sentimos frente a un peligro notorio de esa clase. La angustia neurótica lo es ante un peligro del que no tenemos noticia” (pág. 154). Y prosigue sustentando el autor que el peligro neurótico es el peligro pulsional, y al igual que en el peligro realista, ocurren las reacciones: “afectiva, el estallido de angustia, y la acción protectora” (pág. 155).

Frente a esto Freud abre un interrogante en relación a la situación de peligro, aludiendo a su significatividad, y respondiendo finalmente que su núcleo es “evidentemente, la apreciación de nuestras fuerzas en comparación con su magnitud, la admisión de nuestro desvalimiento frente a él, desvalimiento material en el caso del peligro realista, y psíquico en el del peligro pulsional” (pág. 155), por tanto, llama a una situación traumática como una situación de desvalimiento vivida por el sujeto; con esto agrega frente a la angustia que esta “es entonces, por una parte, expectativa del trauma, y por la otra, una repetición amenguada de él” (pág. 155).

En este sentido, Belaga (2004) –siguiendo a Freud– señala que la mayoría de la veces la urgencia responde a un trauma-acontecimiento, el cual está ligado a la contingencia, a aquello que irrumpe en las representaciones simbólicas del sujeto “y es lo que se llama usualmente la angustia más generalizada, la angustia traumática” (pág. 16).

Abordaje de las urgencias psíquicas

La intervención en crisis

Se hace preciso puntualizar que, si bien la psicología no plantea los desarrollos y conceptualizaciones iniciales para la intervención en crisis –pues como se ubicó en la indagación previa, esta última deriva de la psiquiatría–, en términos de intervención brinda aportes a nivel psicoterapéutico. El psicólogo norteamericano, Slaikou, desarrolla un modelo amplio respecto a las estrategias que se emplean en la intervención en crisis, presentando las intervenciones de primera y segunda instancia, las cuales remiten al enlace inicial con recursos de ayuda y la resolución de la crisis.

La intervención en crisis de primera instancia, también denominada como primeros auxilios psicológicos, hace referencia a la asistencia inmediata que se realiza como una breve intervención y para la cual se requieren algunos minutos u horas, de acuerdo a la gravedad de la desorganización emocional que la persona tenga. En este sentido, Martin y Muñoz (2009) proponen que los primeros auxilios psicológicos serían aquella primera intervención realizada frente a alguna circunstancia que una persona pueda percibir como desbordante. Valga señalar en este punto, tal y como lo propone Slaikou (2000), que en este momento inicial no hay un esfuerzo por una resolución psicológica de la crisis.

El mismo autor propone que tanto los primeros auxilios psicológicos como la intervención en crisis de segunda instancia –conocida como terapia de crisis–, pueden ser aplicadas por cualquier persona que tenga conocimiento sobre el tema (psiquiatras, psicólogos, consejeros, trabajadores sociales u otros asistentes de la comunidad); sin embargo, advierte el autor, para la terapia de crisis, se requiere mayor formación y aptitudes.

En este sentido, la intervención de segunda instancia marca una diferencia con los primeros auxilios psicológicos en cuanto a su procedimiento, y sienta sus bases, según Slaikou (2000), en el trabajo de Lazarus; así, “la terapia multimodal para crisis, analiza los aspectos

conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo de cualquier crisis de un paciente” (pág. 110).

Las estrategias terapéuticas que se incluyen en esta propuesta de intervención de segunda instancia, proceden –según el mismo Sliakou (2000)– de las investigaciones realizadas en psicología clínica desde finales de los años 40, incluyendo las terapias gestáltica, del comportamiento, la modificación de la cognición, las cuales se orientan a apoyar al paciente en las tareas mencionadas que apuntan a la resolución de las crisis.

Las urgencias subjetivas

El psicoanálisis parte de la concepción de que las manifestaciones del sujeto hacen parte de una compleja dinámica anímica en la que es necesario restablecer el sentido y la significación de cada una ellas contando con la palabra del sujeto como insumo y herramienta principal.

En la conferencia 16: “Psicoanálisis y psiquiatría” (1978/1917), Freud plantea que las manifestaciones sintomáticas de un paciente revelan algo del proceso anímico de éste, que lo que se presenta comporta un sentido que parece no ser escuchado por la psiquiatría. En línea con lo anterior, Freud (1978b/1917), en la siguiente conferencia, “El sentido de los síntomas”, puntualiza que el síntoma cobra importancia en los planteamientos psicoanalíticos teniendo en cuenta su manifestación y su contenido individual que se enlaza con el vivenciar del paciente.

Estos aspectos aportados por Freud permiten pensar un lugar de comprensión y abordaje para las urgencias, pues así como el síntoma comporta un sentido que guarda una relación con la historia del paciente, las urgencias no se desligan de la historia misma, ya que la manera particular de presentación de la urgencia se enlaza con la vivencia y el modo singular de nombrarla por parte de quien la presenta. De ahí que para el psicoanálisis sea fundamental la subjetivación de la urgencia.

Sobre esto, Sotelo (2005) comenta, a propósito del acontecimiento dramático, que el sujeto “lo padece en forma única, particular, singular y esa es la perspectiva desde la que el psicoanálisis aborda el modo de intervenir

en la clínica de la urgencia” (pág. 101). Se trata siempre de un sujeto, de su inconsciente y de lo que las palabras quieren decir para él (Laurent, 2004). Este es el punto inicial del abordaje: permitir al sujeto el encuentro con su propia palabra, restituirle en la urgencia su lugar como sujeto no inscribiéndolo ni reduciéndolo a las “grandes categorías anónimas sino [más bien] intentar encontrar [con él] su particularidad” (pág. 29).

Con esto, el psicoanálisis sitúa un padecimiento particular por parte de cada sujeto frente a lo traumático, de ahí que en el abordaje inicial se proponga la escucha de esa singularidad, por lo que, de acuerdo a Belaga (2005), lo que se procura es orientarse por el hecho de que “no hay un tratamiento estándar de los efectos de un trauma” (pág. 36). Traduciendo esto, y en comparación con la psicología, no hay un paso a paso, un protocolo o un modelo que estandarice la intervención; se trata, más bien, de pensar en que contar con el sujeto y su palabra es el principio angular del abordaje de la urgencia.

Por lo tanto, para el psicoanálisis, respecto a lo que ocurre en una urgencia, y que puede –inicialmente– figurar como ajeno para el sujeto, se hace “fundamental sancionar que allí hay algo del no retorno, y algo que tiene consecuencias” (Aronson, 1998, pág. 9). De ahí que lo que puede posibilitar el analista en el abordaje de la urgencia sea el surgimiento de una demanda posterior.

Alcance del abordaje de las urgencias psíquicas

Restablecer el funcionamiento y la resolución de la crisis

Desde la psicología, de acuerdo a la propuesta de un modelo amplio para la intervención en crisis realizada por Slaikeu, la intervención en crisis de primera y segunda instancia plantea diferentes alcances.

La intervención de primera instancia se orienta a “otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte (...) y el enlace con recursos de ayuda” (2000, pág. 110), este momento se orienta a restablecer el funcionamiento de la persona. Es preciso considerar que este primer momento

puede ser abordado por cualquier persona que esté cercana a quien se encuentre en crisis, por lo que podría considerarse que hasta este primer tiempo la intervención no remite a un acto clínico.

En la intervención de segunda instancia, que remite ya a un proceso terapéutico breve y que por tanto debe ser realizada por un terapeuta, se fijan cuatro tareas respecto de la resolución de la crisis: “la supervivencia física en las secuelas de la crisis, expresión de los sentimientos relacionados con la crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia completa, los ajustes conductuales/ interpersonales que se requieren para la vida futura” (Slaikou, 2000, pág. 177). Con esto, Slaikou puntúa que la intervención de segunda instancia apunta a la resolución de la crisis y que esta resolución “significa asistir a la persona (expresión de sentimientos, adquirir dominio cognoscitivo sobre la situación, etcétera), de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida” (pág. 110). Asimismo, el autor propone que la intervención pretende que el paciente aprenda de la crisis, de tal manera que su nivel de funcionamiento se potencialice en relación al funcionamiento existente previo a la crisis.

Esta intervención de segunda instancia toma elementos técnicos de otras terapias de espectro más amplio en psicología, y pretende “Traslaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro” (Slaikou, 2000, pág. 153). Dentro de esta terapia se sitúan aspectos en relación, inicialmente, a la valoración del impacto del suceso en los cinco subsistemas de la personalidad CASIC, la cual involucra las modalidades conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva.

Subjetivar la urgencia

En 1966 Lacan afirmaba: “mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a ciertas urgencias subjetivas” (como se cita en Gorostiza, 2007, pág. 16). Esta afirmación

ha motivado el desarrollo de trabajos sobre el tema, teniendo como norte un planteamiento que ha hecho curso instalándose como principio orientador de la práctica analítica ante la urgencia: desde el psicoanálisis el abordaje de la urgencia está orientado a la subjetivación de esta, entendiendo por subjetivación “un proceso a partir del cual, el sujeto adquiere la sensación de que está comprometido con la urgencia” (Fazio, Melamedoff, Vizzolini y Santimaria, 2015, pág. 3), es decir que en ese sufrimiento que el paciente trae consigo en la urgencia, hay algo que le concierne. Sobre este punto, Seldes (2005) plantea que la intervención psicoanalítica en la urgencia subjetiva se orienta a que el sujeto pueda interrogar la causa de su padecimiento y confrontarse con ella.

La intervención de las urgencias subjetivas propone una pausa cuyo alcance se enfoca en la comprensión de lo que allí se presenta; Sotelo (2005) insiste sobre lo que hasta el momento se ha planteado: lo que se posibilita en esta intervención es que el sujeto pueda hacerse cargo de ese sufrimiento que trae, y que lo que en un primer momento pueda aparecer como extraño en la irrupción sintomática pueda subjetivarse.

En últimas, plantea la autora que en aquello que pudiera ser la única entrevista con un paciente que presenta una urgencia subjetiva,

el analista intentará que el sujeto sustituya el sentimiento de ser víctima de los síntomas, de las angustias, del insomnio, de la ansiedad, de las voces, por un apropiarse de ellos, hacerlos suyos, averiguando qué conexión tiene esto consigo mismo, con su historia, con su pasado y su presente, con su interior. (Sotelo, 2005, pág. 103).

Finalmente, a partir de lo anterior, el psicoanálisis plantea que la intervención de la urgencia remite a la responsabilidad y consecuencias de esta sobre el sujeto, tratando de hallar la manera en que este se ha situado frente a eso que le ha ocurrido y la manera singular con la que puede intentar elaborarlo.

Conclusiones

De acuerdo a los elementos encontrados, la conceptualización a propósito de la urgencia psíquica, el abordaje y los alcances sobre esta desde el psicoanálisis y la psicología, comportan elementos epistemológicos, prácticos y éticos que divergen entre sí y que, por tanto, podrían considerarse como dos posturas diferentes al momento de recibir la urgencia.

Lo primero por señalar respecto a la intervención en crisis es que esta, en términos teóricos y prácticos, deriva de la psiquiatría norteamericana, lo que de entrada la podría inscribir en un modelo biomédico; lo segundo remite al hecho de que la propuesta nace como una necesidad de prevención de consecuencias psicopatológicas en las crisis; tercero, que la intervención en crisis, que parte de la propuesta de la psiquiatría preventiva, hace un énfasis fundamental en un movimiento de salud mental a nivel comunitario; cuarto, su impacto en términos de prevención, conlleva a que diferentes disciplinas, no sólo la psiquiatría, se ocuparan de esta y fuera implementada dentro de sus campos de acción.

Por otro lado, cabe anotar que la urgencia subjetiva no es conceptualizada desde los inicios del psicoanálisis; sin embargo, los elementos teóricos, prácticos y éticos se encuentran en relación con los planteamientos fundamentales de éste. De hecho, diferentes historiales clínicos de Freud exponen un primer momento a nivel de la comprensión y análisis de las manifestaciones que presenta un sujeto frente a una urgencia; además, los diferentes desarrollos freudianos en relación al inconsciente, al síntoma y al trauma ya brindaban elementos para lo que actualmente se denomina como urgencia subjetiva.

El psicoanálisis considera que estas manifestaciones de urgencia contienen un padecimiento derivado de la manera en que cada sujeto se enfrenta o posiciona ante lo traumático, ante su síntoma y finalmente ante su modo particular de gozar y las estrategias que ha construido para su contención.

En cuanto al abordaje, desde el modelo de intervención en crisis se han construido protocolos, los cuales brindan herramientas específicas para quien recibe a la persona en crisis. Respecto a la urgencia subjetiva, se parte de la concepción de la no homogeneización y no protocolización a nivel práctico y ético, pues desde esta concepción lo que presenta el sujeto adquiere un carácter singular, por tanto se propone la escucha de eso singular; en este sentido, la intervención no puede adquirir el carácter de un estándar universal.

En relación a los alcances, desde la intervención en crisis se propone el restablecimiento o potencialización del estado previo a la crisis, esto a través de los protocolos existentes para dicho fin. Este elemento diverge de los planteamientos de la urgencia subjetiva puesto que el psicoanálisis reconoce que el sujeto debe implicarse en lo que allí acontece, reconociendo las consecuencias en la subjetividad de la persona. En este sentido, no se trata de restablecer un estado previo, sino de interrogar al sujeto frente a esa responsabilidad subjetiva, pues la urgencia misma contiene una respuesta ante el malestar, punto en el que se le describe como con una función para el sujeto. Por tanto, más allá de suprimir sus efectos bajo un fármaco y tipologizar la forma de respuesta del individuo, lo que se busca es anudar formas discursivas propias del sujeto para que sea éste quien describa el estatuto que tiene la situación por la que atraviesa.

Es importante resaltar la dimensión ética que debe atravesar cualquier comprensión e intervención de las urgencias, teniendo en cuenta, por ejemplo, que en la intervención en crisis el primer tiempo lo puede abordar cualquier persona sin tener necesariamente una formación clínica, lo que hace un llamado a las instituciones frente a la formación y capacitación en términos de elementos comprensivos y de intervención que tienen las personas que reciben la urgencia, ya que esto tiene un efecto en la resolución de esta.

Por tanto, se considera necesario que las instituciones del país y la región reflexionen sobre la respuesta que actualmente brindan a las

situaciones de urgencias psíquicas y precisen la necesidad de evaluar las herramientas que poseen los profesionales que reciben la urgencia para comprender y abordar esto que se presenta como una constante demanda.

Finalmente, se espera que los elementos que aquí se pudieron identificar permitan ampliar el panorama a nivel descriptivo y enriquecer la escasa bibliografía que sobre el tema existe en el contexto colombiano y, a partir de esto, causar inquietudes que animen posteriores investigaciones, traduciéndose éstas –en lo posible– en una contribución que oriente la adecuada atención de las urgencias psíquicas.

Referencias

- Aronson, A. (1998). Dispositivo de atención de crisis en un hospital general. *Psicoanálisis y el Hospital*, 7(13), 8-13.
- Ávila, A. (1991). La psicoterapia breve y la intervención en crisis: dos estrategias de intervención en salud mental comunitaria. Originales y revisiones. *Psiquiatría Pública*, 3(4), 174-186. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/o/Documentacion/AAvila/Avila_La%20psicoterapia%20breve%20y%20la%20intervencion%20en%20crisis.pdf?ver=2012-02-26-201952-317
- Baudini, S. (2005). La urgencia y el tiempo. En Sotelo, I. (comp.), *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (págs. 27-32). JCE Ediciones.
- Belaga, G. (2004). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. En Belaga, G. (comp.), *La urgencia generalizada* (págs. 11-19). Grama ediciones.
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada. Las respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En Sotelo, I. (comp.), *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (págs. 33-39). JCE Ediciones.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Editorial Gredos.
- Fazio, V., Melamedoff, D., Vizzolini, L., Santimaria, L. (2015). Dos perspectivas del diagnóstico en la urgencia en salud mental: Las normas S.A.M.E y el psicoanálisis. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XXII Jornadas de Investigación - XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-015/745.pdf>.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2007). *Intervención en crisis*. Editorial Síntesis, S.A.
- Ferrater, J. (1965). *Diccionario de Filosofía* (5ª ed.). Editorial Sudamericana.

- Freud, S. (1978/1915): Lo inconciente. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XIV, págs. 153-215). Amorrortu.
- Freud, S. (1978a/1917). 16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XVI, págs. 223-235). Amorrortu.
- Freud, S. (1978b/1917). 17ª conferencia. El sentido de los síntomas. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XVI, págs. 235-250). Amorrortu.
- Freud, S. (1978c/1917): 18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XVI, págs. 250-262). Amorrortu.
- Freud, S. (1997/1920). Más allá del principio de placer. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XVIII, págs. 1-62). Amorrortu.
- Freud, S. (1979/1925-1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XX, págs. 71-165). Amorrortu.
- Garmendia, J. (2004). Urgencia psiquiátrica. Una perspectiva psicoanalítica. En Belaga, G. (comp.), *La urgencia generalizada* (págs. 43-70). Grama Ediciones.
- Gómez, M., Galeano, C. y Jaramillo, D. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1469>
- González, J. (2005). Notas sobre la urgencia en CENARESCO. En Sotelo, I. (comp.), *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (págs. 55-62). JCE Ediciones.
- Gorostiza, L. (2007). Prólogo. En: Sotelo, I. (comp.), *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones.
- Laurent, E. (2004). Hijos del trauma. En Sotelo, I. (comp.), *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (págs. 33-39). JCE Ediciones.
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009). *Primeros auxilios psicológicos*. Editorial Síntesis.
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C., Ellwanger, J. (2004). Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general. *Terapia Psicológica*, 22(2), 177-184. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522209>.
- Musicante, R. (2005). Intervención en crisis, ¿enquadre o dispositivo analítico? En Musicante, R. (dir.), *Intervención en crisis, ¿enquadre o dispositivo analítico?* (3ª ed., págs. 33-72). Brujas.
- Peláez, G. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Fondo Editorial FCSH.
- Rendón, M. y Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8(16), 219-242. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835206013>.

- Rubin, B. y Bloch, E. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. (Arnáiz, V., trad.). Editorial Desclée de Brouwer.
- Seldes, R. (2005). La urgencia subjetiva. En Sotelo, I. (comp.), *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (págs. 85-88). JCE Ediciones.
- Seldes, R. (2008). La urgencia del psicoanálisis aplicado. *Virtualia Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (18). <http://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/OLDkGo2ZeJr122HGfXoWQqbpvwPxcnURAIvGKxZB.pdf>
- Slaikou, K. (1996/1984). Intervención en crisis. Gómez, M. (ed.), *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación* (1ª ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Slaikou, K. (2000/1984). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación* (2ª ed., Chávez, M, trad.). Editorial El Manual Moderno.
- Sotelo, I. (2005). La invención de un lugar para la urgencia. En Inés Sotelo (comp.), *Tiempos de urgencia: Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (págs. 97-104). JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones.
- Sotelo, I., Rojas, M. y Miari, A. (2010). *Hospital, dispositivos, urgencias* (Proyecto de Investigación UBACyT: "Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el Hospital Público"). http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf

Etnopsicología, enteógenos y estados expandidos de conciencia. Algunas aproximaciones generales

Alejandro Marín Valencia¹

Introducción

El dilema en torno a las relaciones entre mente y cultura es una cuestión epistemológica que ha caracterizado el desarrollo de disciplinas como la antropología, la psicología, y otras ciencias sociales y humanas, desde sus inicios. Durante el último siglo, las búsquedas intelectuales con el fin de comprender los diferentes modos de pensar, sentir, actuar y comportarse de los individuos en cuanto miembros de un contexto cultural particular, han propiciado el surgimiento de diversos enfoques epistémicos que van desde los estudios clásicos de la antropología (sobre la denominada “mentalidad primitiva”), pasando por el culturalismo, el

1. Antropólogo y especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Docente de cátedra de los Departamentos de Psicología y Antropología de la Universidad de Antioquia. Coordinador del Semillero de Investigación Etnopsicología y Enteógenos (Etnopsique) adscrito al Grupo de Investigación Psyconex. Correo: alejandro.marin@udea.edu.co.

psicoanálisis y el estructuralismo, hasta la psicología cultural, la psiquiatría transcultural, la antropología cognitiva y las llamadas etnociencias.

Es así como en este devenir de corrientes académicas y científicas, la etnopsicología se desarrolla como una disciplina caracterizada por una dinámica de complementariedad teórica y metodológica entre diferentes discursos que beben tanto de la academia como del pensamiento y las narrativas propias de sociedades y culturas particulares (occidentales y no-occidentales). Esta característica otorga a la etnopsicología una naturaleza compleja al interior de su propia configuración epistemológica que le permite indagar a profundidad sobre aspectos de suma relevancia en nuestro mundo contemporáneo, poniendo en diálogo las nociones conceptuales y los enfoques prácticos de la antropología, la psicología, la sociología, la psiquiatría, el psicoanálisis, entre otras disciplinas, con los saberes locales de comunidades nativas (campesinas, indígenas, afrodescendientes), de poblaciones urbanas, movimientos sociales y otras formas de colectividad moderna/occidental.

A partir del análisis, interpretación y comprensión de la interrelación entre fenómenos mentales y contextos culturales específicos, la etnopsicología se enfoca en abordar temáticas relativas a las concepciones locales sobre el funcionamiento psíquico, los estilos cognitivos, los diversos estados de conciencia, las formas de comprender el binomio salud/enfermedad, los métodos diagnósticos y de intervención terapéutica y psicoterapéutica, los modos de integración psíquica, las construcciones del yo, la identidad y la persona en contextos culturales, entre otras.

A continuación, se intentará trazar el desarrollo conceptual y metodológico de la etnopsicología desde sus primeros planteamientos disciplinares, que tienen origen en la psicología social en México y España, hasta sus últimos desarrollos, a partir de los estudios antropológicos sobre sistemas etnomédicos y chamánicos, el uso de plantas enteogénicas y el papel central de los diversos estados expandidos de conciencia en las dinámicas culturales e interculturales, que nos llevan a definir la etnopsicología como una cartografía cultural de la psique humana.

Etnopsicología como disciplina científica en Iberoamérica

La etnopsicología como disciplina científica comienza a ser desarrollada por los planteamientos del psicólogo social Rogelio Díaz-Guerrero y sus estudios de la sociedad, la familia y la personalidad de los mexicanos. En una primera instancia, a partir de diversas investigaciones y de la aplicación metodológica de cuestionarios y escalas estadísticas, Díaz-Guerrero logra discernir la existencia de lo que sería su pilar epistemológico principal: las Premisas Histórico-Socio-Culturales (PHSC), consideradas como “las unidades esenciales de realidad interpersonal humana (...) comprensibles integralmente para un grupo dado” (Díaz-Guerrero, 1995, pág. 363). Posteriormente, plantea la necesidad de comprender estas premisas dentro de un ecosistema humano o conductual que se centra en el estudio del comportamiento y la personalidad como un constructo emergente en la dialéctica entre mandatos culturales y necesidades biopsíquicas en contextos sociales específicos.

Díaz-Guerrero ha sido una figura sumamente influyente en la historia de la etnopsicología por tratar de establecer procedimientos investigativos propios que beben de tradiciones descriptivas y etnográficas, así como por la rigurosidad estadística de la aplicación de escalas y valores que puedan definir constructos empíricos para la explicación concreta de conceptos tan abstractos como el de cultura y personalidad. Sin embargo, a pesar de que su enfoque ecosistémico y el hallazgo de la PHSC son de gran valor epistemológico, la etnopsicología planteada por este autor puede ser considerada como una teoría sociocultural de la conducta humana, o una suerte de reelaboración de las premisas del movimiento de Cultura y Personalidad², más que como una etnopsicología propiamente

2. Durante la primera mitad del siglo xx, la escuela de Cultura y Personalidad, también conocida como antropología psicológica, fue quizás la corriente que mayores aportes realizó desde la antropología a la relación entre mente, comportamiento y cultura. En un primer momento se caracterizó por el estudio de los patrones culturales y las pautas psicológicas como un eje integrador para la configuración de las culturas; en una segunda fase tuvo gran influencia freudiana, los conceptos psicoanalíticos entraron a formar parte fundamental del discurso antropológico; y su

te dicha, pues, incluso desde su enfoque metodológico se dejan de lado asuntos tan fundamentales como las percepciones culturales del funcionamiento psíquico, las teorías de la mente propias de los pueblos y la construcción de sentido y significado de la realidad psíquica y colectiva.

A inicios de la década de 1990, la disciplina etnopsicológica toma fuerza de la mano del filósofo y psicólogo Ángel Aguirre Baztán, quien afirmaba contundentemente que la etnopsicología es una continuación histórica y temática del movimiento de Cultura y Personalidad, cuyo eje, empero, debía centrarse en la reformulación de conceptos como el de etnia e identidad, razón por la cual define a la etnopsicología, ante todo, como el estudio de la “identidad cultural de los pueblos desde su psicología colectiva (modos de ser y comportarse, rasgos de carácter, personalidad, etcétera)” (Aguirre, 2015, pág. 34). Este autor planteó la necesidad de pasar del concepto de etnia al de etnicidad, visto este último como una forma de organización psicosocial de los individuos caracterizada por la capacidad personal de seleccionar conscientemente la propia pertenencia a un grupo determinado (autoadscripción) y el reconocimiento que los demás ejercen sobre el individuo al situarlo como perteneciente a un grupo cultural (heteroadscripción). Este proceso dialéctico, que propone la identidad cultural por etnicidad, permite pensarse la etnopsicología en el marco de las sociedades pluriculturales propias del mundo globalizado y de la modernidad (Aguirre, 1994).

Otro de los puntos de interés de Aguirre es el que tiene que ver con el imaginario grupal promovido por la identidad psicocultural adquirida en un grupo. En su análisis sobre la ilusión y el imaginario grupal, el autor demuestra sus claras influencias de la escuela de Cultura y Personalidad en su fase psicoanalítica: “El individuo, a través de la imagen del cuerpo, crea un imaginario grupal, como una respuesta narcisista a la angustia

último momento estuvo caracterizado por un “regreso” a los aportes de la psicología científica con la intención de retomar la importancia de los factores “externos” al individuo (medio ambiente, demografía, conflictos políticos, sistemas económicos, etc.) como procesos determinantes en la estructuración de su personalidad.

de la desmembración, de cuarteamiento, de escisión, de disgregación, de cuerpo arlequinado, es decir, el imaginario es una respuesta a la angustia de muerte cultural, individual o grupal” (Aguirre, 2015, pág. 44).

La etnopsicología, como el estudio de la identidad cultural de los pueblos explicada desde el comportamiento psicológico, tal como propone Aguirre Baztán, si bien arroja algunas luces respecto a los enfoques teóricos y metodológicos para la investigación de las dinámicas entre procesos de enculturación/aculturación, autoadscripción/heteroadscripción, etnia/etnicidad, territorialidad/globalización, etc., es una perspectiva un tanto limitada, ya que trata de reenfocar el objeto de estudio de la etnopsicología, pero continúa enclaustrado en las discusiones de la antropología psicológica y del movimiento de Cultura y Personalidad, dejando de lado otros abordajes fundamentales a la hora de comprender la relación dialéctica mente-cultura.

Enteógenos y estados expandidos de conciencia

El estudio antropológico y psicológico de los chamanismos³, del uso cultural de plantas enteógenas en contextos rituales y el análisis de los diferentes estados de conciencia derivados de su consumo, han puesto en el escenario académico una nueva dimensión conceptual que hoy en día está reorientando las perspectivas epistemológicas de la etnopsicología.

A lo largo de la evolución e historia del ser humano, los estados modificados de conciencia asociados al uso cultural de plantas psicoactivas han jugado un rol trascendental en la estructuración psíquica y cultural de numerosos grupos sociales (Apud, 2017). El consumo de sustancias de origen vegetal, fúngico o animal denominadas actualmente *enteógenos*⁴,

3. El concepto de chamanismos, en plural, busca darle peso a la diversidad de manifestaciones culturales de este fenómeno, al tiempo que las recoge en una misma categoría por compartir características generales (Fericla, 2000).

