

**LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA
CONTEMPORÁNEA: DEL ESPEJISMO TERAPÉUTICO A LA PRÁCTICA
DISCIPLINAR**

María Nataly Mendoza Cancelado

Director: Carlos German Celis Estupiñan

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Psicología

Trabajo presentado para optar el título de psicología

Abril 2016

Tabla de Contenido

Abstract.....	5
Introducción	6
Metodología	9
El método en el psicoanálisis.	9
Investigar con el psicoanálisis.....	11
Momento lógico.....	15
Momento metodológico.....	16
Momento sintético	17
Estado de la cuestión.....	19
Capítulo I. del individuo al sujeto: un recorrido epistemológico	26
¿A qué alude la noción de individuo?	29
El individuo biológico: un correlato de la filogénesis y la ontogénesis.....	30
El Individuo y su devenir instintivo: el modo de relación disciplinar	38
Aproximación de la noción en Aristóteles y Descartes.....	42
La noción de sujeto versus el sujeto de la psicología.....	45
Aproximación a la noción de sujeto en el psicoanálisis.....	48
DISCUSIÓN.....	51
Capítulo II: Lo anormal y lo patológico: una inserción de terapias y prácticas disciplinares.....	55

Lo normal y lo patológico en el individuo	56
La inserción del individuo en las prácticas disciplinares.	64
La función Psi desde la práctica disciplinar y su implementación como terapia dentro de las TCC.	71
DISCUSIÓN.....	80
CAPITULO III: De la posición disciplinar-terapéutica de las Terapias Cognitivo-Comportamental a la clínica de la escucha.....	83
La TCC incorporada en el orden médico	84
Lo terapéutico y lo disciplinar, una mirada al proceder de las TCC.....	87
La relación terapéutica con el sujeto desde la clínica psicoanalítica.	95
La terapia del sujeto demarcada por la escucha, no por la modificación y corrección de patologías.	100
DISCUSIÓN.....	105
Conclusiones	107
Referencias.....	111

**LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA
CONTEMPORÁNEA: DEL ESPEJISMO TERAPÉUTICO A LA PRÁCTICA
DISCIPLINAR**

*Cognitive behavioral therapy in contemporary therapeutic clinical psychology practice mirage
to discipline.*

Resumen

Esta época da muestra de las consecuencias de la doctrina utilitarista de Bentham, donde todo acto humano, norma o institución deben ser juzgados según la utilidad de cada acción o decisión, lo cual es visto desde la consolidación de las terapias cognitivo comportamentales (TCC), expresadas en la vía científica de evocar el tratamiento psíquico en términos de corrección de comportamientos desajustados de la norma, de la evaluación en torno al costo y brevedad del tratamiento, y el reporte en términos productivos de la “cura” del malestar psíquico. Por tanto, el presente documento da cuenta del interrogante sobre el modo de proceder disciplinar o terapéutico de las TCC, puesto que con estas técnicas y la denominación de salud mental enfocada en términos económicos, se toma el sufrimiento humano, se codifica y se reduce a un dato con el fin de deshumanizarlo y enfocarlo a tratamientos eficientes en términos de rapidez y economía, eximiendo el uso de la palabra, obrando en la reducción del sujeto. Es decir, se toman técnicas propias de las practicas disciplinares encaminadas al adiestramiento y modificación del ser humano, para relegar a un segundo plano la palabra en el trabajo terapéutico y con ella el sujeto y su sufrimiento del ser hablante.

Abstract

This time is demonstrating the consequences of the utilitarian doctrine of Bentham, where every human act, rule or institution should be judged according to the utility of each action or decision, which is seen from the consolidation of behavioral cognitive therapy (CBT) expressed in the scientific way of evoking the psychological treatment in terms of correction of maladjusted behavior of the standard assessment about the cost and brevity of treatment, and the report in terms of production of the "cure" of psychic discomfort. Therefore, this document reports on the question of how to proceed disciplinary or therapeutic treatment of TCC, since these techniques and the name of mental health focused on economic terms, human suffering is taken, it is encoded and reduced to a fact in order to dehumanize and focus to efficient treatments in terms of speed and economy, exempting the use of the word, working in reducing the subject. That is, own techniques of disciplinary practices aimed at training and modification of the human being, to relegate to the background the word in therapeutic work and with it the subject and suffering of the speaking being taken.

Introducción

Las terapias cognitivo-comportamentales (TCC), “son una forma estructurada de psicoterapia que surge de la unión entre las estrategias de modificación de conducta basadas en la ciencia conductual y la terapia cognitiva, vinculada con modelos cognitivos de la psicopatología” (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006). La característica principal de las TCC, es que los problemas emocionales son resultado de respuestas aprendidas por lo cual, pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje. Por tanto, se enseña al paciente a cambiar su conducta a través de procesos que involucran una modificación conductual y cambios con respecto a las emociones problemáticas. Ahora bien, este tipo de modificación que realizan las TCC con el individuo “enfermo”, se basa principalmente en cambios de pensamientos distorsionados y conductas fuera de la norma, con el objetivo de reestablecer al ser humano a un estado de equilibrio y bienestar correspondiente a la noción de salud mental.

En este sentido, al direccionar un tratamiento dirigido a la modificación de conductas desadaptativas, sobre las cuales el terapeuta logra a través de una serie de pasos y herramientas empleadas, cambiar el comportamiento “anormal” del ser humano, se renuncia al trabajo con el sujeto desde las practicas terapéuticas, para dar lugar a nociones adaptativas que remiten necesariamente al individuo biológico, y con este la incorporación del ser humano dentro de prácticas disciplinares.

En este sentido, en esta época enfocada a la producción general de técnicas, donde ser una cifra estadística y ser parte de una clasificación hacen posible las políticas de prevención sanitaria que diagnostican antes de que se presente la enfermedad, se hace evidente la renuncia al sujeto para situarlo en posición de objeto, en donde se convierte el trabajo terapéutico en un espejismo,

es decir, en una imagen engañosa o realidad ilusoria que sostiene tratamientos correspondientes al trabajo con la modificación y manejo de conductas desadaptativas presentes en el individuo “enfermo”, bajo la premisa de efectuarse en el orden de las prácticas terapéuticas. Sin embargo, esta sustitución del sujeto por un objeto, se sustenta gracias a la economía psíquica que se presenta por ejemplo, al ser un Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) en lugar de tomar la posición de un sujeto hablante, al cual se le reconoce su subjetividad. Dicho de otro modo, es más sencillo aludir a la modificación de patrones de conducta desadaptativos, que darle un lugar a la palabra obviando las prácticas correctivas, con el objeto de efectuar un adecuado tratamiento terapéutico del sujeto en lugar de inmiscuirlo llanamente como un individuo dentro de las prácticas disciplinares y el orden social establecido. Por ello la pregunta de investigación alude a indagar por si ¿Las Terapias Cognitivo Comportamentales se desarrollan a partir de la práctica terapéutica o de la práctica disciplinar?

De manera que, con el propósito de responder a la pregunta de investigación, se plantea como objetivo describir el modo de proceder de las terapias cognitivo comportamentales, a partir del análisis conceptual entre lo disciplinar y lo terapéutico, con el fin de conocer el lugar que ocupa el sujeto dentro la psicología. A su vez, la metodología utilizada para dar cuenta del objetivo planteado, resalta la importancia de establecer una relación singular con la pregunta de investigación que permita a quien escribe involucrase como sujeto, así como resaltar la importancia de implementar un análisis arqueológico que permitiera el rastreo y la distinción de las nociones sujeto-individuo, lo normal-patológico y terapia-disciplina, para analizar de esta manera el sujeto del que se habla en psicología, los parámetros bajo los cuales se designa una comportamiento anormal y la relación que tiene la psicología con el trabajo disciplinar, así como lo que se entiende por una práctica terapéutica. De manera semejante, se aborda el carácter

genealógico de las nociones mencionadas, puesto que con ello se hace referencia a las múltiples relaciones que se efectúan para que un elemento irrumpa como verídico en determinada época y en ciertos tipos de discursos.

Ahora bien, el texto se ha estructurado en tres capítulos con el fin de profundizar, analizar y articular la diferenciación existente entre lo terapéutico y lo disciplinar dentro de la psicología clínica contemporánea, a partir de las terapias cognitivo conductuales. El primer capítulo se encarga de abordar la distinción entre lo que se entiende por individuo y sujeto dentro de la psicología con el objeto de desarrollar los conceptos, plasmar las disimilitudes existentes de cada uno y precisar así la manera en que la psicología clínica trabaja en función del individuo biológico en lugar de emplear un trabajo con la subjetividad. Por otro lado, el segundo capítulo trabaja las nociones entre lo normal y lo patológico, analizando de esta manera, la forma de inserción del individuo enfermo dentro de las prácticas disciplinares y la de las terapias cognitivo conductuales como técnicas de modificación y corrección de patologías, exponiendo el proceder de las TCC y la manera en que se aborda y trabaja el malestar psíquico del individuo. Finalmente, un tercer capítulo en donde se presenta la forma de darle nuevamente un lugar al sujeto a través de prácticas terapéuticas que dan acogida a la palabra y sufrimiento del sujeto, como se propone a partir de la clínica de la escucha.

Metodología

Con el propósito de plasmar los aspectos metodológicos empleados en esta investigación, es esencial exponer la forma en que se procedió, es decir, los principios que fundamentaron los diversos temas, la manera en que se relacionaron unos conceptos con otros y, en general, el modo en que se construyeron las hipótesis, se formalizaron los análisis y se plantearon las conclusiones. Para tal propósito es necesario exponer la concepción de método tomada en cuenta, con el objeto de partir de los criterios metodológicos que fueron empleados y el orden en el desarrollo de la investigación.

El método en el psicoanálisis.

En el campo de la investigación psicoanalítica, el método corresponde a una ruta a recorrer, aquel camino que de antemano debe diseñarse para alcanzar un fin (Gallo & Ramírez, 2012). Normalmente el método es concebido como el “camino para buscar la verdad”, en donde se demarca por un lado el proceso que se lleva a cabo (el método), y por otro, los resultados a los que se llega tras haber emprendido determinado camino. En relación a los resultados, se trata de poner en duda la intención de encontrar una verdad absoluta, puesto que los saberes estudiados se van construyendo en la medida en que se aplica el método, razón por la cual, pueden cambiar en el transcurso de la investigación. El método es propio del sujeto, pues en cada investigación es reinventado, se trabaja con un nuevo procedimiento, que no es estandarizado, sino que permite “la flexibilidad, el principio, en vez del estándar” (Gallo & Ramírez, 2012). Con esto, es posible seguir inventando el método y dar lugar a la emergencia de lo nuevo, de lo no dicho y lo que pasa desapercibido. En esta medida, el método se basa, en un proceso de precisión, de acercamiento, que conduce al investigador a realizar un trabajo exhaustivo de los textos que emplea, las teorías,

las hipótesis y proposiciones hechas sobre el tema central de estudio; deteniéndose en el detalle. Es decir, aquello que nos encauza a la precisión de lo que “falta por decir y poner en discusión lo dicho” con el fin de “hacer un poco menos de lo mismo y un poco más de otra cosa” (Gallo & Ramírez, 2012).