4. Neologismo que podría traducirse como “generación de la divinidad adentro de sí mismo” (Del griego *en*=adentro; *theos*=divinidad; *gen*=generar), término que hace referencia al uso de sustan-

ha sido una de las principales formas de modificación de la conciencia dentro de sociedades chamánicas, y está asociado con aspectos tan fundamentales como la curación de enfermedades, la organización sociopolítica, los ritos iniciáticos, las prácticas y concepciones ecológicas, la memoria cultural, las mitologías fundacionales y los procesos de resistencia identitaria, entre otros, teniendo así un peso central en las dinámicas culturales e interculturales de estos pueblos (Fericgla, 1999).

Dentro del gran espectro de estados modificados o expandidos de conciencia, centraremos la atención en los estados de trance extático o experiencias místicas, ya que algunas comunidades le han otorgado un peso central a la hora de construir sus sistemas simbólicos. Este tipo de experiencias se han denominado también como estados de conciencia holotrópica⁵, concepto elaborado por el psiquiatra Stanislav Grof (2015), pionero en la incursión psicoterapéutica con enteógenos (principalmente la LSD-25)⁶ y fundador de la psicología transpersonal⁷.

El consumo de enteógenos produce experiencias de expansión de la conciencia que suelen posibilitar una “ruptura lógica” con el orden implicado en la percepción del estado de vigilia cotidiano, experiencia que

cias dentro de marcos rituales con fines terapéuticos y espirituales y, a su vez, a los estados modificados de conciencia y a las experiencias extáticas (místicas, numinosas) que tienen la capacidad de producir. Este concepto reemplaza otras acepciones como alucinógenos, psicomiméticos o psicodélicos (Wasson *et al.*, 2013). Algunos de los enteógenos de uso tradicional más conocidos son el brebaje amazónico ayahuasca, el cactus visionario peyote, los hongos del género *PSILOCYBE*, las secreciones del sapo *Bufo alvarius*, entre muchos otros.

5. Del griego *holos*=todo y *trepein*= moverse hacia, que define así estados de conciencia “orientados a la totalidad” o “que se mueven en dirección a la totalidad”.

6. Si bien la LSD y otros compuestos de carácter sintético o semisintético han sido sustancias ligadas a descubrimientos farmacológicos científicos ajenos a contextos rituales, sus efectos específicos sobre la conciencia han servido para catalogarlos también como sustancias enteógenas (Wasson *et al.*, 2013).

7. Los conceptos de trance extático, experiencia mística o estado de conciencia holotrópica deben ser entendidos aquí como categorías conceptuales usadas por la antropología, la historia de las religiones y la psicología, y, por ende, como herramientas semánticas que permiten la interpretación epistemológica de las experiencias subjetivas y culturalmente codificadas que son descritas por chamanes y sociedades que hacen uso tradicional de los enteógenos y otras formas de modificación de la conciencia.

es concebida al interior de sociedades con sistemas de conocimiento chamánico como un “viaje” o “vuelo” que traslada a los sujetos (principalmente al chamán, sabedor, médico tradicional, etc.) a un lugar común en el cual habitan los elementos esenciales de su imaginario simbólico, y desde allí pueden obrar y reordenar los desequilibrios a nivel físico, ambiental, personal y/o social que afectan a la colectividad. Joseph María Fericgla (1997), asiduo investigador de culturas chamánicas y de los estados expandidos de conciencia, ha definido esta experiencia como un estado de dialogismo mental, visto como un nivel de procesamiento cognitivo en el cual el sujeto es capaz de pensar la totalidad constituyente del mundo y, por lo tanto, de sí mismo y de su sociedad.

La característica fundamental de los estados expandidos de conciencia, que incluyen los estados holotrópicos y dialógicos, se encuentra en la disolución del dualismo sujeto/objeto, y a partir de esta experiencia se derivan otras más como la sensación de unidad con todo lo existente, la pérdida del sentido del tiempo y el espacio, la aceptación de la paradoja, las experiencias numinosas (sensaciones de estar en contacto con lo sagrado) y las intuiciones de verdades profundas al margen del pensamiento lógico-discursivo que se caracterizan por la inefabilidad (Rubia, 2003). Podríamos sumarle los procesos de reflexividad que permiten evaluar contenidos mentales subjetivos, el reavivamiento de memorias y experiencias traumáticas o significativas y, por último, las sensaciones de bienestar, alegría, paz y tranquilidad que pueden encausar hacia posteriores cambios positivos en la actitud y la conducta del sujeto (Bouso, 2012; Fericgla, 2018).

Según Fericgla (1993), la principal función del consumo de enteógenos y de sus concomitantes estados expandidos de conciencia en sociedades tradicionales tiene que ver con los procesos de adaptación, es decir, son mecanismos adaptativos que permiten, por medio de la dinamización de los contenidos del imaginario simbólico compartido, realizar ajustes ante las exigencias del medio natural y cultural, regulando así procesos de respuesta efectiva que propician un éxito vital,

que se replican, mejoran y regulan hasta consolidarse en estructuras psíquicas y culturales que son transmitidas y heredadas de generación en generación por medio de códigos simbólicos.

Los enteógenos son sustancias capaces de aumentar la respuesta eficaz del individuo a nivel biopsicosocial frente a las condiciones adversas de agentes internos (biológicos y psíquicos) y externos (sociales y ambientales), siempre y cuando su uso esté enmarcado en contextos controlados, sean rituales tradicionales de corte chamánico o más recientemente en espacios clínicos y psicoterapéuticos: “Creo que la concepción de las sustancias alucinógenas entendidas como adaptógenos inespecíficos que actúan por medio de la imaginería mental es un paradigma fecundo, que aleja tales sustancias de la vulgar asociación que se crea con las drogas, insertándolas en una amplia ideación cultural, cognitiva, terapéutica y ecológica que es la que, a fin de cuentas, más se acerca a la acción del chamán” (Fericgla, 1993, pág. 182).

Etnopsicología y experiencias activadoras de estructuras

Las primeras perspectivas teóricas de la etnopsicología enunciadas al inicio de este texto en ningún momento han prestado importancia al consumo ritual de enteógenos y a los estados expandidos de conciencia, por el contrario, estos han sido vistos generalmente como distorsiones psicológicas, e incluso estados psicóticos, sin ningún valor epistémico:

La antropología psicológica, lo mismo que la mayoría de las psicologías suele entenderlos como estados regresivos y patológicos, cuando en realidad deben ser vistos como estados progresivos que ayudan y empujan a la transformación de la persona hacia estadios de mayor salud, integración y adaptación activa al medio y a los cambios. (Fericgla, 2005, pág. 516).

En este sentido, este nuevo enfoque o perspectiva de la etnopsicología, planteado y desarrollado por el ya mencionado antropólogo catalán Joseph María Fericgla, nace a partir de una visión crítica de

los enfoques de la escuela de Cultura y Personalidad, la antropología psicológica y la psicología social, planteando contundentemente que su objeto de estudio se centra en las teorías que diferentes grupos culturales, colectividades y movimientos sociales construyen sobre la estructura, función y dinámica de la psique, tratando así de

deshilvanar la forma en la que otros pueblos piensan que piensan, y ordenan y reordenan sus formas de pensar el mundo (...) La etnopsicología se ocupa tanto de tratar de descifrar los *mapas de la realidad psíquica humana que elaboran otras culturas* y la racionalidad subyacente a tales mapas, como de ordenar y entender las categorías diagnósticas y sanadoras aplicadas a anomalías mentales, de acuerdo a aquellas realidades culturales nativas. (Fericgla, 2005, pág. 520, énfasis nuestro).

A pesar de que el autor centra su atención en las culturas nativas o grupos étnicos ajenos a Occidente, es de resaltar que este enfoque puede ser aplicado, y de hecho el mismo Fericgla lo aplica, tanto en la investigación de sociedades no occidentales/tradicionales/locales, como en los diversos contextos sociales del mundo moderno occidental, como se verá más abajo.

Otro principio fundamental de esta “nueva etnopsicología”, que ya puntualizaba también Díaz-Guerrero (1995), se encuentra en el reconocimiento de las relaciones de interdependencia entre lo psíquico interno y lo cultural externo, y la manera en la que ambas esferas se construyen, se moldean, se troquelan, se interpelan mutuamente en el ser humano, razón por la cual el investigador debe tratar de comprender dicha interrelación sistémica entre lo biopsicosocial por medio del análisis de las experiencias *intra* e *inter* personales, y más aún *trans* subjetivas.

Por lo anterior, un campo de estudio importante para la etnopsicología en este punto son las realidades mentales y biológicas de carácter transcultural, las experiencias estructurales y estructurantes compartidas por la especie humana, vistas como experiencias biológicas y psíquicas abiertas e indeterminadas. Fericgla (2003, págs. 32-33) señala

que estas experiencias estructurales del ser humano en cuanto especie son: el nacimiento, la adquisición de lenguaje, el reconocimiento del otro (amor), la muerte, las emociones básicas, la relación con el cuerpo y sus funciones, la relación con los padres y antepasados, las relación con hermanos y personas de la misma generación, la relación con los hijos y descendientes, la relación con el entorno, la sexualidad, la construcción de identidad(es), la necesidad de integración psíquica y continuidad del yo, y la supervivencia o preservación de la existencia.

De ahí la importancia de los rituales y las estructuras simbólicas y culturales, que ayudan a construir, depurar, demarcar, limitar y significar de manera particular dichas experiencias estructurales de apertura innata del ser humano. Tal como señala Turner (1999), los ritos, en su polo normativo, enseñan a construir las realidades sociales y culturales, y en su dimensión emocional, ayudan a ordenar el mundo subjetivo y afectivo de las personas a un nivel consciente e inconsciente. Los humanos hemos construido formas simbólicas y rituales de carácter experiencial para dar forma, sentido, y en últimas, estructurar de una manera particular estos contenidos universales abiertos. A este proceso Fericgla lo ha denominado “Experiencias Activadoras de Estructuras” (Exaces), y su principal medio de expresión y desarrollo a lo largo de la historia y desarrollo cultural del ser humano han sido los rituales, principalmente de carácter iniciático, que son considerados en la mayoría de los casos como experiencias límite, de muerte, de locura, de regeneración, que permiten llenar de sentido la vida de los individuos en el marco de una cultura. Es por ello que, para el antropólogo, “la etnopsicología se centra, además, en el estudio de cómo cada cultura fija y determina tales experiencias y da sentido a las estructuras mentales que activan o conforman tales Exaces” (Fericgla, 2003, pág. 34).

Los estados expandidos de conciencia de carácter holotrópico/dialógico son fundamentales para este enfoque de la etnopsicología, ya que es un fenómeno biopsicosocial presente en diversas formas rituales de muchos contextos culturales diferentes y se configuran como

experiencias propicias para activar ciertas estructuras y desarrollar ciertas capacidades psíquicas y sociales en el marco de las culturas con prácticas de tipo chamánico, por poner un ejemplo: “El fin parece ser siempre el mismo: tener una experiencia de la propia muerte, de llegar a los límites existenciales, como acicate para sanar, vivir con más intensidad, amplitud y presencia, como camino para trascender la enfermedad y el miedo a la muerte corporal” (Fericgla, 2003, pág. 34).

Estos estados parecen ser una necesidad básica del ser humano altamente ignorada por las muchas corrientes académicas. Según Bourguignon (1973), el 90 % de las sociedades tienen alguna forma ritual de codificación de estos estados expandidos de conciencia que se manifiestan en forma de trance extático, experiencia mística, fenómenos de posesión y procesos catárticos, y posiblemente han acompañado el trasegar histórico del ser humano desde sus inicios, jugando un rol primordial en sus procesos de adaptación bio-psico-cultural (Winkelman, 2013; Rodríguez, 2016). Por ello Fericgla (2003, 2005, 2018) los cataloga como objeto central de estudio para la actual etnopsicología, y considera que incluso deben ser aprovechados de manera empírica y aplicada en marcos psicoterapéuticos y de intervención psicosocial, y reconocer así sus potencialidades integradoras y adaptativas de procesos bio-psico-culturales dentro de las sociedades urbano-industriales de Occidente, llegando a afirmar que el estudio etnopsicológico de los estados expandidos de conciencia “debe abrirse a una dimensión práctica y de experiencia vivencial, aportando así conocimientos y también métodos útiles a otros campos del pensamiento científico” (Fericgla, 2005, pág. 533).

Etnopsicología aplicada y psicoterapia con enteógenos

La etnopsicología actual, y en general las diversas disciplinas científicas, deberán tender a la “descaricaturización” y “desexotización” de las prácticas chamánicas, el consumo de enteógenos y los estados expandidos de conciencia, para ver estos fenómenos como verdaderas técnicas y

tecnologías bio-psico-culturales que, en contextos rituales tradicionales o en marcos metódicamente controlados –como pueden ser en el ámbito clínico, terapéutico y/o de intervención psicosocial– tienen un importante papel que jugar en el mundo académico, en el discurso científico, en el campo de la salud y en la *episteme* occidental en general. Es así como en esta búsqueda se han consolidado diversos modelos de etnopsicología aplicada que, partiendo de diferentes enfoques y formas de intervención, comparten un objetivo común: integrar los conocimientos y las prácticas sobre salud mental de comunidades originarias/locales con algunos conocimientos y prácticas de la psicología occidental.

Antes de abordar algunos ejemplos concretos de etnopsicología aplicada contemporánea, es menester mencionar el trabajo realizado durante el siglo xx por la Iglesia Nativa Americana (Native American Church), que, sin considerarse estrictamente como práctica etnopsicológica (mejor entenderla como sistema espiritual-religioso autóctono), podríamos aventurarnos a decir que fue uno de los movimientos pioneros en este campo. A finales del siglo xix y principios del siglo xx, muchas de las comunidades nativas de Norteamérica sufrieron transformaciones sociales violentas y estructurales que pusieron en riesgo la supervivencia de numerosos grupos por los procesos de aculturación a los cuales estaban siendo sometidos. En medio de este contexto, el consumo ritual del cactus peyote, originario de las zonas desérticas del norte de México y el sur de Estados Unidos, jugó un papel fundamental en el proceso de resistencia indígena contra la colonización, lo cual permitió la consolidación de diversos movimientos indígenas, de los cuales el que ha logrado perdurar hasta la actualidad es la Iglesia Nativa Americana, en parte por el sincretismo entre cristianismo y creencias amerindias (Costa, 2003). Esto ha facilitado un proceso de reconocimiento de los derechos indígenas y, a su vez, de reintegración cultural y psíquica que les permitió a muchos individuos que estaban sumidos en problemas de alcoholismo y depresión volver al seno de sus propias culturas por medio del trabajo terapéutico realizado por los *Medicine-man* (hombres medicina o chamanes), quienes usaban el peyote de forma ritual

y sacralizada para reorientar el contenido mental y el imaginario simbólico individual y colectivo, gracias a sus fuertes propiedades enteogénicas (Winkelman, 2014).

El uso del peyote puso tempranamente en evidencia el papel que juegan las prácticas de trance en contextos críticos de anomia y aculturación, ayudando a los pueblos nativos oprimidos en la búsqueda de nuevas configuraciones identitarias y estrategias culturales de resistencia. (Apud, 2017, pág. 40).

En la actualidad *Takiwasi* es un centro pionero en el mundo en la construcción de un modelo terapéutico alternativo, integral e intercultural, centrado en el tratamiento de las adicciones, así mismo es un centro de investigación de la botánica y la medicina tradicional amazónicas, con locación en la ciudad de Tarapoto, Perú (Mabit, Giove y Vega, 1996). Fundado en 1992 por el médico francés Jaques Mabit, *Takiwasi* ha centrado su intervención en la rehabilitación de toxicómanos, muchos de los cuales son indígenas adictos a la pasta base, provenientes de laboratorios clandestinos de cocaína (Fernández, 2003), y otros son personas que vienen de ciudades industrializadas del Perú, Suramérica, e incluso Europa.

Lo que se puede encontrar en *Takiwasi* es un modelo sincrético entre prácticas etnomédicas nativas y ciencia médica moderna, en el cual curanderos, chamanes y sanadores tradicionales locales trabajan conjuntamente con psicólogos, médicos, enfermeros y psiquiatras formados en academias de diversas partes del mundo. Uno de los ejes en la práctica terapéutica de *Takiwasi* es la utilización de estados expandidos de conciencia de carácter holotrópico/dialógico por medio de la ingesta de plantas psicoactivas de tradición indígena, principalmente con la ayuda de la ayahuasca, dentro de un estricto marco ritual que favorezca el desarrollo espiritual e integral del individuo, buscando que los pacientes logren encontrar las razones de su adicción, convirtiéndose en un observador de sus propias condiciones psíquicas y afectivas, con un acompañamiento psicoterapéutico profesional (Kerseviciute, 2016).

El proceso terapéutico al interior del centro *Takiwasi* se desarrolla por medio de un internamiento de por lo menos ocho meses, en los cuales se pasa por diferentes fases que van desde la desintoxicación y rehabilitación física por medio del uso de plantas vomitivas y purgantes, dietas saludables, saunas con plantas medicinales, masajes, entrevistas con los profesionales y exámenes médicos. Estas primeras fases tienen como finalidad probar la voluntad del paciente y su motivación para continuar. Las siguientes etapas incluyen las ceremonias de ayahuasca, que se convierten en el centro principal de la terapia y se desarrollan de manera semanal, cuyo proceso de integración de todas las experiencias subjetivas de expansión de conciencia se da por medio de entrevistas individuales con psicoterapeutas, así como en sesiones grupales y otras dinámicas (Fernández, 2003). Así mismo, uno de los últimos momentos centrales es la llamada dieta, una técnica tradicional de comunidades amazónicas del Perú que consta de un aislamiento al interior de la selva tropical, en soledad y en ayuno casi total, lo que proporciona a la persona un estado de sensibilidad extrema a nivel mental y corporal, que luego debe integrar en su proceso terapéutico y en su vida cotidiana. En últimas, *Takiwasi* es “una propuesta explícita de diálogo intercultural dirigido hacia la apertura de un paradigma transcultural para la construcción de una medicina a la altura de los nuevos desafíos de las sociedades contemporáneas” (Mabit y González, 2013, pág. 49).

Otro de los más grandes ejemplos es el Instituto de Etnopsicología Amazónica Aplicada (IDEAA), creado por el Dr. Joseph María Fábregas en la selva brasileña, en proximidades del Ceu de Mapiá, un pueblo reconocido por albergar una de las más grandes comunidades del Santo Daime⁸. Este centro se ha caracterizado por la implementación de métodos tradicionales y técnicas occidentales, haciendo énfasis en el estudio y aplicación estructurada de la ayahuasca en procesos de

8. Santo Daime es una religión sincrética originaria del Brasil que se caracteriza por la hibridación entre creencias cristianas, afrobrasileñas e indígenas, cuyo centro fundamental es la ingesta de la ayahuasca (Daime) como bebida sacramental.

autoconocimiento para el desarrollo humano y tratamiento para diversos trastornos psiquiátricos, principalmente en el tema de las adicciones y problemas derivados de este, como trastornos de ansiedad y depresión (Fernández, 2003). La característica fundamental del IEAA está en la combinación del modelo terapéutico de la psicología transpersonal, que aboga por un proceso de autodescubrimiento para posibilitar la transformación individual a partir de la toma de consciencia que le posibilite un proceso de adaptación positiva, dejando de lado hábitos compulsivos como el consumo de sustancias de abuso.

El ejercicio terapéutico se centra en el análisis e integración de las experiencias visionarias proporcionadas por la ingesta de ayahuasca en un entorno ritual, haciendo explícitos los contenidos psíquicos inconscientes que pueden aflorar durante las sesiones en las personas que sufren trastornos de adicción y/o depresión. A este proceso se le suma la aplicación práctica de ejercicios y técnicas orientales como el Hatha Yoga, la meditación Zen, el masaje Shiatsu y el Tai Chi, con el fin de generar momentos de reflexión profunda que son consignados en una serie de diarios o bitácoras en los cuales los pacientes van consolidando sus experiencias, procesos, historias de vida, etc.

El objetivo es la condensación de la experiencia, el recuerdo y la relación de elementos, creándose la oportunidad de trasvasar la información desde un estado no ordinario de consciencia hasta los planos más terrenales, con posibilidad de aplicación práctica de los conocimientos aprendidos. (Fernández y Fábregas, 2013, pág. 399).

No se pueden dejar de lado los centros creados por el propio doctor Joseph María Fericgla, de los cuales destacan la Sociedad de Etnopsicología Aplicada y Estudios Cognitivos (sDEA), el campus Can Benet Vives, y más recientemente la Casa Etno-Ahuano, todos ubicados en España, cerca de Barcelona, a excepción del último, que fue abierto recientemente en la selva amazónica del Ecuador. Fericgla, a partir de sus estudios antropológicos a profundidad sobre el chamanismo de la comunidad

shuar en la alta Amazonía ecuatoriana, y de un proceso de “iniciación” y aprendizaje por medio de dietas rigurosas, aislamiento social e ingesta permanente de ayahuasca (*natem* en lengua shuar), diseñó a su regreso a España un programa de atención psicoterapéutica individual y grupal enfocado en posibilitar el acceso a estados expandidos de conciencia como catalizador de contenidos psíquicos inconscientes y como herramienta psicointegradora y adaptógena (Fericgla, 2018). Para ello utilizaba el brebaje de ayahuasca como principal medio, pero también una técnica creada por el mismo Fericgla y denominada respiración holorénica, que también permite, sin la ingesta de ningún enteógeno, alcanzar estados de conciencia holotrópico/dialógicos. A estas sesiones de respiración las bautizó como “talleres de integración vivencial de la propia muerte”, concebidas como una suerte de ritual de paso occidental con el objetivo de provocar experiencias activadoras de estructuras que les permitieran a los participantes dar sentido a su propia existencia y, así, reconocer y dar soluciones a sus condiciones psíquicas agobiantes, como pueden ser la compulsión por el consumo de drogas, la depresión o la ansiedad (Fericgla, 2005). Este proceso terapéutico se ha llevado a cabo principalmente en la sDEA y en Can Benet Vives, que son propuestas por brindar a Occidente un espacio para el cultivo del mundo interno por medio de las experiencias enteogénicas con la ayahuasca, la respiración holorénica y otras prácticas.

La Casa Etno-Ahuano, recientemente inaugurada en el 2019, es un espacio para el confort y el descanso en medio de la selva ecuatoriana, pero además se perfila como un centro para el desarrollo de seminarios y retiros experienciales en los cuales las personas tendrán la posibilidad de acercarse a la experiencia con la ayahuasca de la mano de curanderos locales y del propio doctor Fericgla, y posiblemente en un futuro no muy lejano, se transforme en un centro de integración psicoterapéutico.

Es importante resaltar que Fericgla distingue tres formas de uso contemporáneo de la ayahuasca: el estilo chamánico –propio de las comunidades locales andinas y amazónicas caracterizadas por una estructura

de pensamiento animista–, el estilo devocional –característico de las religiones sincréticas como el Santo Daime y la União do Vegetal (UDV), quienes ven en la planta un sacramento para adorar y pedir súplicas a las deidades cristianas– y el estilo occidental o Tercera Vía –que busca integrar la ayahuasca al mundo moderno, sin pretensiones de tipo chamánico animista (estéticas, simbologías), y mucho menos devocionales religiosas, para usarla dentro de entornos específicos que obedezcan a las particularidades culturales de Occidente, tal y como sucede con el uso psicoterapéutico dentro de los centros que él mismo dirige, y que tiene como fin “encontrar un sentido trascendente a la limitada vida individual, y con ello, sanar el cuerpo y la psique” (Fericgla, 2018:137)–.

Saliendo del campo de la etnopsicología aplicada, es necesario abordar el valiosísimo aporte que han hecho disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la neurobiología o la psicofarmacología sobre el uso de enteógenos y estados expandidos de conciencia en contextos psicoterapéuticos plenamente occidentales. A mediados del siglo xx comenzaron a surgir estudios rigurosos por parte de algunos renombrados investigadores, quienes reconocieron tempranamente el potencial psicodinámico de los estados modificados de conciencia inducidos por estos psikedélicos⁹ y comenzaron un largo trayecto de investigación aplicada que pretendía comprender el funcionamiento de estas sustancias y su uso terapéutico para el tratamiento de trastornos psíquicos como la depresión, la dependencia, los desórdenes compulsivos, entre otros (Grof, 1980), logrando hallazgos significativos en el campo de la psicología clínica que fueron interrumpidos tempranamente por las políticas prohibicionistas que impidieron continuar las investigaciones científicas (Puente, 2017).

9. Término que podría traducirse como “manifestación de la mente” o “alma develada” (del griego *psique*=mente, alma; *delos*=manifestar, develar). Este concepto fue propuesto por el psiquiatra Humphrey Osmond para denominar aquellas sustancias capaces de inducir estados expandidos de conciencia. En el ámbito clínico y científico, el concepto de psikedélico está más aceptado que el concepto de enteógeno, por las posibles imprecisiones semánticas que acarrea la polivalente idea de divinidad, sin embargo, en muchos momentos se utilizan indistintamente uno y otro, o se consideran conceptos equivalentes.

A pesar de dicho prohibicionismo, algunos psicoterapeutas lograron publicar sus investigaciones sobre la aplicación clínica de los enteógenos, entre los que destacan Stanislav Grof y Salvador Roquet. El primero fue precursor de las terapias psiquedélicas y fundador de la psicología transpersonal (Grof, 1980, 2015); el segundo fundó la psicosisíntesis como modelo de terapia psicodinámica que bebía tanto de la psicología académica como de las medicinas tradicionales indígenas y de los sistemas chamánicos –principalmente de las comunidades de México–, haciendo uso de la mescalina y la psilocibina –alcaloides del cactus de peyote y de los hongos del género *PSILOCYBE*, respectivamente–, enteógenos que son usados por pueblos nativos para el tratamiento de diversas enfermedades, así como también de psiquedélicos sintéticos como LSD, MDA y ketamina, entre otros (Romero, 2005). Se creó también en esta misma línea lo que se conoce como “medicina psiquedélica”, término acuñado por Richard Yensen, quien ha realizado investigaciones e intervenciones clínicas haciendo uso del LSD y MDMA (éxtasis) durante las décadas del 1980 y 1990 (Yensen, 1998).

Es importante recalcar los aportes de las investigaciones contemporáneas del doctor James Fadiman (2017), quien ha desarrollado un método de tratamiento psicoterapéutico en el cual hace uso de microdosis de LSD y psilocibina para el tratamiento de desórdenes depresivos y obsesivo-compulsivos. Y cabe mencionar, además, que en la actualidad los estudios sobre las experiencias ocasionadas por los enteógenos como el LSD, la psilocibina, la ayahuasca, entre otros, se encuentran en un momento de auge académico que se ha conocido como el resurgimiento de la ciencia psiquedélica; asimismo, las investigaciones más recientes en el campo de la psicofarmacología y las neurociencias están arrojando importantes resultados sobre el potencial psicoterapéutico de los enteógenos para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumáticos, toxicomanía, entre otros (Grof, 2015; Yensen, 1998; Fadiman, 2017; Bouso, 2012; Winkelman, 2014).

A modo de conclusión

A través de su desarrollo como disciplina científica, hemos visto que la etnopsicología ha tenido diferentes enfoques teóricos y metodológicos que van desde el análisis de las Premisas Histórico-Socio-Culturales, como unidades de realidad que componen el carácter de un pueblo, hasta el estudio de la etnicidad y la identidad cultural como elementos fundamentales de la disciplina y la práctica etnopsicológica.

En la actualidad, la etnopsicología está sufriendo un cambio de orientación cuyo centro de estudio gira en torno a las concepciones sobre la mente que los diferentes pueblos construyen desde su marco cultural de referencia; así mismo, trata de abordar, desde un enfoque metodológico complementarista, interpretativo y constructivista, las diferentes formas de pensamiento que constituyen la base fundamental de cada cultura, y comprender aquellas estructuras (psíquicas y antropológicas) que son características comunes de la especie *Homo sapiens* por medio del estudio teórico y vivencial de las experiencias activadoras de estructuras.

Algunos de los principales temas de esta nueva concepción de la etnopsicología son los estados expandidos de conciencia, el consumo de enteógenos y su papel central en la dinámica biopsicosocial de los pueblos. Así pues, el objeto central de estudio para la etnopsicología, desde esta perspectiva, trasciende el abordaje de la personalidad y la conducta como fenómenos íntimamente ligados a premisas socioculturales y ecosistemas culturales-conductuales que pueden dilucidar los modos de ser y comportarse de un grupo de personas que comparten un territorio, una etnicidad o nacionalidad, tal y como lo propone Díaz-Guerrero. Trasciende, además, el análisis de las formas interculturales de autoadscripción y heteroadscripción que configuran el proceso de construcción identitaria y de etnicidad lúcidamente estudiados y demarcados por Aguirre-Baztán. La etnopsicología debe trazarse una meta más ambiciosa, pero no por ello inalcanzable, que diferencie

claramente su enfoque de disciplinas como la psicología social o la antropología psicológica.

En este sentido, la investigación etnopsicológica debe centrarse en la descripción, análisis, interpretación y comprensión de los diversos procesos y estados de conciencia en diferentes culturas, como ejes centrales para la construcción de estructuras simbólicas, formas de pensamiento y sistemas de conocimiento, que permita definir las categorías necesarias para la comprensión de la interrelación sistémica entre mente y cultura en diversos grupos sociales, abordando así temas como las experiencias activadoras de estructuras, las concepciones locales del funcionamiento psíquico, los estilos cognitivos, las clasificaciones de los fenómenos mentales, las formas de comprender el binomio salud/enfermedad, los métodos de intervención terapéutica y psicoterapéutica, los modos de integración psíquica y las construcciones del yo y de la persona en contextos culturales específicos, entre otros.

La etnopsicología es, ante todo, una cartografía cultural de la psique humana que se encarga de navegar los estados de conciencia y su relación con los sistemas simbólicos de una comunidad dada, y más concretamente, se encarga del estudio de las maneras en que los diversos pueblos (culturas, comunidades, grupos y movimientos sociales) construyen, ordenan y representan simbólicamente sus propios procesos mentales y estados de conciencia, sin dejar de lado los principios culturales en los cuales estos significados compartidos se elaboran.

La etnopsicología no sólo se encargaría del estudio de culturas ajenas a Occidente, sino que tiene un gran espectro de posibilidades dentro de la sociedad moderna occidental. Actualmente, los procesos de globalización inminentes han desdibujado las fronteras territoriales y étnicas, lo que ha producido una proliferación de fenómenos sociales ligados a las dinámicas de la identidad cultural, razón por la cual las prácticas de índole chamánico –como son la ingesta de enteógenos y el acceso a estados expandidos de conciencia dentro de marcos rituales específicos– han entrado en el terreno urbano industrializado y

generado procesos de choque, hibridación y reconfiguración cultural en ambas vías, y un ejemplo de ello es el desbordado uso de la ayahuasca en diferentes formas y estilos alrededor del mundo (Caicedo, 2017).

Este contexto global de intercambio, interacción, roces, fricciones, sinergias y demás formas de relacionamiento han permitido a la etnopsicología implementar procesos de intervención a nivel práctico que se han caracterizado por la integración de los enteógenos tradicionales en los espacios terapéuticos y psicoterapéuticos de la psicológica clínica occidental, brindando nuevas posibilidades y alternativas de curación y tratamiento para los diversos trastornos característicos del mundo occidental que tanto agobian a las personas y a las sociedades en general. El surgimiento de diferentes centros terapéuticos integrales y de etnopsicología aplicada, principalmente durante las últimas tres décadas, así como el resurgimiento de la ciencia y la psicoterapia psique-délicas, se perfilan como grandes posibilidades en el mundo moderno para el tratamiento de desórdenes mentales y trastornos psicósomáticos, así como para la atención a población vulnerable (habitantes en situación de calle, adictos, víctimas del conflicto, etc.) y otras intervenciones en problemáticas de índole psicosocial. Solo queda decir que aún hay mucho por esclarecer en esta disciplina que ha tenido cambios importantes a nivel epistemológico, metodológico y aplicado a lo largo de su corta historia, y que seguramente se seguirá transformando en los años que están por venir.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, A. (1994). *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría*. Marcombo.
- Aguirre, A. (2000). Demarcación de la psicología cultural. *Anuario de Psicología*, 31(4), 109-137. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8844>.
- Aguirre, A. (2015). La etnopsicología como identidad de los pueblos. *Revista Euroamericana de Antropología*, (0), 33-47. https://iiacyl.files.wordpress.com/2015/04/no_aguirre.pdf.

- Apud, I. (2017). Antropología, psicología y estados alterados de conciencia. Una revisión crítica desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Cultura y Droga*, 22(24), 34-58. [http://190.15.17.25/culturaydroga/downloads/Culturaydroga22\(24\)_03.pdf](http://190.15.17.25/culturaydroga/downloads/Culturaydroga22(24)_03.pdf).
- Bourguignon, E. (1973). *Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*. University Press.
- Bouso, J. C. (2012). La globalización de las plantas psicoactivas de uso tradicional. *Revista Cultura y Droga*, 17(19), 337-348. [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga17\(19\)_14.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga17(19)_14.pdf).
- Caicedo, A. (2017). *La alteridad radical que cura. Neochamanimos yajeceros en Colombia*. Ediciones Uniandes.
- Costa, J. P. (2003). *Los chamanes ayer y hoy*. Siglo XXI Editores.
- Díaz-Guerrero, R. (1991). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1995). Una aproximación científica a la etnopsicología. *Revista Latinoamericana de psicología*, 27(3), 359-389. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80527301.pdf>.
- Fadiman, J. (2017). *Guía del explorador psicodélico: cómo realizar viajes sagrados de modo seguro y terapéutico*. Gaia.
- Fericgla, J. M. (1993) ¿Alucinógenos o adaptógenos inespecíficos? Propuesta teórica para una innovación del estudio de los mecanismos cognitivos de adaptación cultural. *Revista de Antropología Social*, 2, 167-183. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO9393110167A>.
- Fericgla, J. M. (1994). *El hongo y la génesis de las culturas*. Los Libros de la Liebre de Marzo.
- Fericgla, J. M. (1997). *Al trashuz de la Ayahuasca. Antropología cognitiva, oniromancias y consciencias alternativas*. Libros de la Liebre de Marzo.
- Fericgla, J. M. (1999). El peso central de los enteógenos en la dinámica cultural. *Maguaré*, 14, 239-263. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/11143>.
- Fericgla, J. M. (2000). *Los chamanismos a revisión. De la vía del éxtasis a Internet*. Kairós.
- Fericgla, J. M. (2003). Experiencias activadoras de estructuras en el desarrollo individual y de las sociedades. *Revista Cultura y Droga*, 8(10), 19-42. http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga10_02.pdf.
- Fericgla, J. M. (2003). Etnopsicología: Experiencias activadoras de estructuras en el desarrollo individual y de las sociedades. En J. Romero y R. Vásquez (eds.), *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en psicología contemporánea* (págs. 515-535). Kairós.

- Fericgla, J. M. (2018). *Ayahuasca. La realidad detrás de la realidad. Sus usos en psicoterapia y en el cultivo del mundo interior*. Kairós.
- Fernández, X. (2003). Estados modificados de consciencia con enteógenos en el tratamiento de las drogodependencias. *Revista de Etnopsicología*, 2, 33-45. http://www.neip.info/upd_blob/0000/375.pdf
- Fernández, X. y Fábregas, J. M. (2013). Experiencia de un tratamiento con ayahuasca para las drogodependencias en la Amazonía brasileña. En B. Labate y J. C. Bouso, (eds.), *Ayahuasca y salud*, (392-423). Libros de La Liebre de Marzo.
- Grof, S. (1980). Dominios del inconsciente humano: Observaciones a partir de la investigación con LSD. En R. Walsh y F. Vaughan (eds.), *Más allá del ego. Textos de psicología transpersonal* (págs. 127-145). Kairós.
- Grof, S. (2015). *La psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia*. Libros de La Liebre de Marzo.
- Kerseviciute, A. (2016). *Therapeutic Potential of Consciousness Modifying Substances in the Rehabilitation of Drug Addicts, or the Challenge to the Newtonian-Cartesian Health Paradigm. A Case on Takiwasi Drug Addiction Rehabilitation Centre in Tarapoto, Perú* [tesis de licenciatura, Universidad de Aberdeen, Escocia]. https://www.takiwasi.com/docs/arti_ing/thesis-kerseviciute.pdf.
- Mabit, J. y González, J. (2013). Hacia una medicina transcultural: reflexiones y propuestas a partir de la experiencia en Takiwasi. *Journal of Transpersonal Research*, 5(2), 49-76. <http://transpersonaljournal.ati-transpersonal.org/enter/es/component/edocman/jtr-all-root-es/vol-jtr-2013-5-2/vol-jtr-2013-5-2-ciencias-sociales/jtr-2013-5-2-jacques-mabit.html>.
- Mabit, J., Giove, R. y Vega, J. (1996). Takiwasi: The Use of Amazonian Shamanism to Rehabilitate Drug Addicts. En W. Andritzky (ed.), *Yearbook of Cross-Cultural Medicine and Psychotherapy* (págs. 257-285). International Institute of Cross-Cultural Therapy Research.
- Puente, I. (2017). *Investigación y psicoterapia psicodélica. Pasado, presente y futuro*. Libros de La Liebre de Marzo.
- Romero, J. L. (2005). De la psicosis a la medicina psiquedélica. En J. Romero y R. Vásquez (eds.), *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en psicología contemporánea* (págs. 536-565). Kairós.
- Rodríguez, J. M. y Quirce, B. (2016). Las plantas y los hongos alucinógenos: reflexiones preliminares sobre su rol en la evolución humana. *Revista Reflexiones*, 91(2), 9-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72923962001>
- Rubia, F. J. (2003). *La conexión divina. La experiencia mística y la neurobiología*. Crítica.
- Turner, V. (1999). *La selva de los símbolos*. Siglo XXI Editores.

- Wasson, R. G., Hofmann, A. y Ruck, C. (2013). *El camino a Eleusis. Una solución al enigma de los misterios*. Fondo de Cultura Económica.
- Winkelman, M. (2013). Shamanic Cosmology as an Evolutionary Neurocognitive Epistemology. *International Journal of Transpersonal Studies*, 32(1), 79-99. <https://digitalcommons.ciis.edu/ijts-transpersonalstudies/vol32/iss1/9/>.
- Winkelman, M. (2014). Psychedelics as Medicines for Substance Abuse Rehabilitation: Evaluating Treatments with LSD, Peyote, Ibogaine and Ayahuasca. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(2), 1-16. <https://www.eurekaselect.com/127456/article>.
- Yensen, R. (1998). *Hacia una medicina psiquedélica. Reflexiones sobre el uso de enteógenos en psicoterapia*. La Liebre de Marzo.

La voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958

Eliana Jiménez Marín¹

Introducción

Abordar la locura en la historia remite a la psiquiatría como disciplina en la cual están ubicados los saberes referentes al diagnóstico, contención y manejo de seres humanos desviados de los cuales se desconocía el origen de su extraña condición. En el contexto actual se pueden encontrar producciones que sugieren que la locura se instauró como un imaginario social de lo inexplicable en un momento en que el desarrollo político, económico y social se encontraba en un auge de progresismo en la región.

Saberes de las ciencias psi, en especial la psiquiatría, han estudiado el fenómeno de la locura; esta disciplina tiene un piso epistémico

1. Psicóloga, Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO). Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Correo: jimenezmarineliana@gmail.com.

fuerte que describe al enfermo mental y su patología, las lógicas manicomiales, terapéuticas ejercidas para lograr la cura y todo un entramado histórico que da cuenta de la constitución del individuo alienado. De una manera menos visible, se cuenta otra versión, aquella surgida desde abajo, escrita de puño y letra por quien padeció la exclusión y la enfermedad.

Las noticias del paciente se conocen desde el discurso médico, de manera restringida, su voz se escucha en el registro de ingreso a través del delirio como estrategia médica en la recolección de información para establecer un diagnóstico; pero, aparte de esta versión, existen unas letras que son producción escrita acerca de experiencias que atravesaron el afecto de los pacientes internados en el Manicomio Departamental de Antioquia, estos escritos narran la condición subjetiva durante el internamiento de estos sujetos asilados.

Estos documentos encontrados que datan del siglo xx señalan todo aquello que tocó la afectividad del paciente internado, relaciones con personas de la misma institución, relaciones familiares, percepciones del internamiento, e incluso, pueden leerse entre líneas palabras que sugieren que algunos pacientes sufrieron durante su estadía en esta institución; tal como lo menciona Goffman (2001, pág. 31), el ingreso a una institución total es un proceso por el cual el paciente padece una disminución de su yo y una serie de agravios por parte de aquellos encargados de reconducir al enfermo a una vida normal, por lo tanto, la estancia y el trato dispensado por profesionales y demás trabajadores es de una u otra manera una experiencia dolorosa.

La locura como construcción social que amenazaba la moral se fue transformando en un imaginario de la exclusión –lo diferente, lo peligroso, un tema inexplicable que era necesario apartar del ámbito social con el fin de mantener el orden público, la salud y la tranquilidad de los habitantes del Departamento, en este caso–. El internamiento empieza, así, a gestarse como una idea avanzada desde tres puntos de vista: primero, el enfermo podría recibir tratamiento para una curación de un

mal hasta el momento desconocido; segundo, al estar el enfermo internado se conservaba el orden social y sanitario por el cual se apostaba en ese momento de ordenamiento y desarrollo territorial y; por último, la tranquilidad de la población. Esto significa un acoplamiento importante entre la concepción de enfermedad, el encierro y la limpieza social:

El modelo del “orden psiquiátrico” implicaba, entre otras cosas, entender el manicomio no tanto como un espacio de observación clínica y de producción de conocimiento, sino como el instrumento indispensable de una amplia estrategia de disciplinamiento y regulación social. Se propone así, un desplazamiento desde el saber hacia el poder (Huertas, 2015, pág. 51).

El conocimiento y la mitificación de la locura en el siglo xx, sus primeras teorizaciones, los primeros alienistas y la naciente psiquiatría reconstruyen las prácticas de esta disciplina que llegaron a ejercerse en Antioquia con base en una ciencia “traída” de otros contextos, aplicada por los primeros médicos con escasa formación en un campo psiquiátrico y una marcada crítica desde su mismo nacimiento.

Barrios (2013), en su trabajo sobre la locura y sus maneras de nombrarla a finales del siglo xix hace una mención acerca de la psiquiatría practicada en el contexto antioqueño afirmando que “se encuentra un eclecticismo de las clasificaciones, en el que entran en juego aspectos morales, clasificaciones extranjeras y aspectos personales de la formación de cada médico que intenta definir los cuadros clínicos” (pág. 6). La psiquiatría se posicionó en un lugar hegemónico en el siglo xx en Antioquia, pese a sus prácticas científicas cuestionadas desde el mismo internamiento por los pacientes.

Es importante señalar que, a medida que se intenta hacer un recorrido histórico de la enfermedad mental, habitualmente se nombra la disciplina psiquiátrica como aquel acervo epistemológico experto en detallar la psicopatología clásica; sin embargo, el lugar del sujeto alienado se convierte en el lugar del silencio, obviando la importancia de ceder la palabra a aquellos que vivieron la historia en carne propia.

Posicionar el decir del paciente es trascendental para comprender su estado afectivo, tal como lo menciona Villasante (2018):

Entender el trastorno mental desde la perspectiva del paciente implica descen-
trar el lugar de la enunciación: es decir, bordear el discurso del experto (del
médico, del psicólogo, etc.) y tener en cuenta el formulado, el enunciado, desde
una ubicación, un lugar, subalterno: el del loco y la loca, poseedores de un saber
y una verdad diferente, los de su propia experiencia. (pág. 10).

Tal como lo menciona Porter (1989), “los escritos de los locos pue-
den leerse, no sólo como síntomas de enfermedades o síndromes, sino
como comunicaciones coherentes por derecho propio” (pág. 12). Según
los hallazgos de los escritos personales de los pacientes asilados del
siglo xx en Antioquia, algunos de estos documentos no tuvieron un
tránsito libre. Según Vanegas (2015, pág. 36), se sospecha de la censu-
ra de las comunicaciones de los alienados, las cuales reposan junto a
las historias clínicas y algunas de ellas desmembradas de éstas (hecho
último observado en el rastreo de esta investigación).

Censura de la comunicación

En los escritos de personas asiladas se encuentra “una queja constante
de prácticamente todas las autobiografías de pacientes a partir del si-
glo xix se refiere a la barrera que impide comunicarse” (Porter, 1989,
pág. 51). Una de las tantas razones por las cuales se le negaba la sufi-
ciente significación a la palabra de los sujetos alienados se debió a que
“después de todo, a lo largo de los siglos, los escritos de los locos se han
quejado con amargura de las barreras y defensas que levantaban los
médicos y que frustraban sus intentos de comunicarse” (Porter, 1989,
pág. 56). Paradójicamente, los escritos de sujetos asilados han sido res-
catados en los últimos años con el objetivo de conocer los afectos que
atravesaron al paciente psiquiátrico y develar las condiciones institu-
cionales a las que estuvieron sometidos.

La censura en las comunicaciones es un acto visible en las investigaciones de este campo; que las misivas hayan permanecido hasta la actualidad entre las historias clínicas constata que no tuvieron un destinatario, un receptor que les diera la significación que los internos buscaban. La censura de las cartas estuvo tal vez relacionada con temas del tratamiento de los pacientes en la institución asilar:

No cabe duda que, amparándose en la protección del paciente, los responsables de las instituciones, autorizados a leer la correspondencia, ejercían una censura. A los directores y médicos no les convenía que se filtrara al exterior del establecimiento información sobre las malas condiciones de habitabilidad, la comida o el trato del personal, quejas comunes en el material epistolar. Esta arbitraria decisión ha permitido que numerosas cartas permanezcan en archivos de establecimientos psiquiátricos de diferentes latitudes, de modo que, actualmente, se estén utilizando como valiosos documentos clínicos para conocer la vida cotidiana de dichas instituciones y las experiencias subjetivas de los enfermos mentales. (Villasante, 2018, pág. 773).

No existió una observación que estuviera más allá de la patología, tal como lo menciona Porter (1989), “el habla de los locos, por consiguiente, no era más que una reacción refleja a alguno de tales trastornos, como el ruido que indica que el coche sufre una avería” (pág. 53). La insania quitó la oportunidad de una comunicación coherente entre paciente-médico-familia, hecho que alejó al sujeto enfermo de la posibilidad de que se le tuviera en cuenta su capacidad de comunicar aquello que suscitó su experiencia subjetiva durante el impase psicopatológico.

Aquel prejuicio de la “avería” psíquica del paciente estuvo fundado desde el discurso psiquiátrico clásico, se “tendía a sofocar a los locos en otro sentido, un sentido más sutil: partiendo del supuesto de que, de todos modos, lo que podían decir no tenía sentido” (Porter, 1989, pág. 52). La palabra del insano estaba permeada por el trastorno, no podía vehiculizar aspectos que develaran el sufrimiento psicológico; la institucionalidad manicomial restó importancia a lo que el loco deseaba comunicar al percibirlo como un acervo del sinsentido, del cual no

podía sacarse ganancia alguna puesto que “la locura es un país extranjero” (pág. 21) en el cual se habló una lengua con un contenido ajeno al que se atribuyó y que solo el discurso psiquiátrico podía entender.

Pérdida de identidad, pertenencias y patrimonio

La tarea de los antiguos manicomios frente a la llegada de un nuevo paciente tuvo el objetivo de lograr un borramiento de la identidad del sujeto y todo aquello accesorio que le diera sostén “(...) probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia, así como de los instrumentos y servicios con los que la mantiene, y que sufra así una desfiguración personal” (Goffman, 2001, pág. 32). El sentimiento de desposesión del yo y de todo aquello que representa esa construcción, el custodiar las pertenencias y volverse uno más en la masa de alienados, es una experiencia compartida en las diferentes instituciones donde se trata de reconducir el paciente a la normalidad.

Al llegar al contexto manicomial, el sujeto se encuentra con una serie de disposiciones que es imprescindible cumplir para convertirse en un miembro institucional, el sujeto sufre una especie de desposeimiento de su ser y, con ello, las pertenencias como una extensión de su yo:

El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan (...) Comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. (Goffman, 2001, pág. 27).

De la misma manera, las pertenencias personales son arrebatadas y puestas en custodia, en un lugar en que el interno no tiene contacto con ellas:

Empero, al ingresar en una institución total, probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia, así como de los instrumentos y servicios con los

que la mantiene, y que sufra así una desfiguración personal. Ropa, peines, hilo y aguja, cosméticos, toallas, jabón, máquinas de afeitar, elementos de baño – todo esto puede serle arrebatado o negado, aunque algo acaso se conserve en un depósito inaccesible, con el propósito de restituirselo cuando salga, si sale–. (Goffman, 2001, pág. 32).

En las cartas rastreadas del Manicomio Departamental se pueden hallar quejas relacionadas con la pérdida de las pertenencias personales y el vestuario; así lo narra G.E.U en algunas de sus comunicaciones que datan de los años 1952 y 1956, dirigidas al Doctor Furó y a la señora C.E.U: “(...) mi primera ropa se la dejaron comer a la polilla con valija y todo y ahora que soy huérfano se me ha robado mucha ropa, y ya no tengo sino hilachas y cobrando por el arreglo mensual” (Historia clínica 4133).

Goffman también menciona el término de muerte civil para referirse a “(...) una pérdida temporal de los derechos a testar dinero y girar cheques, a litigar procedimientos de divorcio o adopción, y a votar, sino que, además, pueden sufrir la anulación permanente de algunos de ellos” (pág. 27). De hecho, en sus cartas, el paciente G.E.U hace alusión a su capacidad de administrar su patrimonio y dinero:

Como les digo ya casi se me acaba mi platica y aquí preso no tengo forma de conseguir más, pero me queda la satisfacción de que la gasto, para no alcahuetearle a los cueras y gobierno, Hermanas, las fantásticas creencias y las enseñanzas, tan contrarias a las nuestras (...) Y yo con mi libertad y lo que me debe, podré iniciarme en cualquier negocio que pueda manejarlo (...) les agradecería mandaran el dinero que se gasta en cigarrillos, leche, y arreglo de ropa en mi persona mensualmente. (Historia clínica 4133).

Otros pacientes del Manicomio Departamental también expresan en sus misivas la preocupación por el dinero y pertenencias: “El Padre González, padre espiritual me tiene unos pesitos que tengo destinados a que me ayude a encontrar a un convento y de (*sic*) no lo dejo a la iglesia” (Historia clínica 8142).

La paciente N.N.S en sus cartas al doctor Henao Posada manifiesta preocupación por sus pertenencias y la pérdida de custodia de sus hijos:

(...) cumplí lo prometido usted se quedó de tutor de mis hijos y ellos son en poder del canalla de Salazar (...) Favor enviarme los cheques pues aquí los guardaré. Poco tengo pero puede cobrar de mis muebles el valor de su acto de Amistad a Judas Iscariote su hermano de fe negra. (Historia clínica 7548).

Cuestionamiento del abuso del poder psiquiátrico

Existen argumentos que subyacen entre los textos producidos por los pacientes, poseen un nexo trascendental con el vínculo, esto es, las relaciones entre médicos y pacientes en el manicomio. Ambas posturas (la del loco y del personal facultativo) tienen una mirada compleja frente a lo que suscita la persona del médico y del paciente. Empieza de esa manera a gestarse un concepto particular frente al rol que desempeña el enfermo mental en el internamiento; pero esta dinámica no se produce solo en la subjetividad del paciente, en el personal médico se genera de manera similar una versión frente al paciente internado: “el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza; los internos suelen considerar al personal petulante, despótico y mezquino” (Goffman, 2001, pág. 21).

En los archivos del Manicomio Departamental puede rastrearse el concepto que los pacientes tienen frente a la figura de los médicos y el poder ejercido sobre ellos y en la institución. Sin embargo, esta relación no es recíproca, las comunicaciones escritas a los médicos por parte de los pacientes tenían el objetivo de “manifestar su descontento por las condiciones de vida en el manicomio o con la intención de convencer al facultativo de lo injusto e impropio de su ingreso” (Villasante, 2018, pág. 30). Según lo observado en las historias clínicas del Manicomio Departamental, estos documentos no fueron tenidos en cuenta a la hora de reconocer el malestar de los pacientes internados y tampoco lograron convencer al médico de la intransigencia que

conllevaba el internamiento por largos períodos de tiempo. Algunas cartas son verdaderas súplicas y otras son comunicaciones mordaces que tienen insistentes pedidos de libertad y fuertes cuestionamientos a los excesos del poder médico:

Usted mismo ha dicho que no es teniéndome encerrado como verdaderamente si mi fuerza de voluntad se sobrepondrá al vicio o enfermedad que hasta hoy me ha aquejado, por lo tanto, Doctor, espero y solicito de la manera más encarecida me dé una entrevista personal y privada en el curso del día del hoy para hablar asuntos tan importantes para mí, como son mi libertad y la del acercamiento a mi familia. (Historia clínica 7694).

Otros pacientes cuestionan fuertemente el rol de los médicos en relación con los criterios establecidos para dictaminar la locura en los pacientes, así lo expresa N.N.S:

Señores que sois Doctores, o así osáis creer,
Examinad la mente deste pobre paciente
En verdad de Dios mujer, pero al dictaminar locura
Quedareis sin vuestra cordura, así lo aseguro yo.
El del chok: se llamará Caradura
El del voluminoso estómago el Cabaret.
El viejo por anciano ni Uribe se llamará.
Porque en verdad de Dios Nadie me hará callar.
Pero se esto los ofende deseo pedir perdón
Porque aquí encerrado tengo ya sus condenaciones
Los conozco por teléfono, y por Dios revelación.
Hoy los canto yo en verso mañana sabrá el Señor. (Historia clínica 7548).

En otras de las cartas del paciente G.E.U puede leerse el constante interrogatorio no solo por su suerte en el Manicomio, sino el cuestionamiento al poder psiquiátrico desde posturas sociológicas, filosóficas, políticas y religiosas para pedir libertad y justicia, así lo expresa en diferentes de sus comunicaciones, especialmente en la dirigida al doctor Furó en 1956:

[...] Dígame respetado Dr. ¿No será ocioso en los señores que han dirigido este lugar, detener un hombre tantos años, mintiendo al código de moral médica, cívica y cristiana, para ostentarle una historia nueva a la patria, a base de una leyenda fugitiva?

[...] Pero es que solo en la cabeza de los que han dirigido este lugar, se les haya ocurrido aceptar a un hombre que ha gozado de una salud admirable, psíquica y somática para reducirlo a este calvario de tormentos y a esta logomaquia de orates, para ostentar la sociología y estructuración colombiana...

[...] abusan de un individuo a eso profesos, yo porque haya perdido sus padres, los que le prestaban toda clase de servicios, y no puede justificarse, identificarse y que le sea reconocido su personalidad y su lugar de oriundez. Tenerlo como en un barco pirata, no dedicado a muy claros menesteres de transporte, considerarlo como un fardo molesto y en parte alguna sea aceptado por no tener existencia legal, sostenerlo indigestado, con una mala correspondencia oficial, para un hombre ya viejo de 59 años y de un organismo ya débil ¿Esto se llamará justicia, para quienes la han administrado en nombre de Dios y la patria, por autoridad de la ley? (Historia clínica 4133).