El método que aquí se trata, no es el correspondiente al método científico-positivista que cumple criterios de univocidad, matematización, generalidad, formalización, comunicabilidad, y objetividad sino de aquel que cumple criterios correspondientes a una forma de proceder o un camino a recorrer, en lugar de un conjunto articulado y estructurado de conocimientos o pasos a seguir (Lopera, y otros, 2007). El método utilizado por el psicoanálisis, trata de seguir el camino que garantice la mayor precisión, que será sin duda el principio más adecuado y válido para alcanzar el objetivo propuesto en la investigación (Gallo, y Ramírez, 2012). Por tanto, al precisar el método como proceso o camino, diferenciando su procedimiento del método científico-positivista, se logra entender este, como una implicación o actitud singular de quien investiga, puesto que lo esencial, es la relación que el investigador establece con su pregunta. Es por ello, que en lugar de seguir un plan establecido que garantice resultados en términos de verdades absolutas, hipótesis ya dadas, o resultados determinados como producto de una serie de pasos, de lo que aquí se trata, es de especificar la manera en que los resultados emergen en tanto efecto de una experiencia singular en relación con el problema planteado y con la formación que se adquiere a través de la Psicología. En definitiva, al entender el método como actitud y no como algoritmo, es posible observar el resultado como aquel que tiene la cualidad de ser siempre provisional, es decir, que se encuentra dispuesto a implementar cambios de acuerdo al avance de la investigación, en lugar de tomar los resultados como absolutos.

Investigar con el psicoanálisis

La investigación psicoanalítica trata de propiciar incertidumbres que no se alcanzan a dominar completamente, pero, incertidumbres con las cuales es posible dar cuenta de un recorrido a partir de los logros, las dificultades encontradas y puntos de escansión. Aquí, tal como mencionan Gallo y Ramírez en el texto “El psicoanálisis y la investigación en la Universidad”, el sujeto aparece involucrado de diversas maneras pero siempre bajo un constante cuestionamiento, “un sentimiento de bienestar o de malestar, una duda, el entusiasmo por una aventura o un atreverse a pensar” (Gallo & Ramírez, 2012). Es básicamente arriesgarse a descubrir caminos nuevos y sumergirse en la imperiosa necesidad de precisar en el detalle, de formar hombres de deseo que aprendan a interrogar aquello que se plantea como imperativo, o sencillamente hombres que sean capaces de observar de manera distinta lo que se ha tornado como verdad absoluta e incuestionable. Estos aspectos primordiales en la investigación, desaparecerían si sólo primara la sujeción a una técnica establecida, la subordinación a asimilar esquemas metodológicos rígidos y preestablecidos, orientados a determinar “de antemano qué hacer y cómo hacerlo”, eximiendo al investigador de cualquier contacto íntimo con su pregunta, pues de esta manera, sabría de antemano lo que va a encontrar y la forma de hacerlo, entonces, lo único que quedaría faltando, es su respectiva aplicación. De ahí, que este proyecto de investigación sea desarrollado en la lógica de la investigación psicoanalítica que implica e interroga la subjetividad del investigador, permitiendo que el sujeto de la investigación sea causado por su pregunta y en este sentido desarrolle resultados que permitan mostrar algo original dentro de la investigación.

La investigación psicoanalítica busca que el sujeto deje huella de su trabajo con un sello propio, que exponga aquello que tiene por decir y deje al menos un detalle nuevo. No es entonces,

cuestión de partir a través certezas, sino de incertidumbres que puedan permitir al sujeto de la investigación producir y obtener un saber de sí mismo por medio de su estudio, un saber que se formaliza a través de una pregunta de investigación que constituye la relación entre el sujeto investigador y el fenómeno que ha de ser estudiado. Es por tanto, un trabajo para sí y no para otro que demanda pasos a seguir en una investigación que puede resultar ajena al sujeto. Por esto, la investigación psicoanalítica permite que el sujeto investigador descubra aspectos contrarios a aquellos que se imponen como verdades absolutas, puesto que la implicación del investigador con su pregunta, lleva a un desenvolvimiento del tema estudiado desde la interrogación constante, en lugar de realizar simplemente una afirmación de hechos y verificación empírica de hipótesis.

Investigar psicoanalíticamente es partir de una posición de “no saber” ante un fenómeno, en lugar de suponerse un experto, ya que el partir de un “no se” resulta ser una función operativa que remite a la ignorancia de alguien que sabe cosas pero que voluntariamente las ignora para dar lugar a algo nuevo. Entonces, recorrer el camino de la investigación a partir de un saber por constituirse, supone no tener todo resuelto sino ver más preguntas que respuestas. De ahí, que en la investigación psicoanalítica sea esencial que el investigador adopte una posición dispuesta al debate, para mantener vivo un elemento de duda metódica y un semblante de ignorancia que cumple la función de Sujeto-Supuesto-Saber (Gallo, 2012). Así surge el gusto por trabajar para producir un saber, que permita precisar algo de lo que falta por decir con miras a desarrollar una nueva manera de nombrar un fenómeno, se trata entonces, de mantener una dialéctica entre lo acumulado (estado de cuestión) y lo nuevo (desarrollo de la investigación).

Ahora bien, otro elemento indispensable para los fines propuestos, tomado de la investigación con el Psicoanálisis, es la orientación en un deseo. En este orden, se destaca que en cada uno el deseo ha de ser singular y por ende, no corresponde a una manera de proceder inscrita

en el interés común. En el Psicoanálisis se habla de la ética del deseo para referir una “falta en ser” que se traduce en “falta en saber”, en donde eso que falta por saber corresponde a lo singular, en este sentido, el investigador en la medida que se implica con el deseo propio, se aleja de la disposición a conformar una masa de los que piensan igual para involucrarse en los que se muestran como seres singulares que hacen valer de forma argumentada sus puntos de vista (Gallo, 2012). De tal manera que la pregunta de cada quien es lo que fundamenta la investigación y desaparecería si el investigador debe obedecer a esquemas metodológicos rígidos y preestablecidos que determinan qué hacer y cómo hacerlo.

En esta vía, ya que la pregunta se inscribe en las lógicas de la subjetividad, es fundamental dejarse orientar por la investigación psicoanalítica, de manera que, se procederá a describir la forma en que surge, se desarrolla y es llevada a cabo la pregunta de investigación. Dicho esto, la pregunta nace en el interior del semillero de investigación “Violencia, lenguaje y estudios culturales” en el cual se inscribe el interrogante sobre el modo de proceder de las Terapias cognitivo Conductuales en torno a lo terapéutico, puesto que la experiencia durante la práctica académica en el ámbito clínico permitió formalizar la preocupación sobre la labor de las TCC en torno a las prácticas terapéuticas, ya que se hace notoria la exclusión del sujeto dentro del proceder de estas técnicas. Entonces, la investigación responde a unas inquietudes propias y se incorpora en el interior de un proyecto llamado el “Discurso médico y las TCC, la exclusión de la subjetividad en la psicología clínica contemporánea”, que tiene una preocupación por la subjetividad y brinda un contexto relevante a la pregunta de investigación. De allí surge la pregunta: “¿Las terapias cognitivo conductuales se desarrollan a partir de la práctica terapéutica o de la práctica disciplinar?”. Este cuestionamiento por la distinción entre las prácticas terapéuticas y disciplinares dentro de la psicología, y más específicamente a partir de las terapias

cognitivo comportamentales, se construye por medio de la experiencia adquirida dentro de la práctica clínica, los debates, discusiones y lecturas empleadas dentro del semillero de investigación ya que así, fue posible precisar en el tema investigado con una orientación teórica y discursiva, que permitió la emergencia de nuevas incógnitas y la reorganización de ideas para evitar plasmar lo que se encontraba en la literatura, sin antes realizar un estudio y discusión detallado de esto, pues de lo que se trata es de crear algo nuevo y no de repetir lo que se encuentra en los textos. A su vez, las discusiones ejecutadas en el semillero de investigación permitieron una constante movilidad en la pregunta de forma que no quedará simplemente como una recopilación de artículos, documentos o ideas del investigador, sino que a partir de los diálogos y referencias teóricas estudiadas fuera posible ampliar conceptos, formalizar ideas y escuchar diversos puntos de vista acerca de lo indagado. Lo anterior con el fin de abordar desde variadas perspectivas la pregunta. Es por esto, que los avances dados, fueron el resultado de una discusión dentro del grupo de investigación más no únicamente de deliberaciones por parte del investigador y las fuentes consultadas, partieron de la formulación de la pregunta para llegar así, a la respectiva exploración de documentos, artículos, ensayos entre otros, que permitieran un adecuado estudio sobre la pregunta de investigación.

En relación con lo anterior, la pregunta se orientó necesariamente al cuestionamiento sobre el lugar del sujeto dentro de las terapias cognitivo comportamentales, por lo cual, fue necesario incluir la distinción entre el sujeto y el individuo para precisar a qué se refería la psicología al hablar de sujeto y analizar que el trabajo que estás realizan, es con relación al individuo biológico, más no, con el sujeto del lenguaje y su singularidad. Ahora bien, el proceso de la investigación se llevó a partir de tres momentos fundamentales: un momento lógico, correspondiente a la organización de las inquietudes, preguntas y conocimientos del punto de partida; un momento

metodológico, que defiera la estrategia utilizada para conocer el objeto estudiado y confrontar lo teórico con lo práctico; y finalmente un momento sintético para realizar la formalización de los datos y exponer lo encontrado. Hecha esta salvedad, se plasma a continuación los momentos mencionados en relación a la investigación.

Momento lógico

Dentro del semillero “Sujeto y Psicoanálisis” a partir del estudio de textos como “el nacimiento de la biopolítica” y “El poder psiquiátrico” de Michel Foucault, surge el interrogante sobre lo terapéutico y lo disciplinar dentro de la psicología clínica, puesto que estas dos nociones se presentan en el ámbito de la psicología como practicas sin delimitar las diferencias que poseen. Esta inquietud surge tras el análisis de los textos mencionados y fue orientándose en relación a la terapia cognitivo comportamental con el objeto de identificar si procede en torno a lo disciplinar o lo terapéutico en su ejercicio.

De esta manera, la pregunta fue creciendo en torno no sólo a la distinción entre lo terapéutico y lo disciplinar sino a conocer el lugar del sujeto dentro de las TCC, por tanto, antes de determinar la distinción entre lo que corresponde a cada una de las nociones, se partió a interrogar la idea de sujeto dentro de las terapias mencionadas, puesto que para hablar del lugar del sujeto dentro de las TCC, era necesario demarcar lo que estas comprendía en relación al mismo y lo que se entendía por individuo, ya que los tomaban como términos afines, razón por la cual sería desconcertante escuchar hablar de una supresión del sujeto dentro de su proceder.

En este orden de ideas, tanto el inicio como el desarrollo de la pregunta introdujeron nuevas incógnitas en la medida en que el proceso de investigación seguía su curso, ya que se encontraban temas de trascendente investigación para los análisis y avances de la pregunta. Finalmente, cuando

se ha logrado abordar de manera más precisa la pregunta de investigación, se parte a proponer una forma de incorporar el trabajo con el sujeto dentro de la psicología clínica, exponiendo así la clínica de la escucha como un trabajo pertinente con el ser humano, puesto que le da acogida a la subjetividad y se desarrolla dentro de las prácticas terapéuticas, permitiendo así un lugar esencial al sujeto dentro de su proceder.

Momento metodológico

En este aspecto, la investigación con el propósito de realizar un estudio riguroso y formal, empleó la revisión detallada de textos como libros, ensayos y artículos entre otros, que versan en torno a las unidades que se están investigando. Para esto, se utilizó como herramienta metodológica la revisión documental, la cual alude al procedimiento científico y sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un tema específico o determinado.