En una carta a su hermana en 1956, el paciente G.E.U denuncia el abuso de su detención por parte del personal médico:

Así es pues que 19 años de deterioro arbitrario, en este lugar, y con la egocentricidad y falso enseñamiento, no son para ostentar una victoria moral, sino una traición a la patria y a la civilización. Que no les queda más camino, que declarar la verdad, se han extralimitado en la detención y han desvirtuado la justicia, invertido la verdad deformando historia, apayasando la virtud, y han vivido de ensayos queriendo triunfar con una mentira, lavándose las manos como Pilatos. (Historia clínica 4133).

Así, la dinámica transferencial entre médicos y pacientes era compleja, tal como lo plantea Goffman (2001), pues “la movilidad social entre ambos estratos es sumamente restringida: la distancia social, grande casi siempre, está a menudo formalmente prescripta” (pág. 21). Son relaciones que se perciben en un límite, algunas veces son neutras y en otros momentos agresivas, con pedidos constantes por la

reivindicación de la vida perdida. Las respuestas del médico son escasas, el paciente está en una constante espera sobre las noticias de su propia vida, constantemente calladas por el personal facultativo.

El poder psiquiátrico, como estrategia de control de la enfermedad, surge en el Manicomio como un engranaje en el cual cada parte de la dinámica asilar constituye un todo de poder dentro de estos espacios destinados a la locura. La persona del médico cobra un papel relevante dentro del conducto de autoridad que se ejerce en el asilo como forma de disciplinamiento de los organismos desviados:

imperera ante todo y simplemente un orden, en el sencillo sentido de una regulación perpetua y permanente de los tiempos, las actividades, los gestos; un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios (...) los cuerpos sólo son superficies que es preciso atravesar (...) de modo que los cuerpos sean parasitados y atravesados por él. (Foucault, 2007, pág. 16).

El orden establecido en el contexto manicomial es una cadena de mando que se ejerce bajo diferentes figuras con la finalidad de llevar a cabo un proceso de curación de quienes están internados: “El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc.” (Foucault, 2007, pág. 19).

El equipo de trabajo del Manicomio Departamental cumplió una función primordial de vigilancia en los pacientes; algunos asumieron oficios directos frente al manejo, tratamiento y control de los internados, fueron una cadena de mando en la cual estaban distribuidas diferentes funciones de acuerdo con su instrucción técnica y labores asignadas de mandos superiores (Reglamento Manicomio Departamental, 1915): “el hospital cura porque es una máquina panóptica (...) Se trata, en efecto, de una máquina de ejercer el poder, inducir, distribuir, aplicar el poder (...)” (2007, págs. 124-125). Todo este engranaje de funciones para el mantenimiento del orden, es llamado por Foucault

una máquina de curar, llevada a cabo por una cadena de mando que permite mantener el control y el orden de las instituciones encargadas de reconducir al enfermo mental a la salud psíquica.

Denuncias de maltrato

En las cartas del Manicomio Departamental emerge entre el discurso de los pacientes un argumento en común, sienten que su cuerpo y subjetividad están sometidos al maltrato del personal médico. El manicomio como lugar de la locura se visionó como la panacea contenedora de lo poco deseado en la sociedad; sin embargo:

esas intenciones se desmoronaron cuando el mismo funcionamiento de las prácticas médicas allí aplicadas y las condiciones de salubridad de los hospicios, fueron develadas por los medios informativos, que al dar cuenta de la vida interna de los manicomios, modificaron la contemplación hacia el lugar de la cura, así como también expusieron algunas de sus intenciones. (Herrera, 2015, pág. 28).

Estas intenciones se vieron develadas a partir de denuncias de familiares de los pacientes y las correspondencias de estos. Tal fue la magnitud del abuso que se llegó a percibir por la comunidad, que en el periódico *El Colombiano* del jueves 6 de septiembre de 1934 se hace una fuerte acusación frente al maltrato que recibió una paciente por parte del personal del Manicomio:

Al suscrito le consta la falta de caridad y de humanitarismo para con muchos asilados y especialmente en la persona de una cuñada que hoy tiene la desventura de estar en aquel establecimiento. Su único desvío consiste en su constante habladera, pero sin excitaciones ni actos violentos contra las cosas ni las personas. Prueba de ello es que el suscrito fue a reclamarla para librarla de sus tormentos, y no quisieron entregarla, probablemente para prolongar su pensionado y tener mejores beneficios para los intereses oficiales. En nuestro desconcierto de no saber cuál sea la autoridad correspondiente para dar nuestra queja, la hacemos ante el público, listos a responder a la llamada oficial que se nos

haga, ya que tenemos pruebas de sobra para confirmar la exactitud de nuestras afirmaciones. Debería establecerse en el manicomio una vigilancia especial, que estuviese alerta con los empleados y empleadas que abusan de la ausencia de sus superiores, para cometer sus actos de inhumanidad con los infortunados que allí van a dar. Que el tratamiento sea científico y no a golpes, con más tolerancia y más piedad, para que la restauración de los enfermos sea más rápida y segura, libre de palizas y de malos tratamientos. (pág. 2).

En este sentido, el paciente G.E.U en sus cartas expone su punto de vista frente al abuso cometido por los médicos y trabajadores que laboraban allí:

Entumecidos sus miembros por las cadenas, debilitadas sus vistas por las sombras de las mazmorras, aniquilados por las pestilencias serviles; ¿podrán marchar con paso firme hacia el augusto templo de la libertad? (...) si no acertáis repito la esclavitud será el término de nuestra transformación (...) ¿Cuál es pues el estudio de la historia? ¿Si se han violado los derechos consagrados en la constitución hasta para tiempos de guerra y aun aquellos otros consagrados para todo tiempo, como una defensa a la persona humana, contra la barbarie y el abuso de la fuerza? (...) La instrucción judicial debe excluir la tortura física y psíquica y el narcoanálisis, ante todo porque lesiona un derecho natural, aun cuando el acusado sea realmente culpable. (Reglas en que fundaba el derecho SS Pio XIII) (...) Así es pues Doctor, juro que esto no tiene más que estudiarlo, sino que es un abuso de marca mayor y estoy hondamente perjudicado, por todos los aspectos espiritual y moralmente y sin la verdad y mi libertad, no puedo tranquilizar mi espíritu, porque de allí se deriva mi arreglo.

(...) abandonaron las ideas para establecer una seudo mística sin fundamentos cristianos ni principios científicos; porque moral cristiana y todo sometido al libre juego del poder, todo sometido a un común denominador. Pues soy un hombre de 60 años 5 meses y mi salud es buena, pero la voy a perder porque el régimen dictatorial y despótico de algunos guardianes, es considerarme como la peor basura, y esos beneficios, que no corresponden a la ética social y que por medio de la revolución de [ilegible] de la pensión o fermentos dañinos, en vez de sostener salud y energías, me atrofian el organismo. (Historia clínica 4133).

Relaciones familiares y abandono

Las relaciones del paciente asilado con su familia tienen un nombramiento constante en las cartas, que suscitan una posición ambivalente de amor, odio y reclamos constantes que pueden encontrarse en estas comunicaciones; con regularidad se pide un auxilio desesperado para encontrar la libertad a padres, hermanos, esposo(a), hijos, etc. El juicio de la familia para percibir las conductas anormales fue una postura común en el contexto manicomial del siglo xx, tal como lo plantea Gutiérrez (2018): “En el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, mediante el análisis cualitativo del historial de los pacientes, se pudo establecer que en su mayoría los enfermos eran enviados por sus propias familias” (págs. 108-109).

Al respecto, en el Manicomio Departamental el paciente A.M.V escribe sobre su insatisfacción frente al olvido de su familia en aquella institución:

El motivo de la presente se debe a que, y aún a pesar suyo, a los dos meses de estar en este sanatorio, mi familia no se ha dignado primero de venir hacer una tan obligante visita como a mi caso se refiere, pues yo creo que un padre que manda a un hijo a un lugar de estos queda con la obligación implícita de velar por la salud por sus más sutiles necesidades y visitando aunque sea para hacerle creer que no está en una correccional sino en una clínica donde se le mandó en vías de curación y no de corrección (...) Doctor, espero y solicito de la manera más encarecida me dé una entrevista personal y privada en el curso del día de hoy para hablar asuntos tan importantes para mí, como son mi libertad y la del acercamiento a mi familia, aunque si ellos se mostraran muy reacios estoy dispuesto a prescindir de ella pues con su comportamiento me han demostrado hasta la saciedad que una vez más han hecho uso de sus influencias para castigarme de una manera intimidante y casi inhumana. (Historia clínica 7694).

Asimismo, en 1950 G.E.U escribe una carta expresando la extrañeza frente al silencio de sus padres:

Como este silencio ya va tan largo, 2 meses sin saber nada de Uds y considerando el estado de salud de mi padre y tuyo, creo que mi padre ya es muerto y que

tú por las muchas faenas, por tus muchas penas y amarguras y tu delicada salud, no me lo has comunicado, pues así lo creo yo y no te culpo, y que a mi padre Dios N.S lo tenga en eterno descanso (...) Me pesa en el alma el haberme venido del lado de Uds. sin esperarle el fin a mi Padre y haber arreglado mis asuntos como los pensé, darle poder a un abogado titulado, para que me cobrara mis perjuicios. (Historia clínica 4133).

Este mismo paciente escribe nuevamente, en 1950, una carta para sus padres y hermanos:

¿De qué les sirve a Uds. que me hayan mandado abrigos, ropas y otros objetos? ¿Esto es lo que yo les derivo, como patrimonio, herencia atávica y tradición cristiana? El haberme mandado estas cosas fue como desprenderse de mí para siempre, una carta fingiendo dolor y amargura, ¿y una lista de cosas y mucho papel para escribirles, que me contestarían inmediatamente, y que esto fue un designio de Dios, que lo dispuso conveniente para nuestra salvación? (...) Así me creo ya sin padres, sin hermanos, sin familia, como en un lugar ignorado y desconocido por la historia y rodeado de las barreras de la ignorancia, y defendiendo religión y riquezas como lo cantan aquí, pero ¿con qué bienes? (...) deseo mi libertad con el fin de ganarme el pan, por medio de mi trabajo honrado y como Dios me ayude (...) Ni el gobierno tiene derecho de sostenerme esclavo y sometido al [ilegible] y ni Uds. mis padres y hermanos el gastar dinero en pensión; que gastan los de los sillares, los que desean jubilarse y orgullecerse de la buena ciencia, religión, riqueza y ley, derroche de técnica y opulencia de proceder (...) Me despido de Uds. para siempre y les doy mis más expresivos agradecimientos, por haber sido Uds. mis genitores y el sacrificio que hicieron por mí, en mi niñez y juventud y hoy ya viejo y sufrido, desean dejarme preso, para secundar la traición y condenar la verdad, que Dios les de paz y tranquilidad y una piadosa muerte y la bienaventuranza en el Cielo. (Historia clínica 4133).

Por esta misma línea, en 1956 G.E.U escribe a su hermana C.E.U de E. las siguientes palabras:

Dirijo a usted estas sílabas para darle cuenta siquiera en parte, de la satisfacción que existe aquí en la camarilla de Escritas, Fariseos Hipócritas, complacidos en sostener la esclavitud y en explotar el derecho ajeno, como de la extrañe-

za que me causa la tranquilidad de ustedes, mis hermanos, que quizás estarán confiados, en la lealtad, justicia y honradez, de quienes aquí servidos, por interpuestas personas, hacen las veces, de autoridad y gobierno (...) Para que les comuniqués, que ya es más que justo, el demandar mi detención, para que se me de mi libertad incondicional (...) Para terminar esta perorata, te diré que esta es una vida de tinieblas, que nada se de Uds y mis familiares, que solo porque un amigo alienado, de otro patio me presta la prensa, me he impuesto de los que han muerto.

De igual modo, en Zuleta y Mora (1993) se transcribió una carta del 8 de mayo de 1906 en la cual un paciente del Manicomio Departamental expone que fue conducido de manera arbitraria al establecimiento asilar y enuncia varios puntos entre los cuales hace alusión a algunas críticas que conllevan entender que fue conducido a este establecimiento por influencia de su padre, decisión con la que el joven no estuvo de acuerdo:

Por orden de mi padre el Señor (...) y contra todo derecho, justicia y razón fui conducido al manicomio de esta ciudad desde el día 6 de abril pasado (...) soy hijo legítimamente emancipado, pues tengo 26 años y por lo mismo estoy fuera de la patria potestad (...) De buena fuente he sabido que el actual Secretario de Gobierno, a quien tengo la honra de dirigirme, ha manifestado el pensamiento de poner fin a la corruptela hasta hoy establecida por algunos padres de familia de enviar a sus hijos a quienes deberían corregir de otra manera antes de dar un paso tan cruel, con el cual se consigue únicamente romper el afecto filial, corromperse el corazón y matar la idea de enmienda futura. (pág. 65).

El manicomio como prisión y castigo

En los relatos de las cartas de los pacientes confluye un argumento que es común observar en las narrativas: la percepción de sentirse prisionero y estar pagando una condena. Es un sentimiento constante de amenaza y alejamiento del mundo exterior, y de sufrimiento de todo tipo de vejaciones y privaciones. En las cartas se encuentran este tipo de aseveraciones en las que el interno siente estar perdiendo toda su

vida en un lugar que no le es propio, un lugar donde se está pagando una condena por ser considerado loco en su círculo social.

En el archivo del Manicomio Departamental pueden rastrearse algunas cartas del paciente G.E.U (Historia clínica 4133) en las que manifiesta una profunda inconformidad, percibe el internamiento médico como un castigo y no como una terapéutica con miras a la curación, siente el distanciamiento del mundo exterior y el alejamiento de sus allegados y familiares como una traición. Este paciente en sus cartas dirigidas a sus médicos, sus padres, sus hermanos y su amiga, menciona constantemente que su internamiento médico es una prisión y un cautiverio. En una carta a su padre, el señor R.E., lo manifiesta de la siguiente manera:

Por estas razones, si Uds. cuentan con mucho dinero, para tenerme recluso en este cautiverio, en medio de tantas bestias y expectros (*sic*) de hombres degenerados, si Uds. se preocupan un poco por mi suerte. Yo les agradecería hicieran algún deber intercediendo ante dicho Sr. Alcalde, y remitirme \$200-22 m/c para demorarme aquí en Medellín. (Historia clínica 4133).

El mismo paciente, en correspondencia dirigida al médico Furó, también manifiesta el mismo descontento:

El arresto de las personas no debe obedecer al capricho, sino debe respetar las normas jurídicas. No es admisible que aun el ser detenido arbitrariamente y desaparecer sin más en una prisión. Solamente puede ser castigado el que es culpable y responsable ante una autoridad superior. (Historia clínica 4133).

En correspondencias dirigidas a sus padres y hermanos también expone una narración desesperada en la que cuestiona el mal proceder de su familia al tenerlo preso:

Así mi querida Madre que no tengo más a quien manifestar mis súplicas, decirte mi desgracia y que aquí no son Autoridades sino, para castigar y ese Doctorado lo consiguieron para mentir y explotar a sus semejantes. Para terminar, dile a mis hermanos, que a ellos les obliga, hacer algún deber por mi libertad. Mi recuerdo y abrazos para todos, tu hijo que nunca te olvida. (Historia clínica 4133).

Asimismo, en una carta dirigida a su padre, dice:

Ahora quiero recordar a Uds, que hace ya 62 y un días que estoy en este lugar sin encontrar razones que justifiquen este castigo (...) Así es que conmigo no han hecho más que una mofa pública y un abuso el cual lo tengo gravado en piedra (...) Aquí mis ideas se atrofian y me vuelvo una nulidad. Espero no habrá para mi más demora aquí para bien mío y de Uds. Su hijo y hermano los abraza. (Historia clínica 4133).

También, en una carta dirigida a M., pide ayuda para poder obtener su libertad, argumentando no haber cometido ningún crimen para estar en prisión:

Así es M. que estoy reducido a un común denominador, defendiendo materialismo, con materialismo; lo que no le dará a Ud. y su familia honor alguno; aniquilar a un hombre con la caridad humillativa y el tormento en un patio de [ilegible] y toda clase de despotismo, como si se tratara de pagar algún crimen. Pues a su conciencia no se escapa la mareada injusticia que encarna este extraño proceder. (Historia clínica 4133).

Conclusiones

Los escritos producidos por los asilados del Manicomio Departamental de Antioquia brindaron un panorama que trasciende el aspecto psicopatológico y permite conocer la experiencia personal del enfermo mental. En estas cartas puede observarse una mezcla de sentimientos, como la percepción del sufrimiento relacionada con la situación de hallarse en un lugar que no les genera un lazo afectivo y social. Es un sentimiento de no pertenencia. Se describen pérdidas, añoranzas y dolor del sujeto sometido a la institucionalidad psiquiátrica; son cartas que fueron escritas como un pedido de auxilio a diferentes personas que ignoraron el dolor del sujeto internado, por desconocimiento o por no interrumpir las reglas concernientes a la terapéutica manicomial.

Es complejo brindar una precisión frente a la certeza del padecimiento mental, dado que en la revisión de historias clínicas se encuentran

clasificaciones de enfermedades mentales fluctuantes, que no brindan un punto de convergencia frente a las teorías psicopatológicas utilizadas en el Manicomio Departamental. De ahí se producen críticas considerables sobre las nosologías extranjeras extrapoladas de contextos clínicos internacionales (europeos y norteamericanos) y se observan clasificaciones diagnósticas que muestran de manera subyacente aspectos morales, personales y clínicos de los médicos que allí laboraron.

El paciente en el contexto manicomial, por medio de sus escritos, hace una reconstrucción de un tiempo y espacio determinados. El manicomio se percibe como un engranaje en donde cada parte de la dinámica asilar constituye un poder totalitario que administra y controla la normalización de las conductas. Esta serie de controles en que el paciente se ve inmerso desde su llegada es un cambio radical en su forma de vida. Se sufre el desposeimiento del antiguo yo y la pérdida de las pertenencias relativas a la extensión de aquella identidad. En la institucionalización del loco, el vínculo con el mundo exterior también se encontró interrumpido, dado que la comunicación estuvo censurada por el personal facultativo. En las cartas, los pacientes denuncian diversas situaciones en las que se encuentra implicado el engranaje de mando manicomial, este es uno de los posibles motivos por los que no se dio curso a estos documentos. El hecho de que las cartas hayan permanecido hasta ahora como material anexo a las historias clínicas constata que no llegaron a sus destinatarios y que no lograron la significación que los pacientes buscaban.

Estos documentos cuestionan el uso arbitrario del poder ejercido por los médicos y demás personal del Manicomio, se rastrean denuncias de maltrato, los asilados sintieron que su cuerpo y subjetividad fueron sometidos por parte del personal médico y administrativo que laboró en aquel momento. Otro de los aspectos marcados en estos documentos fueron las relaciones familiares y la percepción de abandono; hay una constante posición ambivalente entre el amor y el odio, se presentan reclamos constantes, se pide un auxilio desesperado para

encontrar la libertad a padres, hermanos, esposos, hijos, etc. Estas cartas develan la vida interna de sujetos sometidos al encierro, al abandono y la carga social de sufrir una enfermedad mental.

Referencias

- Barrios, M. (2013). *La locura y las formas de nombrarla a finales del siglo XIX y principios del siglo XX: estudio de caso de un municipio antioqueño* [trabajo de pregrado, Universidad de Antioquia]. Universidad de Antioquia.
- Cadavid, A. (2011). *“¡Todos estamos locos!” Estigma de la locura en Antioquia, 1930-1970* [trabajo de pregrado, Universidad de Antioquia]. Universidad de Antioquia.
- Candela, R., Conseglieri, A., Huertas, R., Tierno, R., Vázquez de la T. P. y Villasante, O. (2018). *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Catarata.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Gutiérrez, J. (2018). *Locura y sociedad: alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968* [tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia]. Universidad Nacional de Colombia.
- Herrera, D. (2015). *Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946* [tesis de maestría, Universidad de Antioquia]. Universidad de Antioquia.
- Huertas, R. (Ed). (2015). *Actualizando discursos. Trazos de la historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*. Grupo Historia de la Salud.
- Fondo Historias Clínicas Hospital Mental de Antioquia. Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional, sede Medellín.
- Palacios, A. (6 de septiembre de 1934). El Manicomio. Crueldad. *El Colombiano*, pág. 2.
- Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Crítica.
- Reglamento Manicomio Departamental. (1915). *Recopilación de las Ordenanzas, Decreto y Reglamento, etc., referentes al Manicomio Departamental*. Imprenta Oficial.
- Vanegas, A. (2015). *Elaboración cultural de la locura y la enfermedad mental en Medellín y Antioquia, 1935-1964* [trabajo de pregrado, Universidad de Antioquia]. Universidad de Antioquia.
- Villasante, O. (2018). El control de la correspondencia de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas españolas: entre el cuidado y la censura, 1852-

1987. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 25(3), 763-778. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000400009>.

Zuleta, C. y Mora, A. (1993). Clasificación y descripción del archivo de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia [trabajo de pregrado, Universidad Nacional de Colombia]. Universidad Nacional de Colombia.

Psicopatía y perversión, dos conceptos más distantes que cercanos

Daniela Tamayo Lopera¹

Introducción

Algunos actos que sorprenden, sea por su crueldad, violencia hacia otros, o porque van más allá de lo que se espera en relación a la vivencia de la sexualidad, suscitan una pregunta en relación con lo que hay detrás de los sujetos que los cometen. Este interrogante ha resultado especialmente intrigante en los últimos años, puesto que cada vez parecen ocurrir con mayor frecuencia actos que trasgreden lo socialmente establecido, lo que se ve reflejado en una violencia y agresividad crónicas (López, 2013). En el contexto de la psicología y la psiquiatría, cuando se aborda un sujeto que transgrede de manera significativa la ley a través de hechos delictivos como violaciones, asesinatos o grandes estafas, se habla de psicopatía (Hare,1993); mientras que desde el

1. Psicóloga, especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia; candidata a magíster en Psicología y Salud Mental, Universidad Pontificia Bolivariana. Psicóloga en consulta particular. Correo electrónico: danyt29@hotmail.com.

psicoanálisis se suele abordar el término perversión, especialmente del lado de la trasgresión de la sexualidad (Worthington, 2017; Godefroy, 2017; Chemama, 2017; Miller, 2002). La psicopatía y la perversión son términos que pueden llegar a extrapolarse, como lo hacen Willemsen & Verhaeghe (2010); no obstante, dadas las diferencias epistemológicas que encierran ambos conceptos, se hace necesario profundizar en su construcción y distinción, puesto que ello tiene efectos también en las propuestas de intervención, tanto del lado de la clínica psicoanalítica, como de las psicoterapias. Para el desarrollo de este artículo se abordan inicialmente las definiciones de psicopatía y perversión en relación con lo que puede considerarse, en ambos campos, como la transgresión. En un segundo momento se retoman las construcciones sobre la etiología de estos conceptos, que marca unas diferencias en la forma de diagnosticar en función de la concepción de sujeto. Finalmente se plantean algunos aportes en relación con la clínica, lo cual se deriva de las nociones y categorías previas. Esta construcción lleva a pensar que ambos conceptos encierran grandes diferencias, lo que hace difícil que sean equiparables.

Conceptualizaciones sobre la psicopatía y la perversión ¿nociones ligadas a la transgresión?

En este primer apartado se revisan las conceptualizaciones que se han realizado sobre psicopatía y perversión para precisar, desde allí, la naturaleza de su clasificación y rastrear las posibles nociones de transgresión. En la definición de la psicopatía es frecuente encontrar que la transgresión a la ley jurídica aparece como un elemento fundamental para su diagnóstico; en general, se describen unas características afectivas, relacionales y comportamentales que dan cuenta de los actos en contra de otros. Para Willemsen & Verhaeghe (2010); Giner (2012); Zazzali (2012); Simón *et al.* (2015); Gatner *et al.* 2016; Marshall, *et al.* (2016); Maes *et al.* (2018), la psicopatía es un desorden de personalidad que comprende características

como labilidad emocional, narcisismo, tendencia al engaño, falta de empatía, escaso control de impulsos y comportamiento disruptivo. Otros autores añaden características como arrogancia, frialdad emocional y comportamiento atrevido (Somma *et al.*, 2018), egoísmo y pobreza emocional, lo que incluye falta de culpa y de remordimiento (Ortega *et al.*, 2017), así como la impulsividad y la falta de responsabilidad. Para Marcus *et al.* (2011), la psicopatía incluye un encanto superficial, mentiras patológicas y una *persistente violación de las normas sociales*, aunque añaden que existe evidencia de individuos psicópatas que no son criminales.

Hare (1993) hace un llamado importante para diferenciar la psicopatía del trastorno antisocial de la personalidad; este último, caracterizado por múltiples conductas delictivas o antisociales. La mayoría de los criminales podrían cumplir con los criterios para este diagnóstico, pero la psicopatía se refiere más a un conjunto de rasgos de personalidad que *podrían* llevar a conductas socialmente desviadas; de esta manera, de acuerdo con este autor, la mayoría de los criminales no son psicópatas. Esta claridad también es expuesta por Yesuron y Rostagnotto (2013), para quienes “no todos los psicópatas son delincuentes y no todos los delincuentes son psicópatas” (pág. 233).

Pese a esta aclaración, para Pozueco *et al.* (2015), el hecho de que las investigaciones llevadas a cabo por Hare y su equipo se basaran en estudios con psicópatas delincuentes hace que se piense nuevamente en la psicopatía del lado de la transgresión. Si bien un acto delictivo o transgresor no hace parte necesariamente del diagnóstico de psicopatía, las conductas de tipo antisocial que pueden aparecer podrían ser una consecuencia de la entidad clínica (Cooke & Michie, 2001; Skeen *et al.*, 2003, citados en Muñoz-Vicente, 2011).

A pesar de las características que ligan a la psicopatía con la antisocialidad, autores como Hare (1993) y Marcus *et al.* (2011) precisan que el trastorno antisocial recoge únicamente patrones de conducta antisocial, pero no hace alusión a los síntomas emocionales que caracterizan la psicopatía (Garrido 2009). No obstante, la definición del trastorno

de personalidad antisocial, según el DSM-5, no dista de lo que se ha expuesto, pues se caracteriza por un incumplimiento de las normas sociales, engaño, mentiras repetidas, impulsividad o fracaso para planear, irritabilidad y agresividad, desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás, irresponsabilidad constante, ausencia de remordimiento (American Psychiatric Association (APA), 2014). Estas similitudes permiten comprender por qué la conducta antisocial y la psicopatía continúan siendo relacionadas en la literatura.

Por otro lado, también en la psicopatía hay una discusión sobre el modelo diagnóstico, que puede aportar a una visión menos psicopatológica pues es entendida más por los rasgos psicológicos, lo que permitiría separar los actos delictivos de las características afectivas y relacionales. En las organizaciones categoriales que se encuentran en los manuales diagnósticos, las enfermedades mentales son concebidas como entidades debidamente separadas y con límites claros entre normalidad y patología (Trull & Durrett, 2005). En estas propuestas, como sucede con la PCL-R de Hare (2003) la presencia de un desorden de personalidad está definida por una puntuación.

Ahora, de acuerdo con la APA (2002), la perspectiva dimensional de los trastornos de personalidad muestra variantes de los rasgos de personalidad presentes también en la normalidad. Para Somma *et al.* (2018), las estructuras latentes de la psicopatía se configuran como un continuum, por lo cual hay unos niveles de psicopatía en los sujetos, en lugar de ser una categoría discreta; un ejemplo de la consideración dimensional de los rasgos de personalidad para diagnosticar psicopatía es el de Dark Traid: *Psicopatía, maquiavelismo, narcisismo* (Maples-Keller & Miller, 2016).

En esta misma vía, para Dhingra & Boduszek (2013), la estructura que subyace a la psicopatía es mejor entendida desde una perspectiva dimensional puesto que son rasgos de personalidad presentes como continuum en la población. Una idea similar es expuesta por Garrido (2009), quien, refiriéndose a trabajos previos de G. T. Harris, M. E.

Rice y M. Lalumière, menciona que la psicopatía podría ser “una estrategia de vida evolucionada” (pág. 112). Para ellos, la toma de riesgos, la insensibilidad ante el castigo, la manipulación y el engaño, pueden ser estrategias de reproducción que resultaron funcionales en la época de la prehistoria y que existen en algunas sociedades contemporáneas.

A pesar de estas consideraciones, no hay un consenso sobre la perspectiva que rige la comprensión de la psicopatía; incluso Hare no ha señalado una postura preferente hacia una concepción (Trull & Durrett, 2005). La consideración de la psicopatía desde un punto de vista dimensional permitiría cuestionar la tajante línea divisoria entre normalidad y patología.

Por su parte, la conceptualización de la perversión que hace el psicoanálisis se desarrolla a partir de la noción de pulsión; para ello, Freud recurre al análisis de la sexualidad infantil y de las aberraciones sexuales, las cuales muestran que no hay una normalidad en la sexualidad y, por tanto, se cuestiona la noción de transgresión. Freud (1976/1905) señala que la infancia permite atestiguar lo perverso de la pulsión, ya que la búsqueda del objeto sexual en esta etapa se articula con el estado inicial, parcial, de la pulsión que proporciona una satisfacción en diferentes zonas y de manera separada: el placer de ver y exhibir, y de la crueldad. Estas pulsiones parciales, pregenitales, desmitifican la presunción de que la satisfacción se restringe al encuentro genital. Este hecho da cuenta que la sexualidad infantil muestra ser muy diversa en sus objetos y metas, lo cual lleva a Freud (1976/1905) a argumentar que las transgresiones que se presentan en la infancia están mediadas por la disposición *perversa polimorfa* del niño.

De otro lado, las llamadas “aberraciones” en el adulto permiten ver cómo se mantienen dichas transgresiones, el más allá de la satisfacción genital, especialmente en lo concerniente al objeto y la meta de la pulsión, donde se encuentran con más frecuencia las desviaciones (Freud, 1976/1905). Particularmente la homosexualidad, entendida por Freud como una desviación del objeto sexual, muestra que no hay conexión

natural entre la pulsión y el objeto, lo que devuelve nuevamente una pregunta sobre la transgresión.

Sin embargo, no es claro que las transgresiones en la infancia sean para Freud un elemento que deba perdurar, teniendo en cuenta que estas son posibles cuando no están todavía instaurados los diques anímicos: la moral, el asco y la vergüenza, que regulan los excesos sexuales (Freud, 1976/1905). Además, considera que las pulsiones parciales son posteriormente ligadas a la vida genital (Freud, 1976/1905). Esta concepción sigue presente en 1906 cuando expone que la represión de las pulsiones parciales permite su subordinación a las zonas genitales en función de la reproducción. Esto podría indicar la concepción de un carácter inmaduro de la perversión que correspondería a perturbaciones de algunas de las pulsiones parciales (Freud, 1976/1906).

El fetichismo es para Freud una de las desviaciones más significativas respecto a la meta de la pulsión. No obstante, al igual que sucede con los otros cambios en la meta sexual, tales como las transgresiones anatómicas donde el contacto sexual no está ligado a la reproducción, un grado de fetichismo se corresponde con el amor normal, puesto que elementos que recuerdan al objeto son atesorados. Lo que da ocasión a lo patológico es la fijación y el remplazo de la meta sexual normal, es decir el coito, por el fetiche que se erige como un objeto por sí mismo (Freud, 1976/1905). Entonces, *fijación* y *exclusividad* constituyen para Freud uno de los caracteres patológicos de la perversión y, por tanto, una de sus posibles definiciones. Debido al carácter universal de estas transgresiones como complemento de la sexualidad, es inadecuado usar de manera reprobatoria el término perversión (Freud, 1976/1905), a tal punto que Freud afirma que “la neurosis es, por así decir, el negativo de la perversión” (Freud, 1976/1905, pág. 150). Un ejemplo de la dimensión perversa en la fantasía neurótica es descrito por Freud (1976/1919) en «Pegan a un niño», donde aparece un componente masoquista que permite comprender que la transgresión está en todo sujeto y hace parte del encuentro con la sexualidad.

Ahora bien, más allá del fetichismo como rasgo de la posición polimorfa perversa, Freud (1976/1927) precisa en el fetichismo su paradigma de la perversión, lo que habría de particular en ella y la diferenciaría con la neurosis. Considera que el fetiche se erige como un sustituto del falo de la mujer, pues es la falta en esta la que produce espanto, no es cualquier pene. Además de ello, Freud introduce el mecanismo, la respuesta inconsciente, que caracterizaría a la perversión: la desmentida. Esta supone una escisión del sujeto donde una parte de sí acepta que la mujer está tachada, que hay falta, pero otra porción lo niega.

A partir de los desarrollos freudianos, autores contemporáneos han hecho contribuciones importantes para conceptualizar la perversión. En el *Seminario 4*, Lacan (1994/1957) expresa que la perversión no puede seguirse pensando como un estado libre, a cielo abierto, en oposición a lo escondido en la neurosis; agrega que la perversión atraviesa por las mismas crisis que la neurosis y que ambas cuentan con los mismos ritmos y etapas. Lacan (1994/1957) subraya que en el fantasma de «Pegan a un niño», el sujeto se reduce a ser un observador, así ya no hay una subjetivación sino la reducción a ser un puro objeto, a ser un ojo, una mirada. Esta posición de objeto ante el Otro en el masoquismo es lo específico de la perversión para Lacan, siendo así su paradigma para abordarla, a diferencia del fetichismo en Freud.

En el *Seminario 5*, Lacan (1994/1957) amplía la comprensión sobre el falo y el lugar del padre. En la relación del niño con la madre media el falo, dado que la madre tuvo que estar en falta para poder desearlo; por ello el niño se identifica con ese objeto de deseo de la madre, lo que también puede dar lugar a identificaciones que se han calificado como perversas cuando el padre no opera como aquel que priva a la madre de ese objeto (Lacan, 1994/1957).

Para Lacan, la castración es ejercida como una privación de la madre, no del niño, con lo cual entra en juego la potencia del padre porque “puede darle a la madre lo que ella desea, y puede dárselo porque lo tiene” (Lacan, 1994/1957, pág. 200). En esta lógica, que aún es cercana a

los desarrollos del Edipo freudiano, Lacan entiende la perversión como el posicionamiento del sujeto como objeto que completa al Otro. Más tarde, Lacan (1999/1958) nombra que el deseo, al estar conjugado con el significante, no puede ser meramente comprendido desde el placer, sino desde lo problemático y esencialmente perverso que define el carácter inadaptado e inadaptable del deseo humano.

A la dimensión del deseo en Lacan, Colette Soler (2007) agrega la consideración del goce como perverso; afirma que a pesar de lo que se cree, la permisividad que se atestigua en este tiempo no ha reducido la insatisfacción, porque el goce perverso es uno que no satisface al sujeto, sino que reproduce la pérdida, la castración primaria que recuerda el agujero central que no se puede llenar. Para hablar del goce como perverso, Soler (2007) retoma lo expuesto por Freud sobre la perversión como generalizada; toma como base el goce que implican esas pulsiones parciales a partir de las cuales se establece un lazo sexual específico. Ese goce perverso lo liga con lo enunciado por Lacan: “no hay proporción sexual” (Soler, 2007, pág. 12). Dado que la sexualidad es una construcción tanto del sujeto como del Otro del discurso, de los significantes y las identificaciones ideales del sexo, los semblantes fálicos del hombre y de la mujer interfieren con la sexualidad, por lo cual en todos los intentos de goce hay algo que siempre escapa. De acuerdo con Soler (2007), Lacan expone que no hay un acceso al Otro como partenaire sexual, y es a través de la vía de las pulsiones parciales que el sujeto busca un objeto con el cual pueda remplazar su propia pérdida como ser sexuado.

Ese lugar del Otro para el perverso lleva a Soler (2007) a una consideración central para dilucidar lo que de particular tiene la perversión como estructura, más allá del goce perverso. Se trata de lo que el sujeto pone donde emerge el horror ante el encuentro con la castración, lo que implica “un agujero en el goce” (pág. 31) del Otro materno. De esta manera, el monumento fetichista (Soler, 2007) que se erige busca tapar, velar la castración, pero a su vez la recuerda constantemente;

es un instrumento que permite ubicar al Otro. Este es un punto importante en la elaboración de Colette Soler, quien, retomando lo dicho por Lacan en *Kant con Sade*, recuerda que el perverso no es un sujeto fuera de la ley, fuera del Otro, sino que, por el contrario, el fetiche evoca constantemente el punto de verdad del Otro: que está castrado. Por tanto, la autora desarrolla la tesis de que la perversión, en su dimensión de estructura, muestra la posición de un sujeto dividido (\$), un S tachado en su relación al Otro, más allá de una fenomenología. Es decir, al tratarse de una relación con lo inconsciente, el hecho de que un sujeto lleve a cabo actos voyeristas o masoquistas no es indicativo de una estructura perversa.

Etiología de la psicopatía y la perversión. De la creencia en la completud a la noción de un sujeto en falta

El enfoque que se tiene para abordar las posibles causas de estas nociones diagnósticas permite elucidar unas diferencias importantes sobre la concepción de sujeto, y ello atravesado especialmente por una pregunta sobre la responsabilidad. Frente a la psicopatía, se encuentran en la literatura al menos tres vertientes posibles. Una de ellas apela a lo neurológico; otra a aspectos relacionales o contextuales; y otra aborda características personales que explicarían su origen. Romero *et al.* (2011) exponen que la psicopatía puede estar presente durante las primeras etapas del ciclo vital puesto que hay evidencia de la aparición de rasgos antes de la edad adulta, y que su presencia en la infancia puede considerarse como un grave factor de riesgo para la persistencia de la conducta antisocial. Ortega *et al.* (2017), al analizar la historia de pacientes adultos que habían sufrido daño cerebral en sus primeros meses de vida y que comprometía las áreas prefrontales, encontraron que tenían un razonamiento moral más inmaduro y un comportamiento antisocial de mayor intensidad que aquellos que no habían sufrido una lesión en su edad adulta.

Para Giner (2012), la motivación de algunos sujetos a transgredir de manera constante las normas sociales está dada, en mayor medida, por una serie de disfunciones cerebrales llamada por algunos investigadores *síndrome disejecutivo*, que implica un funcionamiento anormal del lóbulo frontal. En una vía similar, Dhingra, & Boduszek (2013) afirman que la violencia intencional que ejerce el psicópata se ocasiona porque el sujeto no interpreta el malestar emocional de su víctima ni encuentra aversiva la violencia, lo cual podría deberse a un funcionamiento reducido de la amígdala. Aunque estas explicaciones biológicas tienen gran aceptación en el mundo académico, Pérez (2012) nombra la tendencia a adjudicar a las funciones cerebrales los actos de los sujetos, como “el mito del cerebro creador”, pues lo que se encuentra son correlatos cerebrales de las conductas.

Desde una perspectiva vincular, la frialdad emocional, la desregulación emocional y la carencia de empatía, que supuestamente refuerzan en los sujetos respuestas violentas y transgresoras, están asociadas a relaciones parentales caracterizadas por el abandono, la negligencia, además de a una pobre supervisión y disciplina (Cabrera y Gallardo, 2013). Para Romero *et al.* (2011), los sujetos psicópatas y sus figuras cuidadoras tienen relaciones caracterizadas por la negligencia, la intrusividad y la desorganización; condiciones que podrían contribuir a que aparezca un “self defectuoso” (pág. 85) característico de los psicópatas. Las propuestas centradas en las prácticas parentales y su relación con la psicopatía, no dejan de ser controvertidas puesto que, como Garrido (2009) lo nombra, la mayoría de personas que provienen de un entorno familiar hostil y que fueron criadas con carencias afectivas no son psicópatas, y también hay psicópatas criminales que provienen de familias ejemplares. En esta vía señalan López *et al.* (2012), en un estudio con niños en quienes se habían detectado rasgos de dureza e insensibilidad emocional, que no se encontraron relaciones directas con las prácticas parentales; esta consideración le resta peso a la creencia de que la crianza es una de las principales causas que explicaría el porqué de la psicopatía.

Ahora bien, hay otras perspectivas que vuelven la mirada más sobre el propio sujeto, aunque no desconozcan otras influencias. Algunos de estos autores sugieren que el psicópata muestra en su dimensión afectiva y social una incapacidad para juzgar ciertos actos como incorrectos, que explicaría las transgresiones en las cuales incurre (Adshead, 2014). Este tipo de análisis hace que surjan otros cuestionamientos; por ejemplo, si se trata de una elección voluntaria de los psicópatas de no razonar moralmente, o si son realmente incapaces de hacerlo (Adshead, 2014). Esto tiene importantes implicaciones clínicas y jurídicas puesto que pone de presente la pregunta por la responsabilidad subjetiva. Otro aspecto que señala la autora es la supuesta incapacidad de generar empatía, que cuestiona a partir de los trabajos de Hare en un manual de 1999 que mostraban que los psicópatas son muy buenos estimulando y simulando respuestas emocionales en otros, aunque con la intención de engañarlos o estafarlos (Adshead, 2014). Este punto aparece en la vía de lo que mencionan Dhingra & Boduszek (2013), quienes en la revisión de otros estudios no encuentran diferencias entre individuos con alto o bajo nivel de psicopatía para el reconocimiento de emociones (Dolan & Fullam, 2004; Richell *et al.*, 2003, citados en Dhingra & Boduszek, 2013).

En cuanto a la capacidad para razonar frente a los dilemas morales, Marshall, Watts & Lilienfeld (2016) muestran que, aunque los psicópatas reconocen los principios morales, no se rigen por estos; no obstante, exponen desde otros hallazgos que los psicópatas fallan en la comprensión moral y tienen un conjunto diferente de consideraciones de este orden. De igual manera, Ortega *et al.* (2017) manifiestan que, para algunos investigadores, los psicópatas no se guían por el razonamiento moral, ante el cual presentan una especie de “ceguera” (Morse, 2008, citado en Ortega *et al.* pág. 59), lo cual no quiere decir que no reconozcan las normas bajo las cuales se rige una sociedad y un sistema legal, pero sí obstaculiza que puedan ser juzgados como plenamente responsables de sus actos. Por ello Marshall *et al.* (2016) muestran que

otros académicos han contemplado la posibilidad de que los psicópatas podrían alegar insania ante su incapacidad de razonar frente a problemas morales. En oposición a ello, Matthews (2014) considera que el daño intencional a otros implica necesariamente que el sujeto sepa lo que el otro está sintiendo; ello se demuestra puesto que no buscan, por ejemplo, causar daño a un objeto. Esta posición la comparte Garrido (2009), aunque considera que pueden existir ciertos atenuantes porque la psicopatía se considera un tipo de alteración psíquica.

Ahora, en la perspectiva causal de la perversión y desde los trabajos de Freud y su construcción de un aparato psíquico, se implica necesariamente al propio sujeto, visión alejada de las teorías que suponen un efecto determinante de eventos externos sobre la configuración subjetiva. Así, teorías como la de la seducción por parte de un adulto que expliquen los síntomas en la histeria, son rápidamente abandonadas por Freud (1982/1897) cuando escribe “Ya no creo más en mi «neurótica»” (pág. 301), al considerar que aquellos relatos de seducción se trataban más bien de construcciones fantasmáticas en sus pacientes. Siguiendo este desarrollo en su teoría, Freud considera que la perversión es una respuesta a la angustia de castración, una de las situaciones de pérdida ante las cuales el sujeto se defiende, siendo la primera de estas la separación del objeto materno. Por tanto, “la angustia se presenta como una reacción frente a la ausencia del objeto” (Freud, 1976/1926, págs. 129-130); ello está bien representado en la castración, por lo cual todo sujeto debe vérselas con ese objeto que no está, el falo, y buscar una manera, siempre singular, de hacer con esa falta irremediable.

El encuentro del sujeto con la falta también hace parte de las elaboraciones de Lacan (1962), quien busca concebir la perversión más allá del Edipo. En el *Seminario 10*, expone que el sujeto depende del Otro, con quien está en relación desde el inicio, dado que la palabra le antecede a su existencia. Los significantes que se reciben del Otro generan un residuo puesto que no todo puede ser dicho; esto produce el sujeto barrado $\$$ y los objetos a (la voz, la mirada, el seno y las heces) (Lacan,

2006/1962-1963) que representan la ausencia del objeto, y que el sujeto intenta poner en el lugar de esa falta irreparable.

En el *Seminario 16*, Lacan (2008/1968-1969) sitúa la perversión como una estructura del sujeto que enmascara la castración de la mujer a través del objeto *a*. Lo que procura el perverso es restituir aquello que falta al Otro, devolverle la plenitud en un intento por reparar lo ocurrido en la castración; el objeto *a* representa tanto la ausencia de lo que no hay, como sus intentos por llenarlo (Lacan, 2008/1968-1969). El *a*, como real, no puede ser tampoco nombrado, no pasa por el orden del significante, de ahí la ocasión de angustia a la cual da lugar ante su encuentro.

Con base en los desarrollos de Lacan, algunos autores, tomando del “Otro”, centran parte de la causalidad en la relación del perverso con el significante materno, el cual no debe confundirse con la madre biológica, como puede pensarse desde la función parental de la psicopatía. Pardo (2006), por ejemplo, afirma que el perverso busca conservar a la madre como instancia suprema y en su omnipotencia del deseo; declara, además, que la relación que sostiene el perverso es de complicidad con una madre seductora que es idealizada por el sujeto. Izcovich (2016) presenta la madre de Gide a partir de la frase de Lacan (1968): “a mujer santa hijo perverso” (pág. 22). Así, el niño busca hacer existir en el Otro, sea la madre o un sustituto, un goce absoluto (Izcovich, 2016). El perverso considera que tiene que haber al menos una no castrada, y su consecuente devoción absoluta a este objeto para asegurar la no castración. Izcovich le otorga una prevalencia al lugar que ocupa la representación de la madre en el origen de la perversión; al igual que Aguerre (2017), para quien el niño, al percatarse que hay un goce de la madre con el padre del cual él es excluido, intenta a través de un sustituto, el fetiche, tapar la castración.

Según Willemsen & Verhaeghe (2010), el niño, vuelto pasivo por la madre, se mantiene bajo el control de esta sin elaborar su propio deseo; y agregan que el padre se reduce a ser un observador que la madre define como insignificante. Estos autores realizan una conjunción de la

perversión y la psicopatía en la cual realzan que la particular relación con el padre explicaría la banalización de la autoridad del Otro que realiza el perverso, ajustando la ley a su propio goce. Suponen que el perverso no está inscrito en la ley, ya que el padre, que para ellos parece ser el padre de carne y hueso, no es un referente de autoridad. Esta perspectiva está en contravía de lo ya señalado por Lacan, puesto que el lugar que el perverso le otorga al Otro es, por el contrario, de primacía, procurando mantener en este la completud; no se trata entonces de una banalización.

Por su parte, Gessert (2017) expone que el niño, al no separarse de la falta de la madre, no la percibe en términos de deseo sino a través del objeto *a* y de una demanda de goce. Esto resulta en intentos constantes del niño por proveerle el goce a la madre procurando encarnar el objeto del cual ella carece, que puede ser sólo llevado a cabo con la negación de que tanto él como la madre carecen de algo (Gessert, 2017). Aproximarse al objeto *a*, y los registros real, simbólico e imaginario, implica no considerar únicamente lo que acontece en la trama del Edipo, en las figuras parentales de la experiencia en la realidad del sujeto. Ubicarse desde un lugar edípico lleva a que algunas de las propuestas de autores, como Willemsen & Verhaeghe (2010), sean entendidas, o quizás malinterpretadas por sus mismos abordajes, como una coincidencia entre los padres de la realidad, en lugar de centrar la atención en aquellas construcciones del sujeto alejadas de la fenomenología de la incidencia directa que fueron nombradas en la psicopatía.

La clínica de la psicopatía y de la perversión: ¿el prejuicio o la imposibilidad de intervención?

En este punto se abordan los diagnósticos y las intervenciones planteadas por algunos autores. Tanto desde la psicopatía como desde la perversión existe por parte de los investigadores la consideración de que estos sujetos no suelen consultar. Estas dificultades para la intervención

clínica suponen una pregunta ética a quienes realizan la intervención: ¿si estos sujetos no buscan consultar por algo que los aqueja, su atención está siempre ordenada por Otro? Para abordar la cuestión de la clínica en la psicopatía es fundamental tener en cuenta los referentes a partir de los cuales se realiza el diagnóstico y se comprende la etiología. Una de las herramientas más utilizadas para diagnosticar una psicopatía es el Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) de Robert Hare (2003), que está orientado por criterios y responde a una perspectiva categorial del diagnóstico; este instrumento fue construido a partir del comportamiento antisocial y criminal, lo cual realza el componente de la violencia (Marcus, *et al.*, 2011). Ello muestra que para Hare la base de la psicopatía está ligada con actos antisociales así lo exponen Camp *et al.* (2013), quienes refieren que Hare califica a los psicópatas como predadores. Los autores aclaran que una puntuación alta en el PCL-R no implica que se esté en riesgo de cometer actos violentos simplemente por ser insensibles o emocionalmente desapegados (Camp *et al.*, 2013). Si los instrumentos utilizados, por sí solos, guían la comprensión de los actos antisociales en el diagnóstico de la psicopatía, ello denuncia una falta de análisis y de comprensión en términos clínicos por parte de quienes se han ocupado de su estudio.

En el ámbito de la clínica, otra de las cuestiones fundamentales es la relativa a los tratamientos, frente a lo cual Esbec y Echeburúa (2014) denuncian que en la evaluación de los trastornos de personalidad hay un enfoque hacia los elementos anormales y críticos, que se conciben de difícil cambio, como por ejemplo lo exponen Delisi *et al.* (2016), para quienes la estabilidad de los rasgos psicopáticos en adolescentes reduce el éxito de la rehabilitación. Igualmente, para Cabrera y Gallardo (2013), la prevención, el tratamiento y la detección temprana de los momentos críticos de la psicopatía deben ser atendidos por la manera severa en que afecta los vínculos con otros.

La intervención a edades tempranas, cuando ya se han detectado rasgos de psicopatía, ha demostrado efectividad; tal es el caso del Stop

Now and Plan (SNAP) aplicado a niños de 6 a 11 años, el cual consta de sesiones grupales, manejo de la ira y de la presión grupal. Por su parte, Garrido (2009) sugiere para quien sea diagnosticado con psicopatía, un internamiento en un centro de terapia social que lo mantenga aislado mientras constituya un peligro para la sociedad y le permita posteriormente la neutralización del peligro. En estas propuestas del diagnóstico temprano de la psicopatía puede verse lo que denuncia Mallon (2016) sobre el control que se busca ejercer hacia aquellos que se desvían de lo socialmente establecido, puesto que conservar la figura del psicópata permite sostener la idea de un ellos, los psicópatas, los “anormales”, y un nosotros. Esto devuelve una pregunta ética a los profesionales frente a la finalidad de la intervención en el campo de la psicopatía.

Por su parte, frente a la clínica del lado del psicoanálisis, parece que los analistas reconocen algunos obstáculos en relación a la perversión. Para Pierre Bruno (1992), la dificultad aparece más del lado del deseo que de la demanda; si bien se considera que la entrada en análisis de un perverso no es tan frecuente ante la ausencia de demanda, el que exista no es siempre condición suficiente. El lugar del deseo en la perversión lo expone Izcovich (2016) como una dificultad particular de la estructura perversa para que el goce pase al deseo, pues esto implica, a su vez, transitar por la angustia, por el encuentro con lo real de la castración.

Izcovich (2016) apunta que en la clínica el perverso busca situarse en el lugar de objeto, dejando al Otro, que puede ser el analista, en posición de sujeto dividido. Nuevamente esta posición de objeto del lado del analizante no conviene al análisis, por cuanto no permite que se le suponga un saber al analista, además del hecho de que el perverso no se interroga sobre su propia satisfacción, sobre su goce ni cómo obtenerlo. Así, Izcovich (2016) y Bedouelle (2000) muestran, con ejemplos clínicos, una dificultad para que emerja una pregunta en la perversión, ya que en lugar de la falta lo que aparece es una pantalla, un velo que cubre la castración. De acuerdo con Izcovich (2016), el tratamiento que se le da a la falta permite diferenciar un acto perverso de uno otro en la

neurosis o en la psicosis, siendo lo específico de la perversión el poner objetos donde aparece la falta.

De esta manera, el encuentro con la falta en la perversión, pese a los intentos por desmentirla, es inevitable. En el *Seminario 14*, Lacan (1966-1967) plantea que el acto perverso está del lado de un goce en el campo del cuerpo, lo cual impone un límite que supone también el encuentro con la castración. Sobre esta dimensión del acto sexual mencionan Mazzuca *et al.* (2009) que el sujeto perverso es aquel “que registra ese vacío de goce en el Otro y se dedica a revertirlo, es decir, se pone al servicio de ese goce en los intentos de devolver al Otro el objeto *a*” (pág. 230); así, por ejemplo, en el caso del exhibicionista, su función está en hacer aparecer en el Otro la mirada (Lacan, 1966-1967). Soler (2007) expresa que, para Lacan, en el masoquista hay un saber sobre esa imposibilidad del goce, puesto que no hay proporción (relación) sexual. Pero se trata de una demostración irónica en la medida en que el masoquista “pretende apuntar a un goce sin límite y, en realidad, precisamente, lo que éste necesita en su práctica es el límite” (pág. 50). Este límite que aparece en el goce perverso es precisamente lo que puede situar el lugar de la falta, de la angustia que dé lugar a una pregunta y un posible inicio de análisis.

Ahora, existe otra cara de la perversión, más allá del fetichismo, el masoquismo o el sadismo, y que puede estar más del lado de la creación, presentación que, sin embargo, implica una elaboración más amplia como la realizada por Catherine Millot (1998), quien recoge las obras de conocidos artistas como Jean Genet, André Gide y Yukio Mishima para resaltar con ellas la inteligencia que puede haber en la perversión, como aquella que “transforma el sufrimiento en goce y la falta en plenitud” (pág. 9). Podría pensarse si las expresiones de la letra, la literatura, el cine u otras formas de transformación de la estética configuran otras formas de la perversión en las que el sujeto busca completar al Otro a través del objeto voz o mirada, y que además le permite no vérselas constantemente con la angustia pues no lo ponen en

contacto directo con la castración vía el acto sexual. Esta otra cara del acto de la perversión permite una consideración más allá del encuentro con un partenaire y pensar aquello que se opone a la norma supuesta en la vía de la creación, como lo hicieron Sade y Masoch.

Conclusiones

La perversión es una noción transversal a la constitución de todo sujeto, como se abordó en relación con la pulsión, lo cual limita la posibilidad de considerarla como algo aberrante que vaya contra otros. Por su parte, la psicopatía responde a ciertos parámetros, especialmente de la ley penal, para juzgar aquello que un sujeto realiza y está por fuera de lo establecido. En relación con la clínica se denota también la posición de un sujeto divergente. El psicópata, representado desde el lugar de la transgresión a la norma, está en relación directa con el sistema penal, por sus actos, por lo cual la posibilidad de la intervención se sitúa en la vía de la protección de los intereses de otros, más que en la comprensión del sujeto. Es importante aclarar que, si bien puede generarse un mal al otro en la posición perversa, el acto busca generar un goce y completar al Otro; en este sentido, los perversos no están por fuera de la ley, como lo proponen Willemsen & Verhaeghe (2010), por el contrario, son sujetos que intentan sostener a ese Otro del discurso; además, en la perversión se trata de la ley de la castración, no de una ley jurídica. Si bien en la perversión también hay una pregunta en relación con la intervención, cuando aparece un interrogante vehiculizado por la angustia es posible abrir un espacio en la escucha, pues no hay un gran Otro, como un juez, que ordene su atención, lo cual supone otro lugar desde lo ético.

Uno de los puntos abordados, referente a la esencia misma de la clasificación de la psicopatía y la perversión, expresa también la dificultad de sostener que ambos términos son equiparables o que haya, por ejemplo, una extrapolación del término psicopatía hacia el campo del

psicoanálisis. Del lado de quienes abordan la psicopatía hay un interés por agrupar unas manifestaciones clínicas, unas conductas observables; mientras que lo que interesa en la aproximación psicoanalítica de la perversión son los elementos constituyentes, desde lo inconsciente, que posicionan a un sujeto en sus relaciones con los otros y con el Otro.