Ahora bien, para iniciar el análisis e interpretación del tema estudiado, se tomó en consideración el método histórico-crítico propuesto por Foucault (2015) puesto que este posibilita la inserción de la dispersión y cuestionamiento sobre las prácticas disciplinares y terapéuticas así como el estudio sobre el ejercicio de la TCC en torno a ellas. De este modo, el investigador al margen de prejuicios, en lo posible, pero desde una postura crítica interroga la concepción y planteamientos que la ciencia-positivista provee como verdaderos y absolutos, para estudiar los temas tratados desde una práctica fundamentada en la búsqueda de saber. Dicho de otro modo, este método de investigación fue de gran importancia ya que así se logró abandonar creencias acerca del modo en que trabajan con herramientas disciplinares como si se tratará de prácticas terapéuticas, así como el abandono de verdades absolutas en donde se tomaban nociones disímiles entre sí y se conjugaban como afines, tal como se expone en la diferenciación realizada en el primer

capítulo de la investigación en torno al individuo y el sujeto. A sí mismo, se toma en cuenta lo implementado por Foucault (2007) en torno a lo expuesto dentro de la “Arqueología del saber”, en donde se realiza el reconocimiento del nexo existente entre el saber y el poder, lo que permite que una noción se establezca como elemento de poder por el hecho de hacer parte de un orden o dominio del saber. Es así como la dispersión discursiva, los entrecruzamientos discursivos entre los diferentes órdenes, (medicina, psiquiatría, psicología, entre otros), la influencia del poder sobre todo económico, político, jurídico y social hacen parte de esos elementos metodológicos que posibilitan el abordaje riguroso de los cambios que se generan sobre el proceder disciplinar de las terapias cognitivo conductuales.

Momento sintético

En este momento se procede a la recopilación de la información estudiada y la formalización del informe final para lo cual se trabajaron tres capítulos, cada uno de ellos compuesto por varios apartados, los cuales dieron cabida a la exposición de la información de manera coherente y detallada. El primer capítulo lleva por nombre: “Del individuo al sujeto: un recorrido epistemológico”, y tiene por objeto realizar la exploración de las nociones para demarcar su diferencias. Para esto, se dividieron en seis apartados denominados: “¿A qué alude la noción de individuo?”, “El individuo biológico: un correlato de la filogénesis y la ontogénesis”, “El individuo y su devenir instintivo: el modo de relación disciplinar”, “Aproximación de la noción de sujeto en Aristóteles y Descartes”, “la noción de sujeto versus el sujeto de la psicología” y finalmente la “Aproximación a la noción de sujeto en el psicoanálisis”.

En este sentido, dentro del capítulo dos “Lo anormal y lo patológico, una inserción de terapias y prácticas disciplinares para su tratamiento” se realiza la exploración de lo normal y lo patológico en el individuo, identificando qué es considerado normal y anormal dentro de la

psicología y la manera en que estos proceden en torno a los conceptos, pues dichos términos son definidos a partir de la norma y parámetros de estandarización que muestran al individuo como un ser adaptativo por lo cual el desequilibrio, y desobediencia del ser humano frente a la norma, introduce inmediatamente la concepción de patología o enfermedad en la persona que se muestra fuera de la normatividad. Seguidamente, se exponen dos apartados uno denominado “La inserción del individuo en las prácticas disciplinares” en donde se expone la incorporación del individuo a partir de la adaptación y modificación de comportamientos dentro de las prácticas disciplinares, y finalmente, un apartado acerca de “La función Psi desde la práctica disciplinar y su implementación como terapia dentro de las TCC”, otro correspondiente a la “Relación terapéutica con el sujeto desde la clínica psicoanalítica” y la “Terapia del sujeto orientada por la escucha no por la modificación y corrección de patologías”.

Por último, se ejecuta un tercer capítulo, “De la posición disciplinar-terapéutica de las TCC a la clínica de la escucha”, en el cual se propone la incorporación de la clínica de la escucha dentro de los tratamientos realizados con el malestar del sujeto para dar cabida a la subjetividad y los tratamientos terapéuticos que funcionan en relación a la escucha, la palabra y el trabajo con el discurso del ser humano. Para ello, este último capítulo se divide en cuatro apartados tales como: “La TCC incorporada en el orden médico”, “Lo terapéutico y lo disciplinar, una mirada al proceder de las TCC”, en el cual se encuentran expuestos algunos casos para hacer visible el ejercicio de estas técnicas desde la práctica disciplinar. Por otro lado, uno correspondiente a “La relación terapéutica con el sujeto desde la clínica psicoanalítica”, donde se manifiesta el trabajo terapéutico que se ejecuta con el sujeto en el interior de la clínica de la escucha y por último, “La terapia del sujeto demarcada por la escucha no por la modificación y corrección de patologías”.

Estos tres momentos corresponden a los procesos de formulación y desarrollo de la investigación, a través de los cuales es posible mostrar el recorrido transitado durante el proyecto, así como la muestra ordenada de los inconvenientes presentados en la investigación, o mejor dicho el descubrimiento de nuevas incógnitas y cuestionamientos que debían desarrollarse para realizar una búsqueda adecuada del tema indagado. Con esto, se expone el camino recorrido para abordar la inquietud epistemológica y se recalca lo imprescindible que resulta a una investigación contar con el sujeto. A su vez, por medio de lo señalado se muestra que los hallazgos no son prescritos de antemano puesto que es necesario dejarse sorprender en el mismo curso de la investigación, permitiendo así la realización de un trabajo que desarrolle ideas nuevas y permita darle lugar al sujeto que hay en quien escribe.

Estado de la cuestión

Los antecedentes investigativos, tienen un carácter transcendental para la formación de nuevas investigaciones, puesto que permite tanto la construcción de bases para la investigación así, como el estudio de herramientas que contribuyen en la precisión de la pregunta planteada dentro del proyecto. Dicho de otra manera, la revisión bibliográfica de artículos o investigación similares a la que se propondrá este trabajo, permite descartar una réplica o el estudio de temas que posteriormente se han realizado, lo cual permitirá la emergencia de algo nuevo en lugar de la repetición de investigaciones.

En esta medida, se expondrá la descripción de un conjunto de documentos entre los cuales se encuentran artículos de investigación, manuales de tratamiento, proyectos de investigación

formativa y publicaciones en revistas de carácter científico, con el objeto de realizar un marco de antecedentes pertinente a la pregunta de investigación y los objetivos propuestos en este estudio. Dicho lo anterior, se procederá a realizar una descripción de la revisión de antecedentes de acuerdo a una muestra ordenada de la información indagada, iniciando desde la más antigua a la más reciente en un rango comprendido entre el año 2000 y el año 2014.

De esta manera, se mencionarán algunas investigaciones que aunque tienen un carácter relacional con la propuesta, no conllevan a un mismo resultado. Ahora bien, dentro de la investigación publicada en el año 2000, en la Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela, titulada “El paradigma de la complejidad: crítica a la razón simplificadora” se manifiesta la manera en que las promesas de civilización de la modernidad, conducen a la humanidad a un estado de “felicidad para todos”, en donde se perfeccionan cada vez más las técnicas implementadas en el tratamiento de enfermedades del ser humano, constituyendo así objetos por todas partes, en la medida en que se excluye paulatinamente al sujeto. Se expresa la razón científica moderna sobre la “base de negación-exclusión de lo subjetivo como defensa del yo ante lo incompleto del ser” (Rodríguez, 2000). En donde, se busca reducir o simplificar los postulados que sostengan una enunciación de ciencia positiva-objetiva, bajo la cual se logre un conocimiento claro y enfocado a la objetivación del sujeto en dos direccionalidades básicas. La primera de ellas alude al sujeto convertido en objeto para poder ser aprehendido científicamente, y el segundo, corresponde a una instancia de objetivación del sujeto al convertirse en un observador externo al proceso de la realidad social e histórica. Así se busca desplazar el discurso y la subjetividad a partir de la estandarización del sujeto que ha sido convertido en objeto.

Por otra parte, en el artículo publicado por Orgilés et al. (2003) en la Universidad de Murcia Murcia (España), acerca de “La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia”, se muestra un tratamiento realizado sobre una población de niños entre los 13 años, que padecen trastornos de ansiedad con alteraciones incapacitantes a corto y largo plazo, y se manifiesta la necesidad de intervención en una edad temprana, por medio de terapias cognitivo-conductuales que son consideradas como alternativas relevantes en relación a otras técnicas, puesto que se demuestra la eficacia en el tratamiento de los trastornos. Este artículo aunque no tiene relación precisa con la investigación realizada, brinda bases para observar la manera de objetivación que se aplica en el sujeto, tal como ha sido mencionado anteriormente, por tanto, se expone el estudio realizado para analizar la forma en que se presentan las técnicas de corrección como un modo de terapéuticas, nociones que serán aclaradas durante el desarrollo de este proyecto. Hecha esta salvedad, este documento expone un manual de tratamiento de 85 páginas que recoge los objetivos y el procedimiento de la intervención, así como un libro de trabajo para el niño con los contenidos de cada sesión, y un libro de tareas para casa, que servirán como herramientas de intervención terapéutica. De este modo, después de que el niño complete cada sesión de terapia cognitivo-conductual individual recibe a su vez una intervención familiar, la cual fue diseñada para ser completada en 12 sesiones, dedicándose aproximadamente 30 minutos al tratamiento cognitivo-conductual y 40 minutos a la intervención familiar. El manual utilizado pretendía enseñar a los padres a recompensar el comportamiento valiente de sus hijos y a extinguir la ansiedad excesiva de éstos, por lo que se les entrenó en la aplicación de refuerzo contingente al afrontamiento de las situaciones fóbicas.

Además, se instruyó a las familias en el manejo de sus propias preocupaciones emocionales y se les ofreció un breve entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas,

con el objetivo de conseguir el mantenimiento de los logros terapéuticos una vez el tratamiento hubiera finalizado.

Así mismo, se utilizaron estrategias de modelado, exposición en vivo, Role-playing, auto-instrucciones, refuerzos contingentes y una aplicación individual para mantener las conductas deseadas. Por otra parte, se instruyó a los padres acerca del reconocimiento de la ansiedad de ellos y de sus hijos para que pudieran implementar estrategias de refuerzos enfocados en la modificación de pensamientos negativos y el establecimiento de herramientas de comunicación. Con esto al principio de cada sesión se reunían a niños y padres por un periodo de 10 minutos en donde se revisaban las tareas asignadas y se controlaban los avances de la familia. Así, por medio de este programa se incorporaban procedimientos terapéuticos que provenían de las técnicas utilizadas como el modelado y la exposición en vivo para manejar aquellas conductas disruptivas del niño. Entonces, se verificaba la efectividad del tratamiento de las terapias cognitivo-conductuales, en relación al corto tiempo del tratamiento, la eficacia que mostraban las pruebas, la reducción de comportamiento no deseados y la reincorporación de niño de una manera funcional y productiva en reemplazo de aquellas conductas disconformes y perjudiciales, plasmaron de esta manera una relación más acorde a tratamientos de corrección y modificación de conductas que de procesos terapéuticos.

Continuando en esta línea de trabajo, en el documento sobre “La subjetividad posmoderna: la forma del límite, *Elementos psicoanalíticos y sociales para pensar el lugar y el estatuto de la estructura subjetiva contemporánea*” de Bornhauser & Naranjo (2004), se expone la emergencia de un sujeto que no es ya un individuo monódico y homogéneo, sino un sujeto que presenta la fragmentación que lo determina. Un sujeto inmerso en una modernidad, entendida a partir de un

modo de experimentar lo nuevo, en dónde la ciencia es el pilar fundamental bajo el que se crean condiciones para transmitir una imagen global de las cuestiones humanas y dónde sin embargo, es necesario trabajar con el sujeto fragmentado que está determinado por la pluralidad discursiva.

Dentro del estudio realizado por Bornhauser & Naranjo (2004) no sólo se expone la necesidad de la subjetividad y el lugar del sujeto sino que se manifiesta la forma en que ésta época de consumo masificado y formas de globalización, introducen una serie de nuevas y sutiles formas de control social, a partir de las cuales se modela el ejercicio de la subjetividad, ya que el promotor de la época actual, está relacionado con la emergencia de una realidad enfocada a la aplicación de técnicas terapéuticas de empatía, que contribuyen a la resolución de problemáticas culturales, económicas, y personales. Por otra parte, se muestra el terreno psicoanalítico como una exigencia de comprensión histórica que atiende al fenómeno de la enfermedad mental como un fenómeno propiamente discursivo, es decir, se concibe la enfermedad mental como un síntoma o un efecto del lenguaje en donde la palabra que sostiene cada sujeto, sólo puede ser escuchada adecuadamente si se considera a ésta, como una palabra que viene de una parte de la verdad que el sujeto ha construido sobre sí. Es por esto que no es posible contentarse con recurrir a disciplinas como las psicológicas, las psiquiátricas y sociales puesto que cada una atiende de manera parcial los diversos análisis y descripciones que hablan acerca del sujeto sino, considerar a su vez, prácticas psicoanalíticas, “con las cuales se pueda repensar los análisis críticos sociales de la modernidad, y repensar lo entendido por subjetividad en la posmodernidad” (Bornhauser & Naranjo, 2004).