Esto permite pensar que, en definitiva, la psicopatía y la perversión tienen más aspectos que divergen entre sí, y que, si hay aspectos que los unen, por ejemplo, en relación con su posible abordaje –pregunta que ronda entre los investigadores–, esto estaría más allá de los actos transgresores. Ahora, las grandes diferencias entre ambos han llevado a autores como Sierra-Rubio (2014) a suponer que “así, el psicópata no existe (...) como categoría nosográfica del gran delincuente, no tiene razón de ser en el campo psicoanalítico definido por la praxis de Freud y Lacan” (pág. 5). Es posible que desde allí la psicopatía no tenga un lugar para el psicoanálisis, pero ello no implica necesariamente que su estudio no conserve una relevancia en otros campos; no todo lo que esté por fuera de la comprensión y el abordaje de una determinada área de conocimiento se invalida en su existencia. Además, cabe resaltar que el psicoanálisis –por sus supuestos epistemológicos– no puede aportar mucho a un concepto que está tan fundamentado en la fenomenología y que además sirve a los intereses del Otro, como es la ley penal; aunque se mostraron algunos aportes desde el psicoanálisis para una comprensión más allá de lo observable, estos no dejan de tener ciertas contradicciones y enfrentar algunos impasses en tanto se apoyan en conceptos traídos de la perversión.

Ahora, si desde el psicoanálisis se desea contribuir a la comprensión de los psicópatas que cometen un acto delictivo, ello supone un acercamiento a los propios sujetos, desde su experiencia y lo que tengan para decir, más que el intento de acomodar conceptos desde un ejercicio meramente intelectual. Finalmente, es importante explorar la última vía que se mostró en relación con la creación. Los artistas mencionados, como Sade, muestran que existen otras formas de hacer con los

objetos perdidos: poner, por ejemplo, la voz ya no en un acto sádico, sino en el lector; la mirada es también otra vía para completar al Otro, a través de obras de arte. Esta puede ser una ruta de análisis para seguir pensando la perversión desde otras expresiones.

Finalmente, para futuros trabajos sobre psicopatía se sugiere profundizar sobre el cuestionamiento que surge alrededor de la responsabilidad de un sujeto frente a sus actos. Autores como Cabrera y Gallardo (2013) y Garrido (2009) se oponen a considerar que la falta de empatía es algo constitucional del sujeto, al suponer, en cambio, que se trata de una actitud de manipulación. Entonces, hay cierta paradoja entre buscar –incluso en diferencias cerebrales– los elementos que los hacen sujetos diferentes del resto de la población por sus habilidades para engañar y causar daño, y a su vez intentar sostener que el sujeto sí es responsable de sus actos. Sin embargo, no es tan difícil comprender que existan estas divergencias si se tiene en cuenta que la comprensión de la psicopatía ha estado ligada a un ámbito forense al servicio de la justicia, más que a la intervención clínica.

Referencias

- Adshead, G. (2014). The Words But not the Music: Empathy, Language Deficits, and Psychopathy. In Thomas Schramme (ed.), *Being Amoral: Psychopathy and Moral Incapacity* (págs. 115-136). Massachusetts Institute of Technology.
- Aguerre, J-C. (2017). The Piano Teacher. In D. Caine & C. Wright (eds.), *The Palgrave Lacan Series. Perversion Now!* (págs. 183-190). Palgrave Macmillan.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bedouelle, A. (2000). *Perversión y neurosis*. Movimiento Psicoanalítico de Medellín.
- Bruno, P. (1992). *La Pere-versión*. Seminario del segundo encuentro del Campo Freudiano en Colombia. Fundación Freudiana de Medellín.
- Cabrera, J. y Gallardo, R. (2013). Psicopatía y apego en los reclusos de una cárcel chilena. *Anuario de Psicología*, 43(1), 83-99. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/8197/10126>.

- Camp, J., Skeem, J., Barchard, K., Lilienfeld, S. & Poythress, N. (2013). Psychopathic Predators? Getting Specific About the Relation Between Psychopathy and Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 467-80. [10.1037/a0031349](https://doi.org/10.1037/a0031349).
- Chemama, R. (2017). A Few Questions About the Idea of Ordinary Perversion. In D. Caine & C. Wright (eds.), *The Palgrave Lacan series. Perversion now!* (págs. 87-91). Palgrave Macmillan.
- Delisi, M., Tostlebe, J., Burgason, K., Heirigs, M. & Vaughn, M. (2016). Self-Control Versus Psychopathy: A Head-to-Head Test of General Theories of Antisociality. *Youth Violence and Juvenile Justice, 16*(1), 53-76. <https://doi.org/10.1177/1541204016682998>.
- Dhingra, K. y Boduszek, D. (2013). Psychopathy and Criminal Behaviour – A Psychosocial Research Perspective. *Journal of Criminal Psychology, 3*(2), 83-107. <https://doi.org/10.1108/JCP-06-2013-0014>.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica, 32*(3), 255-264. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>.
- Freud, S. (1976/1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. VII, págs. 117-223). Amorrortu.
- Freud, S. (1976/1906). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis, En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. VII, págs. 1-98). Amorrortu.
- Freud, S. (1976/1919). «Pegan a un niño». Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XVII, págs. 165-176). Amorrortu.
- Freud, S. (1976/1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. XX, págs. 71-164). Amorrortu.
- Freud, S. (1982/1897). Carta 69. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. I, págs. 301-303). Amorrortu.
- Garrido, F. J. (2009). Fisonomía de la psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal. *Revista de Derecho Penal y Criminología, 3ª Época, (2)*, 79-125. <http://revistas.uned.es/index.php/RDPC/article/view/24713>.
- Gatner, D., Blanchard, A., Douglas, K., Lilienfeld, S. & Edens, J. (2016). Psychopathy in a Multiethnic World: Investigating Multiple Measures of Psychopathy in Hispanic, African American, and Caucasian Offenders. *Assessment, 25*(2), 206-221. <https://doi.org/10.1177/1073191116639374>.
- Gessert, A. (2017). Exploring Transgression from a Lacanian Perspective. In D. Caine & C. Wright (eds.), *The Palgrave Lacan series. Perversion now!* (págs. 35-44). Palgrave Macmillan.

- Giner, C. A. (2012). Etiología de la psicopatía. Diagnóstico diferencial con el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad. *Revista Derecho y Criminología*, Anales 2 (2011), 101, 122. <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/625>.
- Godefroy, H. (2017). Perversion Now. In D. Caine & C. Wright (eds.), *The Palgrave Lacan series. Perversion since Freud?* (págs. 77-85). Palgrave Macmillan.
- Hare, R. D. (1993). *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. Paidós Ibérica. <https://drive.google.com/file/d/0B4nq-qGV2O4NMnJ2TohFclBmU3M/view>.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. 2nd Edition. Pearson.
- Izcovich, L. (2016). *La perversión y el psicoanálisis*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Lacan, J. (1966-1967). *Seminario 14. La lógica del fantasma*. Paidós. <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/17%20Seminario%2014.pdf>.
- Lacan, J. (1994/1957). Las vías perversas del deseo. En *Seminario 4. La relación de objeto* (págs. 97-133). Paidós.
- Lacan, J. (1999/1958). La lógica de la castración. En *Seminario 5. La lógica de la castración* (págs. 147-241). Paidós.
- Lacan, J. (2006/1962-1963). Las cinco formas del objeto *a*. En *Seminario 10. La angustia* (págs. 231-367). Paidós.
- Lacan, J. (2006/1963). La causa del deseo. En *Seminario 10. La angustia* (págs. 113-126). Paidós.
- Lacan, J. (2008/1968-1969). El goce: su real. En *Seminario 16. De un otro al Otro* (págs. 241-297). Paidós.
- López, L., Romero, E. y Gómez, X. A. (2012). Rasgos psicopáticos y prácticas educativas en la predicción de los problemas de conducta infantiles. *Anales de Psicología*, 28(2), 629-637. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135035>.
- López-Romero, L., Romero, E. y Luengo, M. (2011). La personalidad psicopática como indicador distintivo de severidad y persistencia en los problemas de conducta infanto-juveniles. *Psicothema*, 23(4), 660-665. <http://www.psicothema.com/pdf/3938.pdf>.
- López, S. (2013). Revisión de la psicopatía: Pasado, presente y futuro. *Puerto Rican Journal of Psychology*, 24(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233229143007.pdf>.
- Maes, H. R., Woykea, C. & Brazil, A. (2018). Psychopathy-related Traits and Decision-making under Risk and Ambiguity: An Exploratory Study. *Personality and Individual Differences*, (122), 190-194. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.017>.
- Mallon, E. (2016). *Psychopathy - A Psychoanalytic Investigation* [doctoral thesis, Dublin City University]. http://doras.dcu.ie/21382/1/Emmet_Mallon_Psychopathy_-_A_Psychoanalytic_Investigation.pdf.

- Maples-Keller, J. L. & Miller, J. D. (2016). Insight and the Dark Triad: Comparing Self- and Meta-perceptions in Relation to Psychopathy, Narcissism, and Machiavellianism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 30-39. [http:// dx.doi.org/10.1037/per0000207](http://dx.doi.org/10.1037/per0000207).
- Marcus, D. K., Fulton, J. J. & Edens, J. F. (2011). The Two-factor Model of Psychopathic Personality: Evidence from the Psychopathic Personality Inventory. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 67-76. <https://doi.org/10.1037/a0025282>.
- Marshall, J., Watts, A. L., & Lilienfeld, S. O. (2016). Do Psychopathic Individuals Possess a Misaligned Moral Compass? A Meta-Analytic Examination of Psychopathy's Relations with Moral Judgment. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 40-50. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000226>.
- Matthews, E. (2014). Psychopathy and Moral Rationality. In Thomas Schramme (ed.), *Being Amoral: Psychopathy and Moral Incapacity* (págs. 71-90). Massachusetts Institute of Technology.
- Mazzuca, R., Mazzuca, S. y Surmani, F. (2009). Dos conceptos de relación anaclítica en la obra de Jacques Lacan. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Miller J.A. (2002). Fundamentos de la perversión. En *Perversidades*. Paidós.
- Millot, C. (1998). *Gide-Genet-Mishima. La inteligencia de la perversión*. Paidós.
- Muñoz-Vicente, J. (2011). La psicopatía y su repercusión criminológica: un modelo comprensivo de la dinámica de personalidad psicopática. *Anuario de Psicología Jurídica*, (21), 57-68.
- Ortega, J., Alcázar, M.A., Puente, L. & Peñaranda, E. (2017). Psychopathy: Legal and Neuroscientific Aspects. *Anuario de Psicología Jurídica*, (27), 57-66. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.003).
- Pardo F. M. (2006). La perversión como estructura. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 1(13), 169-193. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83601309.pdf>.
- Pérez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Ediciones Pirámide Grupo Anaya, S. A.
- Pozueco, J. M., Moreno, J. M., García, M. y Blázquez, M. (2015). Psicopatía y psicopatologías: ¿Puede conceptualizarse la psicopatía como trastorno mental? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 219-230. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15897>.
- Sierra-Rubio, M. (2014). Psique: Sobre el status de la psicopatía en psicoanálisis. *Boletín Científico Sapiens Research*, 4(1), 21-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6181605&info=resumen>.

- Simón, B., Pérez, B., Fernández, L., Bringas, C. y Rodríguez, F. (2015). La psicopatía: Una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(2), 105-121. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229042579009.pdf>.
- Soler, C. (2007). *¿A qué se le llama perversión?* Foros del Campo Lacaniano, Medellín.
- Somma, A., Andershed, H., Borroni, S., Salekin, R. & Fossati, A. (2018). Psychopathic Personality Traits in Relation to Self-Report Delinquency in Adolescence: Should we Mind about Interaction Effects? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, (40), 69-78. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9658-6>.
- Trull, T. & Durrett, C. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-80. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>.
- Worthington, A. (2017). Perversion Now. In D. Caine & C. Wright (eds.), *The Palgrave Lacan series. Perversion now!* (págs. 45-55). Palgrave Macmillan.
- Willemsen, J. & Verhaeghe, P. (2010). When Psychoanalysis Meets Law and Evil: Perversion and Psychopathy in the Forensic Clinic. In: A. Hirvonen & J. Porttikivi (eds.), *Law and Evil: Philosophy, Politics, Psychoanalysis* (págs. 237-259). Routledge.
- Yesuron, M. y Rostagnotto, A. (2013). ¿El psicópata es un perverso? *Revista de Psicología*, 2ª Época, (13), 259-273. <http://hdl.handle.net/10915/43392>.
- Zazzali, J. (2012). *El psicópata* (1ª ed.) Ediciones La Rocca.

Clínica de la melancolía y la depresión: del trastorno al síntoma

Paula Andrea Garcés Giraldo¹

Introducción

Los términos de melancolía y depresión se han emparentado desde hace algunos años, desdibujando, así, las elaboraciones que grandes estudiosos han realizado sobre el primero, la melancolía, como una entidad clínica con unas características específicas. De acuerdo con Jackson (1986), la evolución de los esquemas conceptuales utilizados para explicar dichos estados clínicos ha sido compleja, pues se ha tenido que atender tanto la perspectiva histórico-médica como los sistemas de creencias religiosos para entender los movimientos que se han dado a través del tiempo.

1. Psicóloga, Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO). Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Psicóloga clínica particular. Correo: paulagarcesgiraldo@gmail.com.

En razón de lo anterior, este estudio aborda inicialmente la melancolía y la depresión desde una posición histórica buscando comprender la variación de sus manifestaciones y su prescripción hasta la actualidad.

La noción de melancolía se introduce en la Grecia antigua a finales del siglo v; si bien dicha palabra ya era utilizada en la literatura griega por autores como Sófocles y Aristófanes, su incursión en el campo médico se dio a partir de Hipócrates, quien la asoció a una enfermedad causada por la bilis negra (Pizarro, 2017), desarrollando toda una teoría sobre los humores: “de acuerdo con este punto de vista, la salud descansa en el equilibrio de estos (sangre, flema, bilis amarilla, bilis negra) y la enfermedad en general y todas las enfermedades en particular tienen por causa su desequilibrio” (Postel y Quetel, pág. 19).

Esta teoría fue la base de toda la tradición clásica hasta el siglo xviii, a partir de ella, la enfermedad mental empezó a tomar un lugar en la historia de la medicina y se construyen las principales entidades nosológicas: frenitis, letargia, manía, melancolía. A partir del siglo xix, con el surgimiento de la psiquiatría como disciplina, la clasificación de la melancolía incluía unos síntomas que llevaron a definirla como enfermedad de los delirios parciales, y con Esquirol, particularmente, fue perdiendo su “status”, incluso como forma de locura parcial (Jackson, 1986), lo que fue dando paso a la descalificación de la melancolía en la nosografía moderna.

A mediados de ese siglo, Wilhem Griesinger “introduce el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía” (Zarragoitia, 2010, pág. 11) y con Adolf Meyer se reemplaza totalmente dicho término por depresión, como se resalta en un informe de discusión de 1904 donde este autor señala:

deseoso de eliminar el término melancolía, que implica el conocimiento de algo que no poseemos (...) Si, en vez de melancolía, aplicáramos el término depresión a toda la clase, éste designaría sin pretensiones exactamente lo que se indica en el uso común del término melancolía. (citado por Jackson, 1986, pág. 18).

En 1918, la mirada diagnóstica de la psiquiatría lleva a crear la primera nosografía oficial de la enfermedad mental (DSM-I), un manual diagnóstico publicado en 1952 con posterioridad al período de guerra. La melancolía, como diagnóstico principal, se sostiene hasta el DSM-II, pues con la publicación del DSM-III en 1980, la categorización se centró en los desórdenes afectivos, donde solo hay dos referencias a la depresión básica: desorden bipolar y depresión mayor, “incluyendo en esta última los rasgos psicóticos y la melancolía” (Jackson, 1986, pág. 204).

Para este momento, es importante señalar, las teorías explicativas sobre la melancolía no sólo giraban alrededor de la filosofía, la medicina y la psiquiatría; el psicoanálisis, como disciplina “psi”, también había realizado valiosos planteamientos que se han ido afinando a través del tiempo. Las elaboraciones conceptuales de Sigmund Freud y de su comunidad académica respecto a la melancolía permitieron dilucidar una distinción con la depresión por la particularidad de sus manifestaciones clínicas y posibles formas de tratamiento.

En este punto, Giraldo (2018) refiere: “la melancolía es un término que aún se encuentra vigente en la teoría psicoanalítica como una forma de psicosis, siendo los estados depresivos compatibles con las diferentes estructuras clínicas” (pág. 3). Es así como la perspectiva psicoanalítica permite una orientación respecto a la comprensión de la sintomatología melancólica y su abordaje; tal como lo expone Mazzuca (2009): “la concepción freudiana de la melancolía proporciona una orientación clínica decisiva en el panorama actual, dominado por el vasto campo de las depresiones” (pág. 10).

Al respecto, algunos textos revisados desde los campos del psicoanálisis y de la psiquiatría resaltan la singularidad de la melancolía y la importancia de hacer una diferenciación diagnóstica con otros estados patológicos, con el fin de conducir adecuadamente el tratamiento y plantear una posible delimitación del cuadro clínico, teniendo en cuenta el “componente afectivo, las representaciones ideativas

concomitantes, el temperamento o carácter melancoloide y el modo de sufrir del sujeto” (Mazzuca, 2006, pág. 12).

En este sentido, el conocimiento derivado de este estudio puede contribuir a darle reconocimiento a la melancolía como una entidad con validez dentro de las afecciones psíquicas, teniendo en cuenta que su diagnóstico ha sido estudiado y verificado desde hace muchos años por grandes médicos, psiquiatras y psicoanalistas; además, la experiencia subjetiva de la enfermedad cambia notablemente en cada cuadro clínico.

La metodología utilizada para el proyecto que da origen a este texto se inscribió en el paradigma cualitativo, enfoque interpretativo, en el marco de los estados del arte. Dentro del material objeto de estudio se encuentran tesis de grado, artículos de revistas indexadas y fuentes primarias. La información analizada corresponde a un total de 85 textos: de los cuales 53 son artículos de investigación, 1 es trabajo de grado, 2 son tesis de maestría, 1 es tesis de doctorado y 28 son libros. Teniendo en cuenta el eje de la investigación, se estableció la siguiente unidad de análisis: elementos teórico-prácticos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría para el establecimiento del diagnóstico de la melancolía y la depresión. Igualmente se especificaron las categorías de análisis, estas son: 1) Definición histórica de la melancolía y la depresión; 2) Noción de melancolía y depresión en la psiquiatría norteamericana de los últimos 50 años; 3) Noción de melancolía y depresión desde el psicoanálisis freudiano.

Definición histórica de la melancolía y la depresión

La melancolía inicialmente fue abordada por la medicina clásica en el siglo V a. C., donde se originaron los primeros desarrollos sobre esta afección. Desde sus antecedentes griegos este término ha estado relacionado con un estado anormal o enfermizo. Para este momento se consideraba que el exceso de bilis negra en el cuerpo causaba una serie

de desórdenes a los que se llamó enfermedades melancólicas (Jackson, 1986), lo que dio paso al estudio de su patogénesis e incidencia en los estados anímicos del ser humano.

La palabra depresión, en cambio, aparece como tal a partir del siglo xvii asociada a discusiones sobre la melancolía. De acuerdo con Jackson (1986), esta expresión se utilizaba para referirse a la depresión del espíritu o aflicción, pero en 1725 Richard Blackmore empieza a ligarlo con la medicina mencionando la posibilidad de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía, o elevado a un estado lunático y de distracción” (pág. 17).

Edad antigua

Hipócrates inicia la construcción de una teoría para explicar los estados de salud-enfermedad y las características del cuerpo humano: “Así, las distintas partes del cuerpo resultarían de la mixtura en distinta proporción de cuatro humores: sangre, pituita o flema, bilis amarilla y bilis negra o atrabilis” (Álvarez et al., 2004, pág. 38), donde la salud se corresponde con el equilibrio de dichas sustancias y la enfermedad con un desequilibrio de esta mezcla humoral.

Si bien desde la época clásica ya había una relación entre melancolía y locura, es a partir del siglo iv que la idea de melancolía empieza a tener una transformación debido a la influencia de dos grandes corrientes culturales: “la locura en las grandes tragedias y la idea de furor en la filosofía platónica” (Klibansky et al., 1991, pág. 39). La sustancia negra, tan generalmente aceptada como fuente de demencia, toma explicaciones racionalistas, de ahí que sea importante señalar que se descubren rasgos de melancolía patológica en grandes figuras como Heracles, Ajax, Belerofonte, héroes de la mitología griega.

Así las cosas, poetas y dramaturgos griegos se formaron una idea de locura donde el pensamiento mítico y la tragedia se asociaban a una forma de vida psíquica en que la causa de la enfermedad y la curación

hacían parte de un rito comunitario que restablecía de manera mítica el orden cósmico, idea que no fue incorporada por la medicina hipocrática ni valorada por la psiquiatría años más tarde.

Luego, en la época de Galeno (131 d.c) se retoma la tradición hipocrática sobre la melancolía. La definición de este autor es la que más se aproxima a la de las épocas actuales, pues desarrolló conceptos como nostalgia, formó una familia de síntomas afectivos que permitieran dar cuenta del cuadro clínico e hizo algunas referencias a cuadros que combinaban manía y melancolía (Jackson, 1986). Según Galeno, la melancolía es una enfermedad crónica sin fiebre donde el miedo y la tristeza son síntomas básicos, es común una idea delirante y fija, aunque de diferente contenido según el paciente. Consideraba que “algunos melancólicos eran misántropos y estaban cansados de la vida, algunos padecían un tipo específico de melancolía: la hipocondriaca, que comprendía toda una serie de síntomas gastrointestinales” (citado por Jackson, 1986, pág. 236).

Edad Media

De acuerdo con Álvarez et al., (2004), “a lo largo de la edad media las concepciones nosológicas y etiológicas de la locura siguieron modelos explicativos pluralistas” (pág. 43) que no se redujeron específicamente al discurso médico; las creencias y aspiraciones cristianas tuvieron su incidencia en los desarrollos posteriores. Por tal razón, las explicaciones sobre diferentes afecciones como histeria y melancolía adquirieron una explicación demonológica combinada con esquemas explicativos más afines a la ciencia. En esta época las creencias y lo simbólico fueron el insumo de algunos autores para explicar la naturaleza de la locura, se retorna a algunas acepciones de la época antigua donde lo sobrenatural, la posesión divina y lo demoniaco eran explicaciones para algunos de estos fenómenos.

De este modo, reaparece el concepto de acedia, introducido a finales del siglo IV por la Iglesia cristiana, para ese momento entendido como “una constelación de sentimientos y conductas consideradas como poco habituales, no deseables, e indicativas de una necesidad de atención para remediarlas” (Jackson, 1986, pág. 67), asociado en la época medieval con la pereza e inactividad y atribuida principalmente a los monjes. También se le suma a este estado: aflicción, tristeza y desesperación, por lo que a finales de la Edad Media se relaciona con la melancolía. En efecto, durante el Medioevo, el término de melancolía conserva la descripción galénica como: “un estado en que el paciente se siente temeroso, triste, misántropo, suspicaz, cansado de la vida y, con frecuencia, pero no siempre, afligido por alguna idea ilusoria” (Jackson, 1986, pág. 75), con la cual la acedia compartía parte de su terreno.

Renacimiento, Edad Moderna e Ilustración

Avanzando con la revisión del concepto de melancolía en los albores del pensamiento científico, es importante repasar las teorías acerca de dicha afección en el Renacimiento con

la obra de Robert Burton, “*The Anatomy of Melancholy*” que salió a la luz en 1621 y contiene

una detallada descripción de los conocimientos que se tenían acerca de la melancolía” (Jackson, 1986, pág. 93). Para Burton (1947), la melancolía era una de las afecciones más importantes y más digna de estudio teniendo en cuenta sus síntomas, pronóstico y curación; este autor la definió como:

Un estado de chochez, según la caracterización de Laurentino, «cuando algunas de las principales facultades mentales, como la imaginación o la razón, están alteradas, según les ocurre a todos los que sufren de melancolía». En este caso no hay fiebre, por tratarse de un humor en su mayor parte frío y seco, lo que impide su corrupción. El temor y la tristeza son los verdaderos y constantes caracteres de la mayoría de los melancólicos, pero no de todos, como bien expresa Hércules de Sajonia en su *Tractatus de posthumo de Melancholia*.

Algunos melancólicos se distinguen por su buen talante, otros por su atrevimiento, y los hay que no manifiestan ninguna forma de temor o pesadumbre (pág. 14).

También resalta en su texto algunas coordenadas importantes para la comprensión y diagnóstico de la melancolía, como la tristeza, las obsesiones, los delirios, la conducta suicida y las quejas hipocondriacas. Este último criterio fue cambiando en el siglo xvii con las elaboraciones de otros autores como Willis y Sydenham, “quienes habían separado la hipocondría de la melancolía, agrupándola con la histeria, describiendo ambos estados como síndromes que incluían un amplio abanico de quejas tanto físicas como psicológicas, pero no locura” (Jackson, 1986, pág. 133).

La melancolía, un síndrome clínico que estaba asociado por más de doscientos años a la teoría humoral, va tomando una perspectiva diferente. Según Jackson (1986), las teorías mecanicistas empezaron a desplazar a las consideraciones teóricas sobre dicha afección, por lo que aparecen las ideas médico-químicas que dan forma a las teorías de la época y autores como Pitcairn y Hoffmann “se encontraban entre los primeros exponentes de adaptación de las teorías mecanicistas a la explicación de la melancolía. Ambos expusieron sus ideas hacia el final del siglo xvii y luego continuaron ejerciendo señalada influencia a principios del xviii” (pág. 114), pensando el cuerpo como una máquina compuesta por partículas y haciendo sus descripciones clínicas desde la fisiología y la patología.

Con la llegada de la ciencia moderna aparecen importantes cambios conceptuales respecto de las afecciones psíquicas, pasando de la teoría de los humores a la explicación química, “abriendo caminos por los cuales transitarán las categorías del discurso científico” (Jiménez, 2014, pág. 29) y los nuevos tratamientos para la enfermedad mental.

Melancolía y depresión en el siglo xix

Hacia 1820 la visión de la melancolía empieza a tener modificaciones importantes, “alienistas como Reil, Griesinger o Heinroth comenzaron

a otorgar mayor importancia a los afectos y a las pasiones en el desarrollo de la enfermedad mental” (Luque y Berrios, 2011 pág. 134). Dicha transformación se ve influenciada por la propuesta conceptual de la psicología y el modelo anatomo-clínico, reduciendo la melancolía a una forma de locura parcial, un trastorno donde las emociones estaban implicadas y los rasgos particulares eran la pérdida, inhibición y disminución de la energía vital.

Así las cosas, esta afección, como entidad nosológica, empieza a opacarse con las elaboraciones teóricas de la época. De acuerdo con Jiménez (2014), la obra de Jean-Retienne-Dominique Esquirol, discípulo de Pinel, ejerció mucha influencia en el tema de la melancolía,

pues equipara la palabra lipemanía con melancolía, considerándola como un delirio parcial crónico, sin fiebre. Este cambio propuesto por Esquirol solo se utilizó en la psiquiatría francesa y española, pues según Luque y Berrios (2011) la palabra melancolía se siguió usando en el contexto occidental hasta finales del siglo XIX, cuando la expresión “depresión mental” fue sustituyéndola gradualmente.

Lo anterior permite vislumbrar la nueva perspectiva en la psiquiatría, donde la locura clásica pasa a tener nuevas categorías dentro de la enfermedad mental, la observación de fenómenos en el cuerpo llevó al sujeto a convertirse en un ser definido por la biología, asignando a un órgano en particular (cerebro) las variaciones de los pensamientos, emociones y comportamientos.