Ahora bien, prosiguiendo en el análisis de antecedentes investigativos, Michel Sauval (2006) en su texto “Psicoanálisis y práctica hospitalaria” trabaja la función del mercado en relación a los agentes terapéuticos, tomando como referente los trabajos realizados por Michel

Foucault, para señalar la manera en que la medicina moderna ya no se limita a ser un componente de cuidado y sostenimiento, sino que se involucra con la economía capitalista para crear una salud de mercado, es decir, para separar la salud del cuidado y transformarla en un objeto de consumo a partir de los agentes terapéuticos que brindan soluciones inmediatas a las enfermedades.

En consonancia con lo anterior, la ampliación de los agentes terapéuticos, requiere de un sin límites de sus consumidores, por lo cual, ya no se establecen terapias solo para la curación sino también para la prevención de la enfermedad, o para conservar la salud, o mejorarla (Sauval, 2006). En definitiva, se transforma la salud en el nombre del mercado, lo cual implica un modelamiento de la posición del médico, reduciéndolos cada vez más al lugar de intermediario entre la industria y la demanda del cliente.

Siguiendo con los antecedentes de investigaciones que contribuyen a la formalización de este proyecto, se plasma también el trabajo realizado por Giudici (2014) en el cual se intenta promover una clínica de la salud mental que ponga el índice en la subjetividad del paciente, denunciando los criterios estadísticos de diagnósticos que son promovidos por industrias farmacéuticas, que pretenden la normalización del deseo inconsciente y la estandarización de los modos del goce. En este trabajo denominado “D.S.M: Des-subjetivación en Salud Mental”, se describe la manera en que el Manual Diagnóstico y Estadístico (D.S.M) borra las entidades clínicas descritas por Kraepelin para efectuar una clasificación estadística de lo que suele llamarse trastornos mentales. A partir de este, se proponen ejes, y criterios que permiten un marco referencial a los fenómenos que pretenden estudiar, como si se tratará de una guía práctica, cuando en realidad el trasfondo de dicho manual corresponde a la “promoción de diagnósticos que traen

consigo una medicina exclusivamente farmacológica, patrocinada por las millonarias droguerías” (Giudici, 2014).

Dentro del trabajo realizado por Giudici, (2014) se cuestiona la inclusión del reciente DSM 5.0 como un aumento de diagnósticos, en los cuales la inclusión o exclusión de cierto trastorno en el paciente es dado por los parámetros de normalidad de la época y cada vez más enfatizado en la medicalización. Así como la inserción de saberes científicos, en especial las neurociencias y la psicología estadística para poder establecer los modos y el tiempo permitido de padecer y de gozar. Todo esto, es planteado como una crítica a la posición que adopta el profesional de la salud debido a las novedosas demandas de respuestas inmediatas en el tratamiento de los enfermos. Ahora bien, de manera similar a esta investigación, Giudici propone una lógica subjetiva y particular en dónde el deseo del analista no sea ajustarlos, hacerles el bien, o curarlos, sino justamente obtener lo más singular de lo que constituye el ser del sujeto.

Se trataría entonces, de realizar un avance que no gire en torno a la creación de manuales diagnósticos, los cuales se implementan por la demanda de eficacia, productividad y reducción de gastos, pues estos solo ceden en el nombre de la Salud Mental, sino trabajar en función del discurso y de darle lugar a la palabra, a los síntomas y a la angustia. De esta manera, se trabaja el “para cada uno” permitiendo al sujeto explicitar su deseo en su singularidad, desde una perspectiva que rechace toda intención ortopédica ya que de lo contrario se hablaría de una “terapia de lo psíquico que corresponde a la tentativa profundamente vana de estandarizar el deseo para encarrilar al sujeto en el sendero de los ideales del Amo” (Giudici, 2014).

Finalmente, es factible afirmar que esto es solo una muestra de la revisión de los documentos citados dentro del marco de antecedentes, con lo cual se reitera la importancia y

pertinencia de esta investigación en el área de psicología puesto que se pueden encontrar investigaciones relacionadas a la objetivación del sujeto, la incorporación de técnicas que contribuyen a la funcionalidad de los individuos más no al tratamiento del malestar con el sujeto, un abordaje sobre el tratamiento dentro de las terapias cognitivo-comportamentales y la mirada sobre las nociones de sujeto e individuo como términos disímiles. Es por esto, que los trabajos estudiados cuentan con aportes significativos para el presente trabajo, no obstante, también permiten observar que esta investigación no es una repetición de trabajos previamente realizados, ya que si bien todos tienen puntos que se abordan en la investigación, ninguno la hace en su totalidad, puesto que en el carácter discursivo de la investigación siempre queda algo por fuera, lo dicho deja algo por decir.

Capítulo I. del individuo al sujeto: un recorrido epistemológico

"La psicología no trata de rivalizar con el artista en la representación de la vida. Su propósito es el análisis, por mucho que el artista pueda condenarlo; el análisis significa coger y extraer una hebra de un torzal infinitamente variado y seguirla en toda su extensión."

H.J Eysenck, la rata o el diván.

Este capítulo se encargará de exponer la diferenciación conceptual de las nociones sujeto-individuo, realizada a partir de la investigación teórica de las nociones dentro de los diversos saberes tales como la Psicología, el Psicoanálisis, y la Filosofía. Todo esto, con el objetivo de exponer la raíz epistemológica con la cual es factible observar, porque cuando se habla de

individuo se relaciona más a una práctica disciplinar que a una terapéutica, y cuando se remite al sujeto, se refiere a un trabajo terapéutico y epistémico acerca de la producción de un saber sobre sus modos de gozar, aspecto que se profundizará en el capítulo dos en relación a lo disciplinar y terapéutico dentro del proceder de las Terapias cognitivo conductuales (TCC).

Acorde con lo anterior, la psicología contemporánea se ha servido de métodos y conocimientos que derivan de ciencias como la biología y la fisiología entre otras, para hacerse un lugar como disciplina científica. Excluyendo las concepciones metafísicas, teológicas e idealistas sobre el alma a definiciones más acordes con los parámetros de la ciencia moderna, parámetros que están enfocados en la observación de los fenómenos, la verificación empírica, la realización de experimentos que constaten las predicciones sobre el objeto, y el uso de hipótesis para predecir la existencia o los resultados de lo observado, en otras palabras, tomar los fenómenos y estudiarlos de manera objetiva. Se deslinda entonces, la psicología moderna de aquella psicología denominada tradicional, aquella por la cual se podía acercarse a lo psíquico a través de la introspección y el autoanálisis, mediante el empleo de nociones sobre el alma, para incorporarse en el modelo donde la primacía recaía en el sistema nervioso, por el que se lograba mostrar la psicología como una psicología fisiológica que podría establecerse como ciencia empírica según el positivismo. La fisiología representó entonces para la Psicología y la medicina “una nueva manera de aproximarse a los fenómenos que constituían su campo de estudio y fue adoptando métodos experimentales” (Lopera et al. 2010, p 72), a través de los cuales sus procedimientos accedían a formar parte de la ciencia. En este sentido, la Psicología adopta una postura genuinamente científica, comparable en rigor y metodología con la ciencia, en la cual se incorpora el ejercicio disciplinar con el individuo con el fin de responder en términos de duración y efectividad de un tratamiento, simulando a su

vez una relación terapéutica con este, sin calcular la dispersión que acarrea atribuir a un individuo aspectos disciplinares y terapéuticos como si se tratara de lo mismo, sin tener presente el fallo epistemológico al que se refieren al asumir las nociones sujeto-individuo como sinónimos.

En este sentido, retomando la Psicología con incorporación científica cabe resaltarla en relación al mundo moderno, el cual es expuesto como un efecto del discurso de la ciencia, destacado en el imaginario colectivo de solución para todos los problemas. Un mundo moderno, que se organiza con base en el saber y la razón, y se sustenta en el dogma del progreso, dogma que se define como la evolución hacia estados cada vez de mayor dominio en la naturaleza, de excesos en relación a la salud y una armonía entre todos los seres humanos (Correa, 2006). Con esto, el desarrollo de la ciencia y sus consecuencias técnicas ofrecen al sujeto sobreponerse a los límites del cuerpo y el psiquismo, mostrando la receta exacta para eliminar cualquier tipo de “enfermedad” y asegurar un armónico estado de salud, en donde el afán de curar y sanar, se muestra como imperativo para relegar la base epistemológica de nociones fundamentales de la Psicología como las que trata este capítulo.

De manera más específica, este capítulo expone la noción de individuo desde su aspecto biológico y la noción de sujeto desde el psicoanálisis para demarcar así las diferencias existentes en los mencionados términos, y delimitar por qué, el empleo de estos conceptos tiene transcendencia en la disciplina desde la cual se está utilizando, pues no es lo mismo hablar de un sujeto en relación a la psicología experimental, que hablar de este mismo dentro del psicoanálisis. En este punto, es preciso afirmar la definición de sujeto, enfocada desde el psicoanálisis pues a partir de este, se produce una clínica diferente, una clínica de la escucha, en donde se toma al sujeto desde la subjetividad, “desde su modo de gozar, su forma de padecer, su placer en el displacer, su manera particular de invocar a través de su síntoma su propia verdad” (Giudici, 2014).

En resumen, la necesidad de demarcar la disimilitud de las nociones es a causa de la dispersión epistemológica de los conceptos dentro de la psicología, puesto que no se profundiza en aquello a lo que cada uno refiere sino que se toman como semejantes, lo cual trae consecuencias en el modo de proceder con el ser humano a la hora de ejercer un tratamiento terapéutico. Esta distinción se inicia con el concepto de individuo en general, para poder ingresar hablar de este como individuo biológico; seguidamente se muestra el individuo en relación con la filogénesis y ontogénesis, y prosigue con el individuo instintivo. Posteriormente se trabaja con la noción de sujeto desde Aristóteles y Descartes, junto con lo que se entiende por sujeto dentro de la psicología, finalmente una aproximación del sujeto en el psicoanálisis.

¿A qué alude la noción de individuo?

Según Moliner (1982) el individuo es particularmente un ser de una especie animal o vegetal considerado por separado en el cual existe un rasgo particular, el de ser una muestra indivisible de la especie humana. A su vez, la palabra individuo proviene del griego *ατομος*, que significa lo indiviso, es decir, aquello que no puede ser dividido, que es uno y único por lo cual no puede existir multiplicado. El rasgo particular de conceptualización de dicho término, es su indivisión, puesto que es una entidad unida que no puede ser separada entre sí, ya que de hacerlo perdería su sustancia, es por esto que al referirse a un individuo puede aludirse a un árbol, una piedra, un animal o un hombre.

A sí mismo, para Friedrich Dorsch (1976), en el “Diccionario de Psicología”, el individuo es un todo, que tiene estabilidad en el espacio y el tiempo, único también por sus cualidades,

definición que va ligada a la expuesta por los psicólogos Rom Harré & Roger Lamb (1990) quienes expresan que puede llamarse individuo a todo ser que posea cualidades de unicidad, como por ejemplo una planta, pero se dice especialmente, de un ser humano.

En este aspecto, a partir de la indagación en diversos diccionarios de Psicología, Filosofía y Psicoanálisis del concepto individuo, fue posible rastrear una similitud en varios de ellos con relación a la definición de dicha noción. Una de estas semejanzas es la indivisión, puesto que refiere literalmente aquello que no se puede dividir, ya que “el término alude principalmente a la representación de una unidad no- divisible del alma y cuerpo” (Diccionario enciclopédico de la psique, 1972), es por tanto, una unidad y debe observarse desde dicha cohesión y no de manera dispersa o dividida.

Otro rasgo de similitud existente entre las definiciones encontrados en relación al individuo, es aquel que menciona la Real Academia Española, RAE (2014), al afirmar que el individuo refiere a cualquier ser vivo, animal o vegetal, perteneciente a una especie, aquella persona cuya identidad se desconoce o no se expresa, es alguien perteneciente a una clase o grupo, considerada independiente de las demás. En otras palabras, la semejanza es en torno a la definición de individuo señalado como una instancia biológica, puesto que remite a la relación de individuo-especie o individuo en torno a la evolución.

El individuo biológico: un correlato de la filogénesis y la ontogénesis.

El individuo desde el punto de vista biológico, corresponde al ser unitario e indivisible, que conserva propiedades fisiológicas y estructurales, se trata de una entidad integral que se encuentra delimitada en el tiempo y el espacio. Es por esto, que una característica primordial del individuo

en relación a lo biológico, es la evolución, ya que la teoría evolutiva explica la manera en que los organismos han cambiado en el tiempo hasta llegar a ser lo que son hoy en día. En relación a lo mencionado, Lorenz (1976) dice que todo ser viviente constituye un sistema que es el resultado de un devenir histórico, en donde cada uno de los fenómenos de su vida son comprendidos cuando se estudia el camino recorrido en el curso de la historia del individuo, es decir, el origen de su filogénesis. Por esto, es fundamental indagar al individuo biológico para analizar cómo es comprendida la noción y la manera en que esta se instaura dentro de los diversos saberes, ya que una vez se haya definido el término se puede entender la manera en que la psicología implementa la noción dentro de su proceder.

Avanzando con este razonamiento, el ser humano es quien se encuentra inmerso en la naturaleza y estrechamente emparentado con todos los organismos vivientes, es así como el principio explicativo de la evolución es el mismo que el del resto de los organismos: la selección natural, tal como es expuesta por Charles Darwin en su texto *“el origen de las especies”* (1859). Allí, plantea tres leyes básicas para explicar la evolución biológica, la primera de ellas alude a que el rasgo sujeto a selección debe ser heredable, la segunda refiere que debe existir variabilidad del rasgo entre los individuos de una población, en otras palabras, los procesos evolutivos pueden ser lentos pero están generando cambios constantes y pequeños. Finalmente, la variabilidad del rasgo debe dar lugar a diferencias en la supervivencia. Sin embargo, para algunos contemporáneos de Darwin, las leyes descubiertas por este carecían de demostrabilidad o eran puras hipótesis sin fuerza demostrativa. “Para tales pensadores el hombre seguía siendo un ser trascendente, centro de todo acontecer e inexplicable según las leyes naturales” (Dobzhansky, 1976), ya que entre hombres y animales existía un espíritu o alma que se instauraba como barrera entre estos dos. No

obstante con las leyes propuestas por Charles Darwin era posible aludir al estudio del individuo, puesto que éstas podían estudiarse y aplicarse igual para todos.

A partir de los mencionados principios, se aceptaba que el hombre sería formado exclusivamente por el ambiente, ya que “tanto los procesos de conducta y disposiciones tan específicas como la aspiración a alcanzar un rango, agresión, territorialidad y altruismo, y finalmente nuestras normas éticas serían adquiridas por un proceso de aprendizaje” (Coreth, 1976, p.36). De ahí que la psicología adopte la noción de individuo biológico para su posterior estudio en relación con la vida cronológica del ser humano y las formas de relación de este con el medio ambiente que contribuyen a sus procesos de aprendizaje.

Retomando la noción de individuo desde la selección natural, se observa que esta no sólo estuvo enfocada a la modificación del cuerpo, sino una vez alcanzado el nivel intelectual y social se encaminó el hombre a mejorar su situación en el medio ambiente, razón por la cual, se sigue actuando sobre el comportamiento intelectual, moral y social del hombre. Dicho de otra forma, al tener un progreso intelectual, fue factible buscar herramientas para adaptarse a otros medios y garantizar su supervivencia sin necesidad de la modificación corporal, por ejemplo antiguamente “los habitantes de la tierra de fuego, de cabo de buena esperanza y Tasmania, como los de las regiones árticas debían pasar por diferentes climas y cambiar sus hábitos antes de establecerse en sus lugares de permanencia.”(Azcona 1982, p. 16). A partir de esto, no era necesario una modificación corporal sino una adaptación al ambiente para garantizar la supervivencia. Así, debido a las capacidades intelectuales se forjó la concepción del hombre inmerso en una cultura, gracias a las que fue posible afirmar que el hombre y su cultura fueron procesos históricos, realidades empíricas y finitas que se objetivaban e institucionalizaban en un espacio geográfico y

social, y un tiempo social e histórico. Por tanto, el individuo era capaz de acomodarse en cualquier momento a diferentes condiciones ambientales, ya que toda su conducta estaba fundamentalmente abierta más allá de un determinado entorno, no estaba ni está delimitado a un entorno restringido con rigidez sino que se encuentra libre del entorno y abierto al mundo por dicha adaptabilidad ambiental (Coreth, 1976). Con esto, se manifiesta la manera en que el individuo biológico, desde su proceso evolutivo se instaura en relación a la adaptación que tiene con el medio ambiente, y la importancia que se da a esta noción desde la psicología pues este saber adopta la noción del individuo biológico para trabajar con “un organismo que es altamente modificable ya que se conoce el mecanismo natural por el que el medio ambiente induce nuevos reflejos condicionados en los organismos” (Bacarlett & Fuentes, 2007).

Hay que mencionar además, que acorde con las presiones del medio ambiente sobre los organismos, es posible pensar en casi todas las respuestas de los seres vivos como adaptativas. Por tanto, “el organismo reacciona mediante modificaciones que favorecen la perpetuación de la vida en los más diversos ambientes” (Azcona, 1982, p.26). Es así, como se plantea el hecho de que casi todas las respuestas de los seres vivos a las influencias externas—nutrición, clima y condiciones de la vida en general- sean adaptativas: el organismo reacciona mediante las modificaciones que favorecen la perpetuación de la vida en latitudes altas, en regiones frías o desérticas, así como a las necesidades que se van presentando en estos.

Sin embargo, estos procesos adaptativos no están relacionados únicamente con la estabilidad del organismo dentro de su medio ambiente, puesto que también se ve involucrada la cultura en este proceso adaptativo. Por tanto, la supervivencia ya no depende exclusivamente de los genes y el hábitat, sino de la inteligencia del hombre. En otras palabras, tal como refiere Azcona

(1982), la supervivencia depende de saber crear el ambiente físico-cultural más idóneo para la adaptación.

Ahora bien, de acuerdo con la evolución biológica y cultural, la teoría moderna evolucionista establece dos etapas diferenciadas en la evolución del hombre. Una etapa animal, en la cual habría existido una interrelación entre la constitución genética y el hábitat, común al individuo y al resto de los animales, y una etapa específicamente humana, caracterizada por la entrada de un nuevo factor adaptativo, la cultura. (Azcona, 1982, p.27). La interrelación entre cultura y biología constituía un elemento explicativo dentro de la realidad sociocultural del hombre, puesto que, por un lado el hombre trasciende de su propia evolución biológica por medio de la cultura, siendo cada cultura un caso especial de adaptación que libera en cierta medida al hombre de sus limitaciones del hábitat. Es decir, a partir de las diversas formas de cultura, es posible convivir y adaptarse de acuerdo a las formas de comportamientos de los individuos, especificar las pautas de comportamiento e involucrarse o actuar de acuerdo al medio en el que están inmersos.

Con esto, conviene subrayar, que por medio de la cultura se busca diversificar y no igualar a los individuos, ya que esta se encarga de mostrarse como el rasgo distintivo de lo humano. Por ende, la cultura ayuda al aprendizaje del individuo en relación a su vida social, se encarga de capacitar al individuo para realizar los roles sociales y culturales mediante los cuales desarrolla sus capacidades dentro de un ambiente físico, se comporta de determinada manera bajo los patrones culturales impuestos y se desarrolla adecuadamente dentro en su contexto cultural, es decir, su adaptación en torno a la cultura va de la mano con los rasgos particulares que cada individuo forma dentro de esta. Del mismo modo, gracias a la cultura es probable predecir la conducta diaria de un individuo basada en la ejecución de sus rutinas sociales.

Conforme a lo mencionado hasta ahora, la selección natural logra introducir la visión del hombre no sólo como una visión evolutiva, sino como visión biológica desde la constatación de que “el hombre ha debido someterse a un proceso adaptativo, tanto biológico como cultural, para llegar a ser lo que es”. (Azcona, 1982, p.36). En consonancia con esto, el hombre al formar parte de la naturaleza y estar vinculado con todo lo viviente “...es en cierto grado y hasta cierto punto, modificable según la imagen que cada sociedad se haga de sí misma”. (Azcona, 1982, p.37). Es por esto, que en el trabajo con el ser humano la psicología adopta técnicas de modificación de conducta bajo las cuales es posible cambiar comportamientos des-adaptivos del individuo para reinsertarlo nuevamente a la sociedad de manera funcional, así por ejemplo se utilizan programas cognitivo-comportamentales en individuos fármaco-dependientes para modificar aquellas conductas no deseadas y reestructurar pensamientos que puedan influir de manera negativa en la armónica relación que debe tener el individuo con su contexto y su ambiente (Secades & Fernandez, 2001).

En este orden, todas estas modificaciones y procesos adaptativos que constituyen al hombre, son posibles debido a la filogénesis y la ontogénesis, así por ejemplo a partir de la filogénesis, se llegó a la configuración propia del cerebro de la especie humana, hasta llegar al homo sapiens. “A lo largo de millones de años, las especies han ido incrementando las capacidades de seleccionar y captar información, almacenarla, elaborarla y utilizarla, a fin de responder adaptativamente a las exigencias del medio.” (García, 2010). El sistema nervioso humano, y particularmente el cerebro, han desarrollado estructuras neurales que posibilitan la supervivencia y adaptación al medio, así, es como en la especie humana logran coexistir biológicamente diversos niveles estructurales que permiten tipos de conductas y aprendizajes con distintos grados de

complejidad: “desde los reflejos más elementales, pasando por los diferentes tipos de aprendizaje, hasta los procesos cognitivos superiores y particularmente el lenguaje.”(García, 2010).

A su vez, con la noción de individuo vista desde su aspecto biológico, no sólo han sido expuestas teorías evolutivas sino que al asimilar al individuo desde este aspecto se introducen teorías como las mencionadas anteriormente. Es decir, la filogénesis y la ontogénesis dan cabida a explicaciones acerca del proceder del individuo mostrándolo en su forma más orgánica. En este aspecto, la filogénesis corresponde a la evolución de los seres vivos desde la forma más primitiva de vida, mientras que la ontogénesis alude a los procesos que sufren los seres vivos desde la fecundación hasta su plenitud y madurez.

Ahora bien, desde el primer laboratorio experimental de Wundt en 1879, se hace hincapié en que la cuestión de la filogénesis, comparada en la Psicología y el estudio del comportamiento, es tan imprescindible como la morfología para la comprensión de las estructuras del ser humano y el animal. Sin embargo, Lorenz (1980) menciona que todos los seres vivos son también, morfológicamente el resultado del transcurso de la filogenia; y esta condición especial para cada ser vivo debe permanecer por completo en la oscuridad sin el conocimiento de la evolución filogenética. En otras palabras, es preferible mantener en silencio el devenir filogenético para no relacionar al ser humano con un pasado que introduzca al animal como parte de su estudio y evolución, y pueda contribuir a concepciones sobre una psicología que trabaje con el ser humano igual a como lo haría con un animal.