Psiquiatría moderna: de la melancolía al trastorno

Para el año de 1908, el término depresión es introducido en los Estados Unidos por Adolf Meyer, reconocido psiquiatra suizo quien propone toda una categoría de depresiones: “depresiones esenciales no suficientemente diferenciadas, depresiones sintomáticas, alucinación depresiva, depresión agitada o psicosis de ansiedad, depresiones con síntomas adicionales como rasgos paranoicos u otras complicaciones” (Jackson, 1986, pág. 184). A través de su teoría funcionalista logra

sustituir la expresión melancolía por depresión, dando entrada con sus elaboraciones a los sistemas nosográficos que pasan a ser las nuevas verdades del sujeto.

Noción de melancolía y depresión en la psiquiatría norteamericana de los últimos 50 años

En el rastreo por el *DSM-I*, que data de 1952, se corrobora que los desórdenes mentales se clasificaron en dos grandes grupos: aquellos en los que hay una alteración de la función mental como resultado de un deterioro del cerebro, y los desórdenes de origen psicógenos sin causa orgánica aparente; en este último grupo se ubican las depresiones consideradas, hasta ese momento, desórdenes afectivos, donde se incluye la melancolía involutiva, la reacción maniaco-depresiva y la reacción depresiva psicótica (Jackson, 1986).

La melancolía involutiva conserva un cuadro clínico similar al planteado por la psiquiatría clásica: reacciones psicóticas caracterizadas comúnmente por depresión, ocurre en el período involutivo, sin historia previa de reacción maníaca depresiva y generalmente en individuos de personalidad compulsiva (*DSM-I*, 1952). En cambio, la reacción depresiva es explicada en dicho manual como una respuesta frente a la emergencia de una situación actual frecuentemente relacionada con una pérdida y con sentimientos de culpa asociados a eventos pasados.

En este punto se ya puede inferir una distinción entre síntoma y cuadro propiamente depresivo, pues la reacción depresiva, como se lee en este texto, anuncia un estado que emerge en el sujeto a causa de los avatares de la vida, mientras que la melancolía es considerada una psicosis donde hay una estabilidad en el conjunto básico de síntomas.

La siguiente propuesta taxonómica, del *DSM-II*, editado en 1968, contiene 138 páginas y 180 categorías “formuladas en el lenguaje interpretativo del psicoanálisis” (Rose, 2012, pág. 389); este nuevo manual diagnóstico suprime el término reacción, pues era necesario asignar a

los pacientes un diagnóstico más descriptivo, “evitando especulaciones teóricas acerca de la etiología y naturaleza de su trastorno. Este movimiento llamado neokraepeliano enfatiza en la nosología dando pie a los primeros criterios diagnósticos específicos para un grupo de trastornos” (Vallejo, 2015, pág. 326).

En efecto, se constata que las nociones de melancolía y enfermedad maniaco depresiva aparecen dentro de los desórdenes afectivos mayores, mientras que la psicosis depresiva pertenece a otras psicosis y la reacción depresiva ahora se identifica como neurosis depresiva. La reducción del psiquismo a lo neuronal prepara la salida del lenguaje psicoanalítico de dichos textos, por la tardanza en la eficacia de sus terapias y la dificultad para medir estadísticamente su efectividad, adoptándose el DSM-III, publicado en 1980, ateuórico con casi 500 páginas.

Con este sistema descriptivo se eliminan todos los aportes hechos por el psicoanálisis y por la psiquiatría dinámica: “los conceptos (psicosis, neurosis, perversión) fueron reemplazados por la noción blanda de trastorno y las entidades clínicas abandonadas en beneficio de una caracterización sintomática de estos famosos desórdenes” (Roudinesco, 2000, pág. 42), como es el caso de la melancolía, que pasó de ser una psicosis a un trastorno afectivo mayor.

En este punto, es preciso señalar que dentro de los trastornos afectivos graves solo se consideran dos categorías: el desorden bipolar y la depresión grave, “dentro de esta última podían aparecer o no rasgos psicóticos y melancolía” (Jackson, 1986, pág. 204), criterios que dejan por sentado el trastorno depresivo en términos de transitoriedad, es decir que se puede pasar de un síndrome a otro, y la melancolía como “una subcategoría endogenomórfica de episodios depresivos graves para los que normalmente es necesario el tratamiento somático” (Jackson, 1986, pág. 204).

Continuando en esta misma línea de análisis, es preciso abordar ahora el DSM-IV, manual diagnóstico que aparece en 1994 con 350 trastornos diferentes. Este compendio plantea que el objetivo de las

categorías es servir de ayuda al juicio clínico y procurar la especificidad en el diagnóstico; por ello, “las categorías amplias de principios del siglo xx, depresión, esquizofrenia, neurosis, ya no resultan adecuadas; las patologías del humor, la cognición, la voluntad o los afectos se disertan en una escala diferente. La mirada psiquiátrica ya no es molar sino molecular” (Rose, 2012, pág. 389).

En efecto, la depresión ya no se encuentra dentro de los desórdenes afectivos, aparece dentro del grupo de trastornos del estado de ánimo en el que se “incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor” (DSM-IV, pág. 323) y se hace una división de estos teniendo en cuenta: episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y especificaciones que describen el episodio.

Finalmente se aborda el DSM-V, manual publicado en el 2013 con unos cambios en la estructura global y la evaluación multiaxial que pasa de 5 ejes a 3. Aquí, tanto en el trastorno depresivo como en los bipolares, se debe señalar la gravedad actual: leve, moderado, moderado-grave, así como las especificaciones: con características mixtas, características melancólicas, características atípicas, características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto, con patrón estacional, con ansiedad. Es decir, la melancolía en estos manuales pasó a ser un especificador de gravedad; la expansión de nuevas categorías diagnósticas desplaza la nosología clásica y grandes entidades como la melancolía y la manía se reducen a subtipos dentro de cuadros clínicos como la depresión y la bipolaridad.

Noción de melancolía y depresión desde psicoanálisis freudiano

Es importante dar trazabilidad a la temática en mención desde la etapa prepsicoanalítica en Freud tomando como referentes los manuscritos D, E, F, G y K, que datan de 1894 a 1897. Estos textos hacen parte de la

correspondencia confidencial que Freud sostuvo con su amigo Wilhem Fliess, “mientras busca dar explicaciones plausibles a los fenómenos neuróticos que en aquellos momentos se encuentra investigando en los pacientes que acuden a su consulta. Son los años anteriores y coetáneos a la institución del método psicoanalítico” (Martín, 2016, pág. 47).

En el “Manuscrito D” sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis, Freud (1979/1894a) consideraba que la melancolía hacía parte de la morfología de las neurosis, sin embargo “hace una separación de la misma respecto a otras neurosis como la histeria, neurosis de angustia y neurosis obsesiva” (Giraldo, 2018, pág. 58), emparentándola con la manía, asimismo señala que la etiología de la melancolía es adquirida.

En el Manuscrito E, Freud se centra en la angustia y su causa, manifestando que dicho concepto está enlazado con la sexualidad y que su fuente no se encuentra en lo psíquico, sino que “se sitúa en lo físico, lo que produce angustia es un factor físico de la vida sexual; uno diría que se trata de una acumulación física de excitación, es decir, una acumulación de tensión sexual física” (Freud, 1979/1894b, pág. 229). Aquí el autor ya encuentra diferencias entre el mecanismo de la melancolía y el de la angustia, pues el melancólico ha sido catalogado como “anestésico”, es decir, no tiene una necesidad por el coito, “sino una gran añoranza por el amor en su forma psíquica]—una tensión psíquica de amor, se diría—; cuando esta se acumula y permanece insatisfecha, se genera melancolía” (pág. 231); entonces, cuando una tensión sexual física no se puede tramitar, muda en angustia, y cuando la acumulación es de una tensión sexual psíquica se habla de melancolía.

Pasando ahora al manuscrito F, se observa el análisis que Freud (1979/1894c) realiza a varios historiales clínicos, uno de ellos corresponde a un caso de melancolía. En la construcción del cuadro clínico observó en su paciente una posición obstinada en sus quejas, además de los siguientes síntomas: agotamiento, dificultades estomacales, insomnio, disminución de la energía sexual, apatía, inhibición, presión intracraneana y dispepsia. Esta descripción completa le permite al

autor anudar la melancolía con la teoría de la neurastenia, pues encontró analogías en cuanto al onanismo, dificultades en la vida sexual y perturbación de las funciones nerviosas. Es claro que, para este momento, Freud explica las características del síntoma desde una perspectiva fenomenológica, pues aún no había desarrollado la composición del aparato psíquico donde aquel toma otro lugar.

Ya en el manuscrito G, sobre melancolía, Freud (1979/1895a) presenta algunas puntualizaciones sobre los vínculos entre melancolía y anestesia sexual, e introduce la noción de afecto, equiparándolo con el duelo por cuanto añoranza de algo perdido producido dentro de la vida pulsional, e intenta explicar a través del esquema sexual los tres tipos de melancolía: 1) melancolía grave de retorno periódico (melancolía genuina); 2) melancolía neurasténica; y 3) melancolía de angustia. Es importante resaltar que en estos tiempos Freud situaba dicha noción entre neurastenia, por la similitud de los síntomas, y neurosis de angustia, tesis que se va transformando cuando el autor despeja los mecanismos psíquicos que pertenecen a la melancolía.

Terminando este recorrido por los manuscritos, es pertinente mencionar las elaboraciones que Freud aporta en 1895, donde hace una comparación entre histeria, neurosis obsesiva y una forma de paranoia (Manuscrito κ). Aquí el autor hace hincapié sobre varias manifestaciones como el reproche, la mortificación y el duelo que, por el momento, son ajenas a la melancolía, pero que en 1915 le adjudicará.

Es en 1907 cuando Freud retoma el estudio de dicha afección de la mano de grandes colegas, como Karl Abraham, con quien sostiene una fructífera relación académica durante varios años, y quien incide de manera importante en los estudios freudianos sobre la melancolía. Ambos hacían parte de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, un pequeño círculo de discusión sobre psicoanálisis que Freud creó en 1902. Dicha sociedad realizó en 1910 un debate sobre el suicidio, donde ya se vislumbraba el interés del psicoanálisis por la clínica de la melancolía, y un año después aparece el trabajo aportado por Abraham sobre

el estudio de las enfermedades depresivas graves, los cuales abren un panorama explicativo para la melancolía al aportar los primeros datos clínico-psicoanalíticos (Jackson, 1986).

A partir de 1914, en el contexto de la nueva metapsicología psicoanalítica, los puntos oscuros sobre la melancolía se van aclarando, ofreciendo datos clínicos e interpretaciones relevantes para su adecuado diagnóstico. Estos trabajos describen los procesos psíquicos desde un punto de vista tópico (lugar donde acontece el proceso), dinámico (elementos que intervienen bajo la forma de conflicto psíquico) y económico (magnitudes en juego, punto de vista pulsional) (Rangone, 2015), lo que permite una lectura distinta de las afecciones sintomáticas. De acuerdo con Martín (2016), este modelo le permite a Freud pensar la melancolía ya no en términos neurológicos, ni fenomenológicos: “aquí las pulsiones toman objetos, identificaciones, hay investiduras y desinvestiduras de estos objetos, y la libido tiene distintos componentes que ejercitan una dialéctica entre sí” (pág. 89).

Con su obra “Duelo y melancolía”, el autor arroja luz frente a las manifestaciones y particularidades de la melancolía, señalando:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Este cuadro se aproxima a nuestra comprensión si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. Pero en todo lo demás es lo mismo. (Freud, 1979/1917, pág. 242).

Respecto a lo observado en la melancolía, Freud (1979/1917) reconstruye el proceso de enfermar precisando que siempre hubo una elección de objeto, pero por diversas situaciones se da una ruptura de ese vínculo y la elaboración del duelo, entonces, no es normal, pues al retirar la

libido del objeto, esta no se desplaza a uno nuevo, por el contrario, se aloja en el yo, “pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado, la sombra del objeto recae sobre el yo” (Freud, 1979/1917, pág. 246).

De acuerdo con Otto Rank (citado por Freud, 1979/1917), la elección de objeto en el caso de la melancolía posiblemente se dio sobre una base narcisista, la identificación narcisista con ese objeto lo convierte en un sustituto de la investidura de amor, esto trae como consecuencia seguir fijado al vínculo a pesar de ya no estar con la persona amada: “Un sustituto así del amor de objeto por identificación es un mecanismo importante para las afecciones narcisistas” (pág. 247). Esta elaboración permitió a Freud separar la melancolía de las neurosis y ubicarla en el campo de las psicosis; avanzando así en la concepción que tenía sobre la pérdida en sus manuscritos en función de la libido, aquí ya precisa que libido, identificación y narcisismo son conceptos claves en su diagnóstico.

Así las cosas, analizando el proceso melancólico se encuentra que dicha afección hunde sus raíces en el inconsciente (aspecto topográfico), pues contiene más que un duelo normal por las batallas parciales que tiene con el objeto, su relación con este no es simple, la complica el conflicto de ambivalencia entre odio y amor. En efecto, a la conciencia solo llega una parte de este conflicto y lo que se experimenta no es lo fundamental del trabajo melancólico, asunto que puede incidir en las intervenciones que se realicen desde esta instancia buscando la remisión de los síntomas. Por consiguiente, es importante tener en cuenta las particularidades en la condición melancólica que giran en torno al inconsciente (pérdida del objeto), la ambivalencia y la condición económica (regresión de la libido al yo) donde puede sobrevenir la manía. Se puede decir, entonces, que manía y melancolía son caras de la misma moneda, pues la manía trata de negar inconscientemente la pérdida de objeto melancólico, “junto a una formación reactiva para hacer frente a tal pérdida, haciendo que la libido acumulada se emancipe del objeto resignado y parta a investir indiscriminadamente nuevos

objetos” (Martín, 2016, pág. 113), mientras que la melancolía presenta una multitud de batallas parciales por el objeto, donde enfrenta la ambivalencia entre odio y amor: “el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal” (Freud, 1979/1917, pág. 253).

Hasta aquí se puede señalar que para Freud la condición melancólica tiene una especificidad, ya que sus síntomas no aparecen puros, como en las nosografías clasificatorias; por ello renuncia en su trabajo a la validez universal que ofrece la psiquiatría descriptiva, comparando dicha afección con un afecto normal como el duelo, partiendo de un caso menos grave a otro mucho más grave, donde deduce que ambos estados muestran los mismos rasgos, excepto uno: la perturbación del sentimiento de sí, remitiendo a una pérdida de objeto y al desvío de la libido al yo, por ello la melancolía se ubica en el campo de las psicosis. Así mismo, asocia dicha afección con la conciencia moral (culpa), lo que ya introduce una distancia respecto a la primera tópica.

Sobre el término depresión, Freud refiere en este texto que es una marca de afecto propio de la melancolía, otorgando un proceder descriptivo para tal noción, de ahí que se pueda inferir que la depresión es un estado o síntoma que puede estar presente en las diferentes estructuras y la melancolía una afección psíquica que corresponde al campo de la psicosis.

Lo expuesto hasta aquí permite poner de manifiesto el avance de Freud en su obra ingresando nuevas nociones a partir de la investigación y la clínica. Precisamente en 1923 el autor introduce su segunda tópica en el texto “El yo y el ello”, ofreciendo una descripción de la psique, sus operaciones y las funciones del yo, en particular la relacionada con la autocrítica y el sentimiento de culpa. Freud expone el modelo estructural del aparato psíquico conformado por el yo, el ello y el superyó, adscribiendo a este último la conciencia moral y el imperio sobre el yo; de allí que el factor moral devenga en sentimiento de culpa a partir del cual el sujeto cree ser merecedor de castigos, siendo esto un factor esencial en la melancolía. Se puede concluir con este apartado

que Freud reconoce la melancolía como una afección, incluyéndola dentro de las neurosis narcisistas, asociada estrechamente con el suicidio, pues el yo se aviene a su autodestrucción.

Ahora, respecto al concepto de depresión, las aproximaciones que hace el autor son sólo descriptivas, enmarcándolo como un estado, una marca de afecto. De allí que depresión no sea igual a melancolía, pues las fronteras diagnósticas entre estas dos nociones se han diluido

por pensarse en relación al afecto. El afecto en la melancolía no se comporta igual, este se expresa por una pérdida de la capacidad de amar, una perturbación del sentimiento de sí y un delirio persistente en espera de castigo. Así las cosas, la depresión puede ser vista como un síntoma que solo se relaciona con la melancolía en el sentimiento de culpa; en la depresión no hay un rechazo de sí mismo, sino de las demandas de la sociedad, lo que la caracteriza por una pérdida del deseo, por no querer saber nada sobre la causa de su deseo.

Conclusiones

El rastreo de la información abrió un panorama de conocimiento respecto a la melancolía y la depresión en el cual la descripción y los esquemas explicativos demuestran que la clínica no es estática, sino que ha evolucionado en el trasegar de una época a otra, arrojando nuevos diagnósticos y tratamientos.

Para el caso del psicoanálisis, se encuentra desde los primeros trabajos de Freud una transición del fenómeno al síntoma, lo que le da un lugar singular al padecimiento humano. En esta vía es importante señalar que la melancolía ha sido objeto de estudio no solo de la psiquiatría clásica y la filosofía, sino que la psiquiatría moderna y la psicología también han incursionado en su desarrollo e involución, esto debido al desfile de teorías que se han producido desde los escritos hipocráticos.

La desaparición de la melancolía de las nosografías oficiales se da a partir del DSM III, siendo reemplazada por los trastornos del afecto: depresión

mayor y trastorno bipolar, los diagnósticos más prescritos en la actualidad, cuyo tratamiento oscila entre terapia psicológica y medicamento.

Si bien el término depresión empezó a difundirse con fuerza entre médicos y psiquiatras, posiblemente por evocar una explicación fisiológica, para el psicoanálisis la melancolía tiene un lugar dentro de la clínica como entidad nosológica, en tanto la depresión no hace parte de una afección como tal. Ya desde el periodo pre-psicoanalítico, Freud empieza a esbozar unas elaboraciones en torno a dicha noción, donde avizora la importancia del mecanismo psíquico en la melancolía para circunscribir los síntomas.

Sobre el término depresión, Freud hace unas alusiones de manera descriptiva, asociándolo con un estado, una marca de afecto que puede estar presente en las diferentes estructuras; es decir, la concepción freudiana de un sujeto del inconsciente está permeada por las vicisitudes que este debe atravesar relacionadas con la sexualidad, el amor, la muerte y lo prohibido, en que el *taedium vitae* (tedio de la vida) emerge como una forma de suprimir dichos conflictos.

Finalmente, las manifestaciones clínicas de la melancolía y la depresión pueden aportar datos diferenciales entre ambas nociones, pero con este recorrido queda claro que la clínica del trastorno se reduce por cuanto es el terapeuta quien observa y clasifica determinada alteración patológica para proponer un tratamiento y un pronóstico; en el psicoanálisis el síntoma sólo existe si es nombrado por el paciente, de allí la especificidad de esta clínica, pues transita de lo particular a lo singular.

Referencias

- Álvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Editorial Síntesis S.A.
- Burton, R. (1947). *Anatomía de la melancolía*. Colección Austral.
- Freud, S. (1979/1894a). Manuscrito D. Sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), *Obras completas* (vol. I, págs. 225-228). Amorrortu.

- Freud, S. (1979/1894b). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia? En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), Obras completas (vol. I, págs. 228-234). Amorrortu.
- Freud, S. (1979/1894c). Manuscrito F. Recopilación III. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), Obras completas (vol. I, págs. 235-239). Amorrortu.
- Freud, S. (1979/1895a). Manuscrito G. Melancolía. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), Obras completas (vol. I, págs. 239-246). Amorrortu.
- Freud, S. (1979/1895b). Manuscrito K. La neurosis de defensa. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), Obras completas (vol. I, págs. 260-289). Amorrortu.
- Freud, S. (1979/1917). Duelo y Melancolía. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), Obras completas (vol. XIV, págs. 235-255). Amorrortu.
- Freud, S. (1979/1923). El yo y el ello. En Strachey, J. (ed.), Etcheverry, J. (trad.), Obras completas (vol. XIX, págs. 15-63). Amorrortu.
- Giraldo, L. (2018). Algunas puntualizaciones sobre la depresión y la melancolía en torno a la obra de Sigmund Freud [tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Universidad de Antioquia. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15968/1/GiraldoLina_2018_AlgunasPuntualizacionesDepresion.pdf
- Jackson, S. (1986). Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. Ediciones Turner S.A.
- Jiménez, C. (2014). Depresión: Crítica de una noción desde el psicoanálisis [tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Universidad Nacional de Colombia. <http://bdigital.unal.edu.co/49642/15/32937544.2015.pdf>.
- Klibansky, R., Panofsky, E. y Saxl, F. (1991). Saturno y la melancolía. Editorial Alianza.
- Luque, R. y Berrios, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. Rev. Colomb. Psiquiat., 40, 130-146. <https://www.elsevier.es/es-revista-revistacolombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745014601992>.
- Martín, J. D. (2016). Aproximación a la melancolía. Una comparación entre dos perspectivas: la freudiana y la cristiana (tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). E-prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/36090/>.
- Mazzuca, R. (2006). Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía. Revista Virtualia, 14, 2-12. <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/cJwCA-RaDHF4SDPXQ5ARRoESiV8rwOGbxALoeQ8c.pdf>.
- Pizarro, A. (2017). La melancolía en la antigüedad clásica. El problema XXX en Aristóteles. Ediciones UC.
- Postel, J. y Quetel, C. (2000). Nueva historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura Económica.
- Rangone, L. (2015). La metapsicología en los iniciales desarrollos sobre la histeria. Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 12(2), 77-81. <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483547667009.pdf>.

- Rose, N. (2012). "El yo neuroquímico". Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Editorial Universitaria.
- Roudinesco, E. (2000). ¿Por qué el psicoanálisis? Buenos Aires.
- Vallejo, J. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier Masson.
- Zarragoitia, I. (2010). Depresión. Generalidades y particularidades. Editorial Ciencias Médicas.

Psicología aeronáutica. Factores humanos y salud mental

Felipe Galeano Arias¹

Introducción

Gracias a la Primera y Segunda Guerra mundiales, las aeronaves pasaron de ser un instrumento de guerra a convertirse en un medio de transporte que hoy se califica como el más seguro que existe. Durante la implementación de las aeronaves como medio novedoso y eficiente para la actividad bélica, comienzan a aparecer, desde la segunda década del siglo XIX, intervenciones de la psicología con los pilotos y con los observadores de vuelo. Estas intervenciones, luego de la Segunda Guerra Mundial, se añaden con el hecho de la aparición del entrenamiento a civiles (para formarse como pilotos, tripulantes de cabina, técnicos, despachadores, personal de torres de control), que genera preguntas sobre el impacto del comportamiento humano en la operación y, en suma, sobre la seguridad aérea.

1. Psicólogo y Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Máster en Dirección de Empresas y Gestión del Talento Humano CEUPE (Centro Europeo de Posgrado).

Este artículo se plantea responder por la pregunta si es la psicología aeronáutica o de la aviación un campo de intervención psicológica diferenciable de otros, y cómo esta se articula a nociones como salud mental y psicopatología.

Problemas asociados a la definición de la psicología aeronáutica como campo de intervención de la psicología

Para el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC, 2019), los campos disciplinares y profesionales en psicología, al menos en Colombia, son concebidos como agrupaciones de psicólogos colegiados que se configuran a nivel nacional y regional en función de las áreas de conocimiento (campos disciplinares) y las áreas de aplicación (campos profesionales) de la psicología, cuyo fin es generar estándares de calidad para la formación y el ejercicio profesional y, finalmente, fomentar el desarrollo del área en Colombia y proponer políticas sobre el ejercicio del psicólogo en el país.

A lo largo de su historia, la psicología ha intervenido en muchos campos. La demanda del sector aeronáutico sobre ella comienza con la necesidad de realizar procesos de selección en las tripulaciones de vuelo requeridas durante la Primera y Segunda Guerra mundiales; así mismo, para entender en qué se diferenciaban los pilotos respecto de lo que podemos denominar como personalidad (Calvo-Rodríguez y López-Góngora). Además, aparece la necesidad de identificar los procesos atencionales y la forma en que impactaban en el desempeño de vuelo, lo que se sumaba a los tiempos de reacción y a la emotividad asociada a los eventos propios del contexto aéreo; es decir, se realizaron no sólo esfuerzos desde la psicología para seleccionar, sino también para comprender de qué manera aspectos asociados a la personalidad y los procesos psicológicos podrían afectar o no el rendimiento de vuelo.

Si bien en Colombia la psicología aeronáutica aún no es reconocida por el Colegio Colombiano de Psicólogos dentro del listado de campos

disciplinarios y profesionales, la Reglamentación Aeronáutica Colombiana la define como la rama que se ocupa de estudiar los aspectos psicológicos y conductuales que intervienen en el personal que se encuentra o actúa en el medio aeronáutico (UAEAC, 2015, pág. 3). Cabe resaltar, además, que la autoridad aeronáutica internacional, (Organización de la Aviación Civil Internacional (OACI)), reconoce a la psicología como una disciplina que permite la comprensión del ser humano en el contexto aeronáutico, y que aporta a la investigación de los factores humanos en la aviación. Así mismo, la existencia de este campo en países como Argentina, donde se identifica como campo en crecimiento y desarrollo (Alonso, 2009), y España, en el que existe la asociación Española de Psicólogos Aeronáuticos (AEPA), permite identificar no sólo un interés por el campo, sino también por el lugar del psicólogo en el mismo.

Las diferentes definiciones de psicología aeronáutica, tanto las que centran su hacer en el contexto operacional, así como las que lo hacen en el ser humano, implican cuestiones relativas a la fórmula sujeto, método y objeto. Lo anterior lleva a interrogar: ¿Es la denominada “psicología aeronáutica” o “psicología de la aviación” realmente un campo de estudio e intervención de la psicología? De ser así, ¿cuál es su especificidad y cuál su objeto?

Incluso, podemos problematizar aún más el asunto: ¿qué determinaría la existencia de un campo como el de la psicología aplicada a la aviación? Jensen (1997, citado en Alonso, 2012) establece que la psicología aeronáutica es “una aplicación de la psicología al campo del desarrollo y la operación de sistemas aeronáuticos seguros y efectivos, desde el punto de partida del operador humano” (pág. 9). Si bien Jensen establece que esta rama de la psicología está del lado del campo del desarrollo y de la operación de sistemas que buscan la seguridad y la eficacia, la Unidad Administrativa Especial de la Aeronáutica Civil (UAEAC) centra la atención de la psicología en el elemento humano (OACI, 1998), el cual es “la parte más flexible, adaptable y valiosa del sistema aeronáutico, pero es también la más vulnerable a influencias

que pueden afectar negativamente su comportamiento” (s.p.). Podemos observar, entonces, que hay una aproximación a la concepción de sujeto entendido como *elemento humano*.

Ahora, a la luz de una delimitación conceptual, hay por lo menos tres impases para tener una definición de la psicología aeronáutica como campo. Podemos encontrar:

El no reconocimiento como campo ante el Colegio Colombiano de Psicólogos, el cual parte del hecho de una falta de agrupación, así como de investigación sobre el campo.

La inexistencia de una agremiación consolidada que agrupe a los psicólogos que intervienen en el medio de la aviación y de una formación sobre los conceptos asociados al desempeño humano en vuelo en la formación de pregrados en psicología, así como también de programas de educación continuada y complementaria que puedan fundamentar conceptualmente el ejercicio del psicólogo en este contexto.

La falta de articulación conceptual entre la psicología y su aplicación en este medio de transporte, que se verifica luego de una indagación inicial en la que se evidencia una carencia de referencias bibliográficas y de investigaciones que permitan articular las nociones y conceptos para la constitución de un marco referencial específico para este campo.