Por otro lado, al investigar en la constitución ontológica del hombre, no se parte de la dualidad o pluralidad de elementos, de las que consta o se compone. Pues no se relaciona al hombre como una totalidad compuesta de partes, sino como hombres únicos y completos. Según García

(2010), la ontogénesis está relacionada a la forma en como cada individuo crece en un mundo físico y social a través de los instrumentos culturales preexistentes, que trae incorporado parte de las relaciones intencionales que sus inventores y usuarios mantenían con el mundo. De esta manera, los niños crecen rodeados de las mejores herramientas y símbolos que sus predecesores inventaron para hacer frente a los rigores y exigencias del mundo físico y social. De ahí, que los individuos internalizan las herramientas y símbolos y aprenden a utilizarlos gracias a los procesos de enseñanza-aprendizaje, especialmente el aprendizaje imitativo y el lenguaje, creando en ese proceso algunas formas nuevas de representación cognitiva, basadas en las perspectivas mentales de otras personas.

A partir de la ontogénesis mental humana propuesta por García en su texto “Desarrollo de la mente” el ser humano desarrolla capacidades cognitivas, lingüísticas y sociales que no tienen semejanza en el reino animal, ni siquiera entre sus parientes más próximos, los primates. “Estas singulares capacidades le han permitido crear y transmitir la cultura, desde las primitivas herramientas de piedra hasta llegar a las ciencias, tecnologías, y humanidades de la actualidad” (García, 2010). Con todo, tanto biológica como culturalmente la humanidad es lo que es, debido a que ha sido heredado de sus antepasados. La herencia biológica “es un continuum dentro de la ininterrumpida cadena que forma el proceso evolutivo de todo lo viviente.” (Azcona, 1982, p. 38). La evolución es un proceso acumulativo en donde nada surge de la nada sino que todo ha surgido de lo anterior, razón por la cual los procesos filogenéticos y ontogenéticos tienen trascendencia en el estudio actual de los organismos, ya que todos los procesos adaptativos y culturales de los individuos son producto del devenir histórico.

Por supuesto, la evolución y el proceso del individuo en torno a su condición biológica también se encuentran influenciados por aquellos instintos que posee el individuo y que han hecho de este un ser disciplinado, capaz de desenvolverse de manera adecuada dentro de la sociedad y a través del cual se da respuesta al control o manejo de aquellas características primitivas del ser humano sobre las cuales se debe ejercer una moderación para no llegar a cometer conductas inadecuadas a falta de la regulación instintiva. Por ello el siguiente apartado se encargará de exponer el devenir instintivo del individuo y la vinculación que tiene con la práctica disciplinar.

El Individuo y su devenir instintivo: el modo de relación disciplinar

“El hombre empieza por ponerse en la piel del animal para intentar después entenderse a sí mismo desde el animal, y tal vez incluso pretender sacar consecuencias transcendentales de cara a la explicación y valoración de la conducta ética humana.”(Emerich Coreth, 1976).

Con respecto a la afinidad biológica del hombre, Azcona (1982) menciona en su texto *antropología biosocial* que el hombre comparte con los animales una serie de características en torno a su constitución morfológica y fisiológica que se profundiza en su pasado animal. Baste, como ejemplo la constatación hecha por Darwin de que el hombre se encuentra dotado de instintos. Con ello se pone en entredicho la imagen filosófica y religiosa del hombre como ente especial, y meta de la creación de Dios destinado para el dominio de la naturaleza así como la apertura de caminos nuevos para la comprensión del hombre. Uno de estos nuevos caminos fue el estudio de la conducta y comportamiento, cuya importancia radicaba en las ciencias humanas y en especial

en la Psicología.

Acorde con lo anterior, tanto la percepción sensible como las formas de comportamiento del animal se encuentran vinculadas a un entorno delimitado y preciso. De esta manera, el animal está especializado biológicamente para determinadas condiciones ambientales, en donde la configuración corporal, la disposición de sus miembros y su modo de alimentarse y vivir presentan una adaptación estructural a un ambiente perfectamente definido. Contrario al hombre, que debe emplear sus miembros en conformidad con su ambiente y servirse de estos como instrumentos, de armas de ataque y defensa.

En este sentido, Alcover & Rodríguez (2012) en su estudio “Plasticidad cerebral y habito en William James: un antecedente para la neurociencia” afirman que el instinto es aquella capacidad de actuar de manera en que se logra alcanzar ciertos fines, sin tener previsión de éstos o una educación anticipada acerca de la acción correspondiente. Es decir, son tendencias innatas o heredadas, que son esenciales como fuerzas motivadoras de toda acción y pensamientos, en donde tales tendencias o instintos son comunes en todos los miembros de cualquier especie y no pueden ser erradicadas de la constitución psíquica ni adquiridas por los individuos en el transcurso de la vida.

Ahora bien, según Coreth (1976). En *¿Qué es el hombre?*, se expone cómo el animal está ligado a un entorno no sólo por su peculiaridad biológica, sino también en razón del modo de percibir y la forma específica de reaccionar ante los diferentes eventos, el animal es un ser ligado al entorno porque está ligado a su vez al instinto, por tanto logra captar su ambiente de un modo directamente vital, de manera regida por el instinto. Así, percibe sólo aquellos contenidos que le

brindan dicha satisfacción instintiva, ya que los demás quedan fuera de su vista. Así mismo, con Darwin surge la noción de instinto como algo que se cumple dentro de la especie, sin experiencia previa, mediación del aprendizaje y sin conocimiento del propósito.

En consecuencia con lo anterior, el instinto es el término utilizado para denominar pautas o conductas que implican una reacción ante determinadas situaciones de rapidez. Estas conductas son muy características del animal y en muchos sentidos son vistas como características salvajes del animal. Sin embargo, también están presentes en el ser humano pero mucho más neutralizadas que en los animales y son las que permiten en cierto sentido la evolución y adaptación del ser humano a los distintos ambientes.

En síntesis, desde el punto de vista biológico, el instinto es la reacción inmediata a determinados estímulos. Por tanto, actuar desde el instinto significa, escapar de un peligro, buscar protección o satisfacer determinadas necesidades tendientes a preservar la vida del individuo y de la especie. Ahora bien, Según las corrientes biologicistas, el instinto en el ser humano se puede dar de dos diferentes maneras: como instinto de supervivencia, con el cual es posible adaptarse a diversos ambientes con el fin de suplir las necesidades básicas, y el instinto de reproducción, que tiene por objeto hacer perdurar la especie por sobre todas las cosas. Es por esto, que el instinto es primordialmente hereditario y no es algo que se pueda aprender, sino una conducta innata que se encuentra inmersa en los seres humanos y es necesario neutralizarla para poder establecerse en sociedad sin llegar a cometer conductas “salvajes” (Alcover & Rodriguez, 2012). Esto, en relación a la teoría del hábito fundamentada en la fisiología, en donde se expone a los seres vivos como un manejo de hábitos que se dividen en tendencias innatas consideradas instintos y los actos de razón

que se dan por medio de la educación.

Con lo mencionado hasta el momento, se resalta el individuo instintivo en relación a las conductas innatas que se ejecutan, a la perdurabilidad de la especie y el rasgo esencial de adaptabilidad dentro de un ambiente. Sin embargo, para Foucault (2008) el instinto se instaura de una manera más compleja puesto que es un elemento correspondiente a la infancia, dado desde el inicio pero que es liberado exclusivamente a partir de la anomalía, es decir, los instintos se presentan a la anomalía como los síntomas se presentan a la enfermedad. Así, “el instinto es tomado como una forma anárquica de voluntad, que consiste en no querer jamás plegarse a la voluntad de los otros; es una voluntad que se niega a organizarse a la manera de la voluntad monárquica del individuo” (Foucault, 2008, p. 252), y rechaza cualquier orden e integración a un sistema de esta manera el instinto es una serie de rechazos que se oponen a la voluntad del otro. Entonces, el individuo instintivo dejaría de ser aquel con conductas innatas que deben ser reguladas y pasa a mostrarse como una forma anárquica de la voluntad.

De acuerdo con lo mencionado, con el individuo instintivo la Psicología tal como la Psiquiatría logran tomar control ya no sólo de la locura sino también sobre lo anormal, ya que como se ha mencionado el instinto es precisamente el elemento natural en su existencia y anormal en su funcionamiento anárquico, anormal cuando no es dominado, reprimido. Por lo tanto, de lo que se encargará la psicología en relación a su carácter fisiológico, es de tomar ese instinto tanto natural como anormal para reconstruir desde la infancia hasta la adultez, desde la naturaleza hasta la anomalía, una conexión entre el niño anormal y el hombre loco para iniciar a ejercer poder sobre aquellas conductas peligrosas y anormales que pueden presentarse en el individuo de acuerdo con su naturaleza instintiva. Ahora bien, en relación aquellas conductas anormales se pueden ejercer

técnicas de corrección para regular los comportamientos que se exceden en el individuo simplificando aquellos actos innatos denominados instintivos que alteren el desarrollo del hombre en sociedad y lo muestren como un ser humano peligroso, con el objeto de regular sus instintos, aquello que no cede a la voluntad del otro a través de la corrección y el ejercicio de la disciplina, lo cual se desarrollará a mayor profundidad en el capítulo dos en relación al apartado de lo normal y lo patológico.

Aproximación de la noción en Aristóteles y Descartes.

Una vez realizado el recorrido epistemológico acerca de la noción de individuo desde su aspecto biológico, se proseguirá a plasmar la noción de sujeto desde algunos autores en filosofía, con el objeto de aportar de hilo conductor a la interpretación del apartado siguiente, en relación al sujeto desde la Psicología pues esta adopta de una manera similar el término referido. Con todo, se abarcará la noción de sujeto desde la tradición filosófica clásica, desde un punto de vista ontológico en el cual se entiende el sujeto como una entidad (*ousía*), según Aristóteles en su obra “Acerca del alma”, se entiende al sujeto como lo que permanece idéntico, materia no determinada, como estructura y forma de dicha materia. El sujeto es por tanto, aquello de lo que se afirma o se niega algo.

Ahora bien, con Descartes, el sujeto es concebido como un sujeto cognoscente, un yo pensante o condición de posibilidad del acto de conocimiento. Esto es expuesto a partir del “Discurso del método” y “la duda metódica” en donde Descartes plasma la manera en que los sentidos engañan pues no hay cosa alguna que sea tal y como se presentan en la imaginación,

entonces, al considerar que todos los pensamientos pueden darse estando o no despiertos sin ser ninguno de ellos verdadero, es factible que lo que se afirma como verdadero hasta el momento no sea más cierto que las ilusiones de los sueños. De esto, Descartes (1637) afirma en el “Discurso del método” que aun queriendo pensar que todo es falso, era necesario que lo que pensaba, fuese alguna cosa y observando esta verdad manifiesta la expresión “pienso, luego soy” ya que es más firme y segura que cualquier otra suposición y toma esto como el fundamento de su filosofía. De allí, se conoce un “yo” sustancia cuya esencia y naturaleza es pensar, de la que no necesita para ser de lugar alguno ni depende de algo material.

En torno a esto, en la proposición “Yo pienso, luego soy”, no hay nada que asegure que se dice la verdad, sino que se ve muy claramente que para pensar es preciso ser, de esto, que Descartes mencione que se puede admitir como regla general el hecho de que las cosas que se conciben clara y distintamente sean todas verdades y la única dificultad es notar cuales son aquellas que se conciben distintamente (Descartes, 1637).

Con lo expuesto, Descartes habla de una relación sujeto-conciencia en donde se plantea el sujeto como yo pensante, un yo cerrado sobre sí mismo y consistente en su propia actividad. En tanto subjetividad pura, no sólo se funda a sí mismo, sino que se convierte en fundamento, al ser responsable de su estructura u orden, de la consistencia de la realidad física (*res extensa*). Así, “se entiende la sustancia como aquello que es por sí misma, que no necesita nada para ser (Chávez, 2012). En esta medida, Descartes expone a partir de la duda metódica, la formulación del “yo pensante”, (*res cogitan*) como un punto irreductible, como fundamento y principio, como sustancia pensante. En concreto, plasma la existencia de la materia ligada a la “res extensa” como sustento de la “realidad material”, mencionando el modo en que el mundo está compuesto por sustancias

pensantes y sustancias extensas, dos órdenes diferentes en donde la res cogitans se cierra sobre sí misma, efectuándose como pura subjetividad, como conciencia que por medio de la razón (y la duda) capta el orden de lo verdadero.

Por su parte, Descartes (1990) propone un método que va en búsqueda de una certeza a partir de la duda metódica, el cual consiste en admitir como verdadero aquello que evidentemente lo es, por tanto, se presenta clara y distintamente al espíritu, se evita la precipitación en sus juicios y se rechaza únicamente lo que despierta duda, “este método supone una actitud indogmática una depuración de prejuicios y un uso del propio entendimiento para la búsqueda de la verdad” (Lopera et al; 2010). Para Descartes todo sujeto es una esencia pensante, y su alma por la cual él es lo que es en tanto sustancia pensante, es distinta del cuerpo, en otras palabras, su alma es el yo, y este es pensamiento, es decir una res cogitans (sustancia pensante) diferente a la res extensa (sustancia material, en este caso, el cuerpo).

Finalmente, estas nociones sobre el sujeto desde la Filosofía, han sido en cierta parte bases para la concepción de sujeto dentro la Psicología, así optaron por manifestarse como conocimiento positivo tomando nociones desde Descartes para concebir el método experimental como único procedimiento científico para el conocimiento de la realidad, ignorando cualquier otro método experimental que se basará en la realidad discursiva del ser humano. El sujeto por tanto se incorpora al método científico a partir de la postura de que “la verdad del hombre se agotaba en su ser natural y todo conocimiento científico debía pasar por la determinación de vínculos cuantitativos, la construcción de hipótesis y la verificación experimental” (Lopera et al; 2010). De esta manera, se transfigura la noción de sujeto para adaptarla con una base experimental en donde se puede hacer del sujeto un individuo medible y observable.

La noción de sujeto versus el sujeto de la psicología

Este apartado corresponde a la noción de sujeto versus el sujeto de la psicología, pues no se emplea la misma terminología de cómo es concebido el sujeto desde la subjetividad y la manera en que lo emplea dicho saber. Esto se debe a que la noción de sujeto es variable tanto históricamente como en los diversos saberes. Razón por la cual se demarca una contrariedad de la noción de sujeto en relación al Psicoanálisis y la que adopta la Psicología pues siempre existen variaciones desde lo que cada campo entiende, retoma y adopta de la noción, por ello se realizará un análisis del término, para dar cuenta de cómo es vista desde la psicología. De acuerdo con esto, la psicología retoma acepciones de la filosofía y concibe al sujeto en tanto “yo” entendido como opuesto al mundo y a los otros. En donde se toma al sujeto como un “individuo que es tanto observador de los otros como observado por ellos” (Lopera et al; 2007), en donde, el individuo es a su vez, desde la psicología, un sujeto que conoce y es conocido, por lo que la relación con la conciencia es fundamental.

Ahora bien, el sujeto varía en relación a los saberes desde los cuales se está utilizando el concepto, quizá por la extensión que posee dicho término o los puntos de interés que sostienen los diversos saberes sobre este, y de los cuales cada uno interpreta la noción en relación a su interés particular. De allí que por ejemplo, cuando se hace referencia al sujeto del psicoanálisis se alude según el Diccionario de la Psique (1972) a la raíz del latín *subiectum* que significa “lo puesto debajo”, lo que se encuentra en la base, lo que desvela el yo en cuanto sujeto de sus actos; la noción de sujeto expuesta desde el Psicoanálisis habla del sujeto que tiene un cuerpo, pero un cuerpo hecho por el discurso y por el deseo del otro que ha ido inscribiendo sus huellas en él. Este cuerpo del que habla el psicoanálisis no es el cuerpo biológico, no es el organismo sino el cuerpo como

organización libidinal, “como sistema de representaciones centrado imaginariamente en el “yo” del enunciado, el efecto imaginario inducido por el orden simbólico a partir de la represión originaria.” (Braunstein, 1980). Mientras que al referirse al sujeto dentro de la psicología, se alude a designar al individuo en tanto es a la vez observador de los otros y observado por los otros, o bien como nombre de una instancia con la cual se relaciona un predicado o un atributo (Roudinesco, 1998). Aquí el concepto de sujeto se entrelaza con el individuo formando una noción que discursivamente se confunde, se describe como una autonomía y dependencia del individuo sin reducirlo netamente a eso, ampliando su significado siempre a algo más, a un sujeto científico y no metafísico (Hume, 1977).

De modo que, toda esta interrelación de sujeto con el individuo, va de la mano con las teorías del cómputo en dónde se refiere a un ser-maquina, un ser que contiene datos e información a partir de los cuales trata por medio de signos o comportamientos, con su mundo interno y externo. Así como la Lingüística, que introduce en su estudio, la noción de sujeto / discurso, pero hasta un punto donde esta le es necesaria, es decir, hasta donde puede introducir al sujeto como una gramática. Así, identifica al lenguaje con una gramática universal que define al sujeto como componente para desarrollar en la ontogénesis cualquier lenguaje natural al que esté expuesto. Sin embargo, después del estudio específico acerca de la noción y al quedar falto en el trabajo del término, la lingüística desplaza a la Psicología la noción, transformándose así al primero en un saber ajeno al término, que evade el hacerse cargo del sujeto y el sentido. Mientras que el segundo, adopta el concepto y lo instauro en las propiedades de saber científico, entendidas como unificación y totalidad, se da entonces, la idea de un yo totalizador, susceptible de conocimiento inmediato. Ahora bien, en ese intento de unificación siempre hay algo que falla, que se escapa y no permite el cierre total, ya que siempre surge algo nuevo que puede seguir refiriendo el sujeto.

En el Psicoanálisis por ejemplo, se habla de una imposibilidad en cerrar la significación, puesto que hay una barra que divide el significante del significado lo cual implica un contacto indirecto con el sentido, en donde se impide la posibilidad de una conciencia autónoma, definida en sí misma. Contrario a la ciencia positiva, que exige un cierre completo, un momento del conocimiento total donde no sea necesario decir nada más.

Retomando lo mencionado, en la Psicología cognitiva el sujeto está emparentado al sujeto del conocimiento, un sujeto que desarrolla estructuras formales, que computa representaciones, y se constituye en la conciencia a través de la relación consigo mismo (Riviére, 1987). La conciencia es, entonces, algo que a partir de la existencia del sujeto como formación sociohistórica, puede entenderse desde su proceso de determinación, desde una perspectiva empirista o trascendentalista, lo cual traería consigo una subjetividad definida como producción del sujeto con la objetivación.

A partir de esta objetivación del sujeto, se pretende un saber entendido como conocimiento inmediato, “dar con el problema”, con la causa, el sentido, pero mediante el discurso de la ciencia. Discurso que adopta la ciencia positiva para referirse a un sujeto no divisible en el cual se esconde el síntoma en lugar de reconocerlo, de tener en cuenta la falla que lo constituye. Así, se dirige la terapia cognitivo conductual a un individuo, a una sustancia, a un sujeto como afinidad y entonces, se originan laboratorios que apuntan a eliminar los síntomas mediante terapias breves y psicofármacos como una poción milagrosa.

Aproximación a la noción de sujeto en el psicoanálisis.

“O sea que tanto al hablar como al escribir el sujeto se constituye disolviéndose. Que la palabra lo representa al mismo tiempo que lo hace desaparecer. Todo decir, está, así, cogido entre el ancla inmovilizadora de la palabra escrita y el vuelo imprevisible de la palabra hablada”. (Braunstein, 1980).

Es trascendental hablar del sujeto en el psicoanálisis pues de esta manera es posible referirse a aquel sujeto que no cede, que conserva algo para sí. El sujeto del Psicoanálisis es quien emerge en su propio decir, pues a partir de la palabra es que surge como un sujeto. Aquí el sujeto, antes de ser sujeto de deseo, es y está sujetado en el deseo del otro, que habrá de reconocerse en subjetividad, así “arribado a la condición de deseante, su deseo no puede dejar de pasar por el deseo del otro” (Braunstein, 1980). Dentro del psicoanálisis, “el sujeto es aquel que tanto al hablar como al escribir se constituye disolviéndose, es decir, que la palabra a pesar de representarlo al mismo tiempo puede hacerlo desaparecer. Para el sujeto del psicoanálisis vivir es ser metamorfoseado siempre por el discurso del Otro. Tal como lo menciona Braunstein (1980) Sobrevivir es diferenciarse constantemente del que uno fue, sabiendo de la transitoriedad de lo imaginario del creer ser de cada momento.

En relación a lo anterior, Lacan también habla del sujeto del psicoanálisis, exponiendo el sujeto como aquel que tiene su causa en la cadena significante, lo que permite nombrar a un sujeto determinado y escindido por el significante. El sujeto está sujetado al significante y esto le permite constituirse en el orden de lo simbólico, en el campo del lenguaje y la función de la palabra. De manera que “el sujeto del significante debe buscarse no en lo que el hablante dice acerca de él en la frase, en lo dicho, sino en otro lado: en la enunciación el acto de decir” (Gutiérrez, 2002).

De manera análoga Edmond Cros (2003) es su texto “Cultura Sociopolítica y Psicoanálisis”, menciona que existe un sujeto cultural el cual es introducido a través del lenguaje, es decir, un sujeto que es atrapado por una red de signos organizados que constituye aquello que se designa como cultura, que es regida a su vez por otra instancia denominada “sujeto cultural”. Con esto, la verdad del sujeto está oculta en los diferentes discursos que contribuyen a borrarla y a desvanecerla, y, entre todos esos discursos, “el sujeto cultural es probablemente el que lo amordaza con mayor eficacia, pues de lo que se trata es saber quién habla en el sujeto hablante y cómo esas diferentes palabras se dan a oír en él” (Edmond, 2003, p. 20)

De ahí que, la noción de sujeto cultural hace parte de la apropiación del lenguaje en sus relaciones con la formación de subjetividad y los procesos de socialización. Ahora bien, el sujeto no se identifica con el modelo cultural sino es ese modelo cultural el que lo hace emerger como sujeto, aquí, “el agente de identificación es la cultura, no el sujeto” (Cros, 2003, pg 22). El sujeto es un efecto del lenguaje y el lenguaje es lo que hace eminentemente social nuestra condición humana, “el lenguaje es el Otro¹ de la cultura de donde vienen los significantes que constituyen al sujeto” (Gutiérrez, 2002). En esta instancia, operando como discurso, el lenguaje erige la sociedad puesto que es el discurso el que se encarga de crear lazos entre los individuos estableciendo así lo social como un intercambio simbólico.

¹ El Gran Otro, el Otro, con la inicial en mayúscula, es un término del psicoanálisis utilizado principalmente por Lacan, que representa la concepción de lo externo. Freud se refería a esta externalidad como otra persona o la otredad. Lacan (1955) por su parte, establece la diferencia entre otro (con minúscula) y Otro (con mayúscula), indicando que el Otro es al mismo tiempo cada sujeto por separado y todo el conjunto de sujetos que constituyen desde el origen de la humanidad, la cultura y sociedad. Para Lacan, el Otro es otro sujeto, con su singularidad inasimilable, es una alteridad equiparable, con el lenguaje y la Ley, es el orden simbólico (mediador de la relación con ese otro sujeto), es en primera instancia un lugar, en el cual está constituida la palabra.