Hablar, entonces, de “psicología aeronáutica”, permite una aproximación a lo que se concibe como campo de la psicología y ahonda además en el problema epistemológico de la imposibilidad de un solo objeto, de un solo método y de una sola concepción de sujeto, así como de un solo campo de intervención. Esto, por un lado, abriría la posibilidad de establecer a la psicología aeronáutica como campo con una paradoja: la de su carencia de reflexiones y fundamentación teórica; por otro lado, genera un problema, como lo afirma Kuhn (1970), pues la psicología como ciencia no ha definido un solo paradigma para extraer el conocimiento de un objeto. Así también lo ha sostenido Pe-láez (2012) cuando indica que la psicología es llamada a responder por

diversos objetos, entre los cuales puede estar el sujeto entendido como eje transversal de la operación aérea (OACI, 1998).

Factores humanos en la aviación

A partir del estado de la cuestión realizado en otro texto (Galeano-Arias, 2017), se encuentra que la psicología aeronáutica puede ser definida como el estudio de los aspectos comportamentales –actuación y limitaciones humanas– asociados al personal aeronáutico, bajo condiciones propias del sector, que permiten una intervención directa sobre la articulación de las competencias requeridas para un desempeño seguro y una comprensión del comportamiento y la actuación humana en el sector aéreo. Esta definición abarca la conceptualización de lo que se conoce como factores humanos en aviación.

La historia de la psicología aeronáutica, según Sáiz y Sáiz (2012), se puede dividir en dos períodos. El primero data desde la Primera Guerra Mundial hasta 1920, y el segundo desde esta última fecha hasta 1939 (periodo entre guerras). A partir de 1945, con la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se institucionaliza el concepto de *factores humanos*, que interrogaba por las relaciones del ser humano con la máquina –Aeronave–. No obstante, a la fecha, no existe una aproximación que delimite históricamente la psicología en la aviación, luego de la Segunda Guerra Mundial, a pesar de los desarrollos posteriores de la psicología aeronáutica en la posguerra.

La posguerra llevó a la creación de la Sociedad de Investigación Ergonómica (SIE) en 1949, pues hubo interrogantes por la relación que se daba en la interfaz máquina-hombre. Este interrogante llevó a la institucionalización del concepto de factores humanos (OACI, 1998), el cual se refiere a una expresión que se aplica a cualquier factor relacionado con los seres humanos. No obstante, este *cualquier factor* hace una referencia a cualquiera de los factores internos (procesamiento de la información, procesos psicológicos –en especial el aprendizaje, la motivación,

toma de decisiones— personalidad, estrés, perfil clínico) que se desarrollaron ampliamente al finalizar la Segunda Guerra Mundial como una de las consecuencias de la misma, y que permitieron la comprensión del ser humano a la luz del contexto aeronáutico. Así mismo, comprendió los factores externos asociados al entorno propio del sector en el cual se identificaron factores fisiológicos (leyes de los gases, fatiga), propios del entorno (clima, tipo de operación) y los circundantes del ser humano, lo cual particularizaba el estudio entre los seres humanos, cuyo común denominador estaba dado por el medio aeroespacial.

La primera mitad del siglo xx convocó a la psicología para entender al piloto, es decir, para interpretar los factores psicológicos implicados para un tripulante en la cabina de mando. Los estudios sobre las respuestas a estímulos, la fatiga mental, la desnutrición, la cefalalgia, los estados de paroxismo, las fobias y las neurosis (Bandrés y Llavona, 1996) que se suman a la pregunta por las aptitudes psicofisiológicas. Estos estudios se fueron cristalizando para que en el furor de la psicología cognitiva se comenzara a hablar de procesamiento de la información, el cual sería más adelante identificado a las causas de la génesis de errores que podrían ser causantes de accidentes (Reason, 1990).

Hoy, la concepción de los factores humanos comprende no sólo las condiciones ergonómicas que se tuvieron en cuenta en la década de los años cincuenta, sino que, además, implica el abordaje de otros aspectos, tal como lo señala Cooper (2018), entre ellos:

- Aspectos internos y externos del ser humano que afectan el desempeño en la ejecución de las tareas.
- El conocimiento de factores humanos en aviación retoma el saber aportado por la psicología, la ingeniería y la medicina sobre las habilidades no técnicas, el procesamiento de la información y el error humano.
- Una preocupación por desarrollar la comprensión del ser humano y sus limitaciones con la finalidad de minimizar el error a

través de la optimización de las relaciones al interior del sistema aeronáutico, las personas, las actividades a realizar y el ambiente de trabajo.

- La actuación humana como eje de la seguridad operacional.

Tal como lo afirma Alonso (2012), la psicología aeronáutica pretende una mutua integración con la acción de la medicina aeroespacial, así como una contribución a los procesos de selección del personal (selección que debe hacerse desde una mirada clínica), determinación y seguimiento de la aptitud psicofísica (salud mental), entrenamiento (en aspectos técnicos y no técnicos), y a los programas de prevención de accidentes. Así mismo, los factores humanos, hoy, buscan generar estrategias orientadas a conseguir comportamientos seguros. De esta forma, el objeto de estudio de la psicología aeronáutica se constituye como los factores humanos.

Desde esta perspectiva, los factores humanos buscarían la optimización del desempeño y la reducción del error humanos (FAA-AC 120-51E), pudiendo definirlos como aquellos factores internos y externos que afectan la actuación humana, es decir, aquellos factores que intervienen en el comportamiento de un ser humano que se desempeña en el medio aeronáutico.

Error humano y seguridad aérea

La preocupación que gira en torno a la seguridad aérea y operacional, en relación a la salud mental, se articula a lo que se conoce como *error humano*. Esta noción es fundamental para entender el comportamiento humano y la seguridad en aviación. Así, el error humano puede ser definido, tal como lo afirma Reason (1990), como un fallo en la acción planificada para alcanzar sus fines originales sin la intervención de un evento fortuito.

Lo anterior ubica el error desde la dimensión psicológica del ser humano, pudiendo clasificarse en dos dimensiones:

1. Dimensión psicológica consciente, también llamada *acción intencional* (Romero, 2007, pág. 12). La cual hace referencia a todas estas acciones que tienen intención de realizarse (violaciones) o a aquellas que se basan en las concepciones del ser humano frente a las reglas y/o a los conocimientos (equivocaciones). Permite identificar tanto el error, así como el proceso que lo genera.

En esta dimensión, se pueden hallar:



IMAGEN 1. Error humano en su dimensión psicológica consciente.

Dimensión psicológica automática, también llamada *acción no intencional* (Romero, 2007, pág. 12). En esta dimensión se pueden hallar errores asociados a los procesos psicológicos de la atención (Deslices –slips–) y la memoria (lapsus).

Esta dimensión permite la comprensión de aquellos procesos que generan el error, pero que escapan a la conciencia y la comprensión de los procesos que generaron el fallo. Es decir, son acciones de orden

inconsciente, de los cuales se puede identificar cuál es el producto (error evidenciado en una acción, palabra o cualquier acto que involucre el comportamiento humano), pero no del proceso que las genera (Romero, 2007, pág. 16).

En esta dimensión, se pueden hallar:

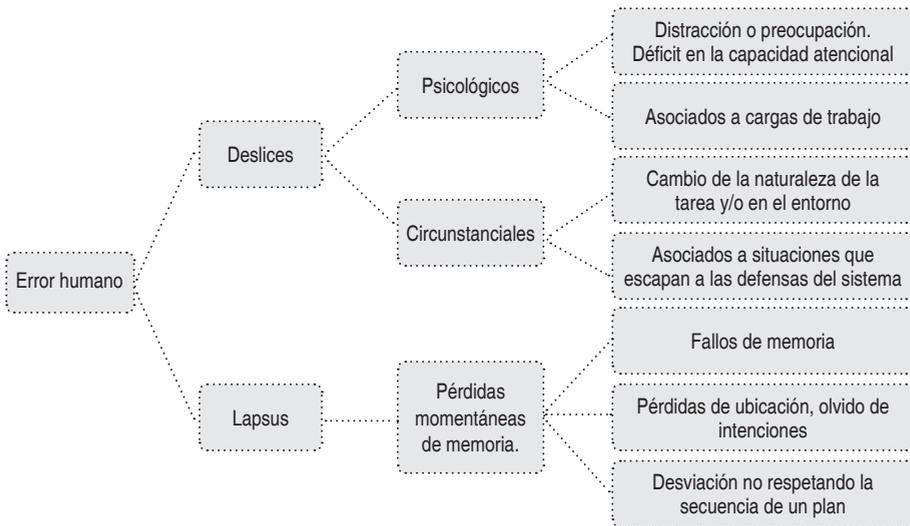


IMAGEN 2. Error humano en su dimensión psicológica automática.

La concepción del error humano implica la comprensión de la interacción del individuo y el entorno como un sistema, el cual posee defensas que buscan gestionar los errores en cada una de sus capas (Reason, 1990; 2000). Lo anterior, se puede ilustrar de la siguiente manera:

- En el sistema aeronáutico existen errores, estos son inevitables pues están asociados al comportamiento humano, es decir, se articulan al hecho de que el ser humano en el sistema aeronáutico es la parte más valiosa, flexible, adaptable, pero también propensa a las vulnerabilidades propias de este medio de transporte (OACI, 1998).

- Para prevenir errores, el sistema puede ser comprendido como una serie de barreras que forman una especie de secuencia. Esta secuencia permite entender que se producen accidentes sólo cuando las acciones que llevan al error no son detenidas a tiempo. Es decir, la accidentalidad aeronáutica es causal y no casual.
- Para comprender el sistema, se habla de *fallas activas* y *condiciones latentes*. Una *falla activa* hace referencia a toda acción que comete el ser humano y que, según Romero (2007):
 - Es capaz de generar un impacto adverso.
 - Tiene efectos inmediatos y es de corta duración.
 - La ubicación de los actores que cometen el error se encuentra en contacto directo con la operación aeronáutica.
 - Tienden a ser únicas y propias de un evento específico.

Estas fallas son acciones cometidas por los actores directos de la operación. Las condiciones latentes, por su parte, operarían como *agentes patógenos* (Romero, 2007, pág. 15), lo que se refiere a todas las acciones que se consideran como asuntos organizacionales, del ambiente y de la supervisión de los riesgos, que inciden directamente en la operación, pero no son acciones directas en ella.

- Las defensas del sistema son aquellos elementos que permiten generar defensas sobre los riesgos. Encontramos: entrenamiento, reglamentación y tecnología. Estas defensas son elementos que soportan la actuación humana e inciden directamente sobre el comportamiento de los individuos. Por ejemplo: el entrenamiento advierte sobre los riesgos, la reglamentación puede modificar la actuación y la tecnología reduce la posibilidad de aparición de errores de concepción y no intencionales.

En la FIGURA 3 se puede identificar el Modelo Reason, el cual ilustra el sistema aeronáutico en relación a las barreras y muestra cómo

un accidente o incidente se genera cuando se alinean fallas activas y condiciones latentes. El error humano, entonces, si bien es un asunto que puede afectar la seguridad aérea y llevar a accidentes e incidentes, es una oportunidad para comprender el sistema y generar y adoptar estrategias en pro de entender errores pasados para evitarlos en un futuro, lo que implica entender la forma en que el ser humano se desempeña y actúa, para identificar causas de errores y acciones correctivas al interior del sistema aeronáutico.

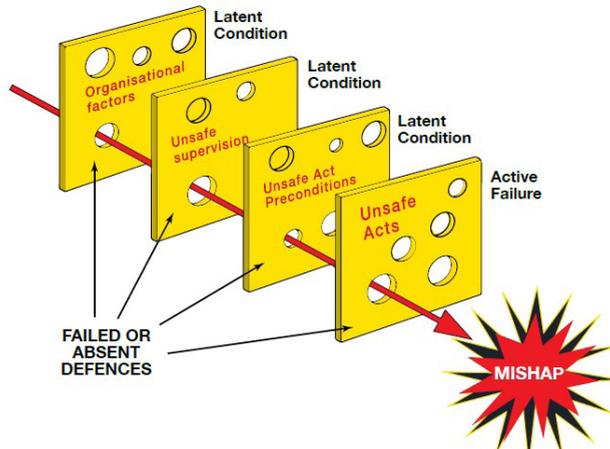


FIGURA 3. Modelo Reason (Cooper, 2018, pág. 34).

Salud mental en la aviación

Si bien la salud mental es una aproximación que se puede denominar reciente, ya desde 1916 se puede identificar que J. Camus y H. Nepper buscaban identificar *las reacciones emotivas de los candidatos a la aviación* (Sáiz y Sáiz, 2012, pág. 7); estas reacciones, si bien se hacían con la finalidad de identificar tipos de respuesta frente a eventos fortuitos y estaban asociadas al contexto bélico mundial, sentaron precedentes en relación a la forma en que un piloto abordaba las situaciones conflictivas que se presentaban en las circunstancias asociadas al vuelo.

Estos primeros estudios permitieron una clasificación respecto a los tiempos de reacción y las respuestas emotivas. Esta taxonomía aptitudinal, dio como resultado cinco categorías que, si bien no son diagnósticas, permitían identificar si el piloto era apto o no para el vuelo. Tal como lo describieron Camus y Nepper (citados por Sáiz y Sáiz, 2012), se pueden categorizar las reacciones de los pilotos militares de la siguiente manera:

1. Tiempo de reacción normal sin presencia de excitabilidad.
2. Tiempo de reacción normal con muestras ligeras de reacción emocional.
3. Tiempo de reacción ligeramente irregular con ligera reacción emocional.
4. Tiempos de reacción con largas desviaciones y reacciones emocionales exageradas.
5. Tiempos de reacción irregulares, a pesar de no mostrar reacciones emocionales excesivas.

A partir de esta categorización se determinaba que los primeros tres grupos eran aptos para el vuelo, mientras que los dos últimos no. Ahora bien, ¿de qué manera la salud mental y la psicología aeronáutica se articulan? Desde la propuesta del transdiagnóstico se tienen en cuenta las escalas de valores asociadas a un individuo inmerso en un contexto socio-histórico; esta propuesta busca una evaluación integral de los procesos psicológicos y se “focaliza, singularmente, en los procesos mentales que han guiado la investigación sobre el condicionamiento y los errores cognitivos desde las aportaciones originales de los años setenta” (Sandín *et al.*, 2012, pág. 197) y problematiza una noción estándar de salud mental, pero, ¿de qué manera? Esta pregunta se deriva de otra: ¿Cómo entender una noción de salud mental estandarizada de manera internacional si en cada país y región hay significaciones particulares sobre ella?

Desde el punto de vista anterior, la salud mental cobraría una significación en cada país/región y podría invitar a los países que integran

la OACI a una discusión en la cual se identifiquen factores comunes y puntos de diferencia. El 24 de marzo de 2015, el caso del piloto de la aerolínea Germanwings generó a nivel mundial cuestionamientos sobre la salud mental; el primer oficial, Andreas Günter Lubitz, luego que el comandante se ausentara de la cabina de mando, se encierra en la misma y estrella la aeronave en la región de Provenza-Alpes-Costa Azul. Las discusiones de los medios de comunicación al respecto formulan todo tipo de hipótesis, una de ellas sobre la certificación aeromédica del tripulante, en la que se afirma que tenía antecedentes de depresión y tendencias suicidas. Frente a esas afirmaciones no hay datos claros, y no es allí que reside el problema por el cual la psicopatología se tendría que preguntar. Es decir, no se trata de una posibilidad de identificar que por un diagnóstico de depresión se acaba con la vida de 150 personas; lo que introduce es una pregunta que problematiza el asunto, pues ¿cuál es la significación de estrellarse con personas a bordo?

¿Por qué hablar de *significación* cuando a simple vista sería más sencillo optar por entender este acto como efecto de un diagnóstico y de un posible tratamiento no realizado? Establecer la significación implica un análisis en el cual se tengan en cuenta una serie de factores que a la luz de los hechos permitan identificar situaciones puntuales, las cuales no pueden sino entrar en un análisis *multidimensional* (Castro, 2014) que permita, por ejemplo, identificar el ambiente físico (la cabina, de mando o de pasajeros); el medio social, la familia y la cultura.

Lo anterior articula lo que se puede denominar significación de un acto a la luz de un contexto; el del tripulante que decide estrellarse, de esta manera, el análisis del individuo, desde la psicopatología, enriquecería la función propia del psicólogo, pues no se conformaría con la nominación de un trastorno y lo ubicaría en un momento histórico. Así como lo afirma Castro (2014), la relación de ambiente e individuo ocurre justo en un momento histórico, por lo que no es posible “considerar una historia sin ambiente o sin individuo” (pág. 50). ¿Qué significa esto para este caso? Significa que antes de evaluar el diagnóstico de una

enfermedad, sea cual esta sea, o de definir lo que podría denominarse salud mental en el medio aeronáutico, habría que identificar los factores que intervienen sobre un individuo. De esta manera se comprenderían aspectos motivacionales en sus decisiones de una manera más ajustada a la realidad de su entorno.

Ahora bien, la significación del acto que se lleva cabo cuestiona profundamente un diagnóstico ágil y obliga a trascender de la nominación de un trastorno, promoviendo preguntas éticas a la luz del ejercicio, para el caso, de la psicopatología en lo concerniente a su introducción y mirada sobre el campo aeronáutico. La psicología aeronáutica define su objeto de estudio como la actuación humana (*human performance*), en la cual se delimitan los factores humanos en la aviación, para los que el ser humano es considerado el elemento más flexible, adaptable y valioso del sistema aeronáutico, a su vez que el más vulnerable, y cuyo comportamiento puede verse afectado con facilidad (OACI, 1998, 1-1-1). Desde esta definición, ¿cómo entender la flexibilidad, adaptabilidad y vulnerabilidad del ser humano?

Desde la evaluación y el diagnóstico, que pretenden identificar las características y estructura de la personalidad, es necesario tener en cuenta las nociones y conceptos de la psicología alrededor de la personalidad. No obstante, en el momento de evaluar, ¿se tienen en cuenta los conflictos subjetivos, el contexto en el cual se desarrolla la personalidad y las variables de análisis que este ofrece para llegar a una comprensión de los factores que pueden entenderse como *personalidad*?

Si se tuviera en cuenta esto, por ejemplo, al momento de hacer evaluaciones a tripulantes, se tendría una visión más enriquecedora en la selección y en el entendimiento de la limitación del ser humano en el contexto del vuelo; a saber, que el elemento humano no está diseñado fisiológicamente para volar, pero, aun así, la aeronave es un medio de transporte que goza de prestigio social y en el cual la seguridad aérea es siempre el objetivo. Paradójicamente, esta seguridad oscila en las demandas hacia el tripulante, en las cuales se distinguen

responsabilidades, pero se exige, a su vez, que tenga una personalidad apta para el vuelo. Entre estas exigencias, siempre paradójicas, se encuentran, tal como lo afirma Lotero-Serrano (2005):

1. Someterse a todas las regulaciones, procedimientos y reglas, versus tener iniciativa y responsabilidad en la ejecución de la tarea.
2. Control de sí mismos, bajos niveles de impulsividad, versus capacidad de reaccionar de manera ágil y adaptativa a las situaciones que se presentan.
3. Alternar los tiempos de trabajo con tiempo proporcionales de descanso.
4. Tomar decisiones de manera rápida y acertada, sin tener la información completa, versus buscar siempre toda la información posible sobre sus funciones.
5. Alta motivación y afecto positivo por lo que hacen, versus respeto por el peligro asociado a sus funciones.
6. Tener confianza en sí mismos, versus no tener sentimientos de grandiosidad.
7. Ser líderes, versus ser capaces de subordinarse con facilidad.

¿Cómo articular estas exigencias a una reflexión psicopatológica y de la salud mental? ¿Cómo entender la *coherencia* en el momento de evaluar a un tripulante en relación a las demandas paradójicas propias del medio aeronáutico? ¿Se requiere un perfil psicopatológico para identificar si quien desea ser tripulante se adapta a estas exigencias? Se podría pensar, incluso, en una falta de coherencia en las preguntas anteriores, no obstante, estas ilustran de qué manera lo que se denomina perfil está suscrito a un contexto, y si bien estas demandas son propias del mismo, si sería apto, por ejemplo, un médico, un político, un psicólogo, para este perfil de tripulante. Precisamente se puede evidenciar en este punto que la relación contextual permite lecturas que trascienden el diagnóstico e ilustran dos elementos adicionales: una evaluación más amplia y una intervención del psicólogo enfocadas en

las necesidades propias del campo, así como focalizadas en las demandas propias del medio aeronáutico.

La intervención en este campo consta de realizar acciones de orientación y asesoramiento psicológico tendientes a la promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones; construir y desarrollar métodos, técnicas e instrumentos psicológicos; así como de estudiar, orientar y esclarecer los conflictos interpersonales e intergrupales en el contexto de la estructura y dinámica de las instituciones para prevenir accidentes. Desde esta perspectiva, ¿cómo optimizar los niveles de seguridad operacional y aérea desde una mirada psicopatológica que involucre también una mirada contextual?

La evaluación de la aptitud psicofísica, tal como se encuentra denominada por los Reglamentos Aeronáuticos Colombianos –RAC– y por los Reglamentos Aeronáuticos Latinoamericanos –LAR– de tripulantes de vuelo (tripulantes cabina de mando – pilotos– y tripulantes cabina de pasajeros –auxiliares de vuelo–), precisa que todo el personal evaluado y declarado psicológicamente apto sea poseedor de salud mental. Teniendo en cuenta las demandas propias del medio aeronáutico, ¿cómo evaluar entonces la salud mental?

Finalmente, el problema de considerar una noción de salud mental estándar o estandarizable, aplicable a tripulantes de vuelo, cuyo objetivo consiste en adecuarse a procedimientos estandarizados de seguridad, así como a transportar pasajeros y bienes, no coincidiría necesariamente con una noción de salud mental, de trastorno o de anormalidad ajustada a las necesidades contextuales. Un asunto son las normas estandarizadas de una aeronave, políticas organizacionales de autoridad aeronáutica y de empresas del sector aéreo, pero otra muy diferente es una aspiración a la salud mental de las personas inmersas en el medio aeronáutico, a las cuales, como factor de vulnerabilidad de este sector, se les debería considerar en una relación contextualizada, no sólo de sus necesidades, funciones y limitaciones, sino también de

sus motivaciones. Esto generaría una mayor comprensión y un aporte a las nociones relacionadas con la psicopatología del tripulante de vuelo.

Referencias

- Alonso, M. (2001). Psicología aeronáutica. Desarrollos actuales. Contribuciones a la prevención de accidentes. <http://www.modestoalonso.com>. Ar/assets/2_psicologia_aeronautica.pdf.
- Alonso, M. M. (2009). Actividad aeroespacial, seguridad y salud mental. El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad. [https://www.modestoalonso.com.ar/assets/7_actividad_aeroespacial_seguridad_y_salud_mental_\(2009\).pdf](https://www.modestoalonso.com.ar/assets/7_actividad_aeroespacial_seguridad_y_salud_mental_(2009).pdf).
- Alonso, M. M. (2011). Estrés y seguridad operacional en la actividad aeroespacial. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII - Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Alonso, M. M. (2012). Psicología aeronáutica y seguridad operacional. *Manual de Medicina Aeronáutica. Fuerza Aérea Argentina* (págs. 205-213). INMAE.
- Alonso, M. M. y Machin, N. (noviembre 25 de 2015). La seguridad en el vuelo y la psicología aeronáutica. Mesa redonda: Psicología aeronáutica y seguridad de vuelo. Selección y capacitación de pilotos de avión. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXII Jornada de Investigación; 11º Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Bandrés, J. y Llavona, R. (1996). La psicología aeronáutica militar en España: los pioneros (1911-1925), *Psicothema*, 8(3), 719-731. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72780325.pdf>.
- Calvo-Rodríguez, S. C. y López-Góngora, M. (2012). *Factores psicológicos y accidentalidad aérea: Un estudio exploratorio* [tesis de licenciatura, Universidad de La Sabana]. Universidad de la Sabana.
- Castro, L. (2014). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (págs. 27-44). Ediciones Pirámide.
- Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC). (2019). *Campos disciplinares y profesionales*. <http://www.colpsic.org.co/portal/camposdis.php>.
- Cooper, R. (Ed.). (2018). *Aviation Non Technical Skills*. SQNLDR Clare Fry.
- Federal Aviation Administration (FAA-AC). (2004). *Crew Resource Management Training. FAA-AC 120-51E*. http://www.faa.gov/documentLibrary/media/Advisory_Circular/AC120-51e.pdf.

- FlightCol. (2017). Las proyecciones de Boeing preveen que habrá una alta demanda de profesionales para los próximos 20 años en el sector aeronáutico. *FlightCol*. <http://www.flightcol.com/las-proyecciones-de-boeing-preveen-que-habra-una-alta-demanda-de-profesionales-para-los-proximos-20-anos-en-el-sector-aeronautico/>
- Galeano-Arias, F. (2017). *Delimitación del campo de la psicología aeronáutica y de su objeto de estudio* [Trabajo de grado de especialización, Universidad de Antioquia]. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9440/1/GaleanoFelipe_2017_DelimitacionCampoPsicologia.pdf.
- Kuhn, T. S. (1970). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Lotero-Serrano, C. (2005). *Psicología y aviación, conceptos básicos de la fisiología de aviación*. Centro de Medicina Aeroespacial, Chile.
- Organización de Aviación Civil Internacional (OACI). (1998). *Manual de Instrucción Sobre Factores Humanos (Doc. 9683-AN/950)*. OACI. <https://es.scribd.com/document/466876411/40163919-DOC-9683-Factores-Humanos-pdf>
- Peláez-Jaramillo, G. P. (2012). ¿Paradigmas en psicología? ¿Nuevos paradigmas? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(1), 105-113. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/13318/11951>.
- Peláez-Jaramillo, G. P. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Fondo Editorial FCSH.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 393. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>.
- Romero, J. R. (2007). Casualidad del error humano en los accidentes laborales (Modelo psicológico "Queso suizo"). *Seguridad y Salud en el Trabajo*, (43), 10-18.
- Sáiz, M. y Sáiz, D. (2012). El inicio de la psicología aplicada a la aviación: desde el principio del siglo xx a la década de los años treinta. *Revista de Hhistoria de la Psicología*, 33(4), 7-36.
- Unidad Administrativa Especial de la Aeronáutica Civil (UAEAC). (28 de junio de 2016). *RAC 2. Personal Aeronáutico*. Aeronáutica Civil.
- Unidad Administrativa Especial de la Aeronáutica Civil (UAEAC). (22 de mayo de 2015). *RAC 67. Normas para el Otorgamiento de la licencia médica*. Aeronáutica Civil.
- United States Department of Transportation. Federal Aviation Administration [FAA]. (2004). *Crew Resource Management Training. (Advisory Circular 120-51E)*. [http://rgl.faa.gov/Regulatory_and_Guidance_Library/rgAdvisoryCircular.nsf/list/AC%20120-51E/\\$FILE/AC120-51e.pdf](http://rgl.faa.gov/Regulatory_and_Guidance_Library/rgAdvisoryCircular.nsf/list/AC%20120-51E/$FILE/AC120-51e.pdf).



Teléfono: (+57) 4 219 53 30. Telefax: (+57) 4 219 50 13
Correo electrónico: imprenta@udea.edu.co



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

La perspectiva interdisciplinar propia de la *Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas* se revela en las elaboraciones de los autores y autoras de este libro, quienes, en el contraste crítico y reflexivo de las referencias y fuentes bibliográficas usadas, además de su contextualización respecto de ciertos escenarios de práctica, posibilitan la apropiación social de conocimiento generado durante su formación. Se espera que estas contribuciones sirvan de soporte a profesionales de las ciencias de la salud (psiquiatras, médicos generales, pediatras, enfermeros, psicólogos, psicoterapeutas), de las ciencias sociales (trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, historiadores y psicólogos –en las áreas educativa, de las organizaciones, jurídica, etc.–), y de otras áreas, quienes por su interés o labor profesional se ven de cara a la comprensión y/o solución de fenómenos y problemas de orden subjetivo, psicológico y social.



9 789585 157194