El sujeto desde el psicoanálisis no es la presencia óptica que se tiene enfrente, no es un sujeto de hecho, observable u objetivable, ya que es inmaterial, no se sustenta en la conducta sino en lo simbólico; por esto no tiene otra consistencia que la de los significantes a los que se está sujetado. El psicoanálisis se encarga de alojar la singularidad del sujeto y orientarla en la búsqueda de las causas; aquí la verdad se localiza en el sujeto, en ese sujeto histórico que desconoce sus propias marcas; en localizar el decir del sujeto a partir de los dichos, dando lugar a la palabra y el discurso para realizar un trabajo terapéutico sobre aquel sujeto que presenta un malestar psíquico.

Por otra parte, se encuentra Braunstein (1980) quien refiere que el sujeto es reconocido a través de la superficie del discurso consciente, pues este no está organizado desde el interior del individuo biológico sino desde una estructura simbólica, desde el Otro, que define y ubica al sujeto en un sitio de esa secuencia significativa discursiva, y con este muestra como el sujeto llega a ser sujeto mucho antes de ser individuo.

En consecuencia aquel sujeto mencionado del psicoanálisis, del lenguaje y del inconsciente, no puede ser visto únicamente como el organismo biológico, puesto que el sujeto es un presupuesto abstracto, una condición de existencia de la estructura, un sujeto que toma una posición dentro su verdad y sobre el cual no es posible imponer la realidad del terapeuta, sino de darle su lugar en ella. Finalmente el sujeto desde la ideología puede ser visto como un organismo biológico, un sujeto hablante, un agente de prácticas económicas, y así cada uno de los saberes puede discurrir sobre el sujeto, sin embargo, la manera de adoptar la noción da paso a la manera en que se va a desarrollar el trato con quien se tiene enfrente. A pesar que no puede eclipsarse el concepto puesto que no hay pretensión de decirlo todo sobre él, sí es posible de marcar la diferencia que ha tenido el concepto “sujeto” para exponer así la posición que esta noción toma de acuerdo a su definición.

DISCUSIÓN

Por medio de lo expuesto anteriormente, el sujeto hace alusión según la Filosofía, a un ser que es “actor de sus actos”, aquel que logra ser un agente activo, original, que responde por decisión o voluntad. El sujeto es aquella forma posible de conciencia de sí, aquello que tiene la razón como centro de su funcionamiento y su existencia, es en definitiva aquel que hace emerger la subjetividad humana y la singularidad; es ante todo, una forma de relación del individuo, o del movimiento social, consigo mismo. Por tanto el sujeto no es un todo, sino un “NO todo”, es quién no cede completamente pues conserva algo para sí, es aquel que es dividido por el lenguaje, que logra hacer emergencia en su propio decir, y aparece a partir de la palabra. De manera semejante el sujeto en Psicoanálisis es dividido, sexuado, y deseante, es el sujeto del inconsciente, el cual no tiene nada de espiritual u ontológico, pues es un sujeto histórico que desconoce sus propias marcas. La noción de sujeto va relacionada a su vez con lo que Foucault (2002) en “La hermenéutica del sujeto”, determina como ‘espiritualidad’, no vista desde el punto religioso, sino aquella que corresponde a la búsqueda, a la práctica y la experiencia por la cual el sujeto efectúa en sí mismo la transformación necesaria para tener acceso a la verdad. De ahí que, el sujeto sea una categoría teórica disímil a la de individuo pues esta última es tomada como aquella persona de carne y hueso, es decir, es tomada más como una categoría biológica, mientras que el sujeto aparece en el orden de lo simbólico, relacionado con el Otro.

En esta lógica, la noción de sujeto no hace alusión a la del individuo, al hombre o a la persona, ni siquiera es lo mismo hablar de sujeto en la teoría psicoanalítica que en la antropología estructural a pesar que ambas disciplinas apelan al término. Para dar respuesta al interrogante ¿Qué es el sujeto? se puede aludir a los modos por los cuales el ser humano se convierte en sujeto.

Foucault propone tres modos de objetivación que dan pie a esta transformación: el primero, hace referencia a los modos de inquirir que tratan de darse el estatuto de ciencias; el segundo, se relaciona con las “prácticas de escisión” en la cual el sujeto está escindido de sí mismo o separado de los otros, por ejemplo: el loco y el cuerdo, el enfermo y el sano entre otros. Y finalmente un tercer modo, que determina la vía por la cual un ser humano se vuelve, él o ella, un sujeto, es decir, el dominio de la sexualidad, por la cual los hombres aprenden a reconocerse a sí mismos como sujetos de sexualidad (Foucault, 2008).

Ahora bien, con la aparición de individuo se desvanece progresivamente el sujeto puesto que no hay tiempo para permitir hacer frente al psiquismo, ya que es necesario actuar cuanto antes sobre aquel ser disfuncional, fabricar un hombre nuevo, acorde al ideal planteado que sea productivo en todas las áreas de la vida (familiar/social/laboral). Con el individuo la verdad está en manos de un ente externo, de un ser infatuado que se encarga de crear en cada persona la “verdad” más conveniente para lidiar con su diagnóstico. En definitiva el individuo es la reducción de un ser humano a lo observable, medible y ajustado a estándares.

En esta medida, al no reconocer la singularidad del sujeto, es factible adjudicar rótulos como “el bipolar” o “el paranoico”, es decir, como no se contempla la singularidad, se pone el trastorno. Por esto, en el trabajo con el sujeto no es posible implementar el “para todos”, ya que no hay sujeto que haga síntoma igual que otro, pues cada uno lo reconoce de una manera distinta.

Otro aspecto para resaltar en relación al individuo, es que aquí la certeza está en manos de un ente externo, de un ser que logra adjudicarle un trastorno, a partir del cual puede esconderse y pensar en la pretensión de cura. Una vez sea rotulado, no es necesario lidiar o hacer frente al síntoma, ya que es posible resguardarse tras el precepto de “enfermedad” e iniciar así, un

tratamiento raudo, empírico y “eficaz” que erradique o controle “el trastorno”, pero que no permita emerger al sujeto. El individuo es tomado en un tiempo cronológico, sobre el cual se pueden registrar disfuncionalidades según la etapa de desarrollo evolutivo en la que se encuentre, mientras que el sujeto se permea en un tiempo lógico, que no tiene una secuencia establecida pero que genera relevancia en cada evento percibido y expresado por este. En este orden, mientras para la Psicología lo disfuncional es el individuo y el error se observa a partir de desencadenantes o el medio ambiente al que hay que adaptar, dentro del Psicoanálisis el error es el sujeto, quien en medio de su disfuncionalidad pone a funcionar su resto, su singularidad.

En resumen la psicología de laboratorio, la que se encontraba empeñada en distinguir y estudiar las funciones elementales del alma, la psicología de Wundt, se encuentra relegada hoy a la prehistoria de la psicología. “A ella se dirigieron los psiquiatras alemanes y de ella se deriva la actual semiología psiquiátrica que tiende a ubicar a cada individuo dentro de la especie mórbida que le pertenece” (Braunstein, 1980). Esta evolución de la técnica excluye al sujeto porque pasa por alto lo que designa el término, en últimas esto se debe, tal como menciona Gallo (2010) a que todo está reducido en una cuestión de técnica, ya que de esta manera no es necesario distinguir entre “un individuo orgánico que se apunta al equilibrio y un sujeto de las pasiones que se resiste a ser educado”. La técnica ha renunciado a la subjetividad, es decir, aquello que depende de cada sujeto y no es igual para todos para implementar una herramienta general que sirva para aliviar el sufrimiento psíquico de los individuos.

Seguido a esto se busca abrir campo a la individualidad, buscando características particulares de la personalidad de un individuo a través de las cuales, es factible ejercer una fuerza disciplinar que moldee hombres según el ideal, ya que "lo importante es que la técnica demuestre

que funciona aunque no se sepa por qué. En otras palabras, si el sujeto que padece locura es asimilado como un individuo disfuncional, lo más apropiado es aplicar diversas estrategias que contribuyan a la corrección de conductas desadaptativas o disfuncionales.

A partir del individuo se pasa de un número a otro sin determinar las implicaciones que esto conlleva, entonces, se pasa del terreno de la biología al del psicoanálisis, de éste a lo jurídico-penal, a lo económico y de allí a lo sociopolítico. Generando una supresión de las pequeñas diferencias, que son el rigor epistemológico entre las nociones mencionadas y los distintos saberes. Se reemplaza la explicación por la clasificación de la enfermedad y se produce así un “efecto ideológico de borramiento de las diferencias que pasa desapercibido, que es inconsciente, tanto en el diagnosticador como en el diagnosticado” (Braunstein, 1980). Con la etiqueta diagnóstica se imparte una identidad defectuosa al individuo, de ahí en adelante se identificará de acuerdo al diagnóstico asignado, y a su vez el psicólogo trabajara desde la etiqueta del individuo y no desde el malestar del sujeto. La clasificación intenta acomodar según criterios diagnósticos los padecimientos de un individuo sobre determinada enfermedad, pero ni la física, ni la neurología, ni la biología juntas, pueden explicar lo que lleva a un sujeto a sentirse desdichado o fracasado, es por esto que el etiquetar no sirve sino para otorgar la conducta futura del individuo pero no hace frente al psiquismo del sujeto. En síntesis, “curar” no es un objetivo científico sino una tarea práctica para la Psicología que responde siguiendo el modelo médico a demandas concretas y que puede implementarse teniendo o no conocimientos científicos para ello. De esta manera las ciencias por lo tanto no describen sus objetos sino que los producen, al igual que la psiquiatría que produce enfermedades adjudicándolas como descubrimientos.

Finalmente, cabe manifestar cómo la confusión conceptual de estos términos puede afectar el trabajo clínico “Psi” realizado con el sujeto, pues ya no es posible conocer hasta donde un “loco”

adaptado es funcional y dónde hace frente a su sufrimiento. En consecuencia cabe preguntarse, si así como se inició la experimentación con animales, para dar fin a la enfermedad del individuo, se está experimentando con individuos para dar fin al sujeto, ya que gracias al empleo del individuo dentro de la psicología se está delegando en cierta medida el lugar de la enfermedad al de la clasificación, buscando manifestaciones orgánicas de los individuos en lugar de trabajar con el psiquismo del sujeto, efectuando una reducción del sujeto a la biología y farmacología.

Capítulo II: Lo anormal y lo patológico: una inserción de terapias y prácticas disciplinares

Este capítulo se encargará de realizar un recorrido en las nociones de normalidad y anormalidad debido a la variabilidad existente de dichos conceptos, y la conjunción de la anormalidad en relación a la desadaptación, y la normalidad determinada por el equilibrio o adaptabilidad. Con relación a lo mencionado, para Flores & Díaz (2009), la anormalidad es considerada a partir de varios modelos dentro de los cuales se plasma el modelo ideal, estadístico, clínico y médico. A partir de esto, y de manera secuencial, el modelo ideal comprende la normalidad como un estado de salud mental positivo, un funcionamiento individual y social efectivo, y no simplemente la ausencia de enfermedad mental. Dentro de este se señala lo ideal, lo óptimo o utópico de la normalidad y se deja a la anormalidad con aquello no deseable, con lo incompleto. Por otro lado se encuentra el modelo estadístico el cual encarna los conceptos de normalidad y anormalidad en términos cuantificables que pueden expresarse numéricamente (Flores y Díaz, 2009).

Ahora bien, de la unión entre el modelo ideal y estadístico, surge el modelo clínico, el cual se presenta en el terreno de las diferentes disciplinas que estudian la salud mental. Este modelo contempla las capacidades individuales dentro del contexto social y retoma aspectos funcionales de la conducta que derivan en una forma concreta para diagnosticar lo anormal de lo normal (Flores & Díaz, 2009). Así pues, este modelo trabaja en el orden de lo funcional, la base biológica, adaptación y el equilibrio, apartando el desequilibrio y la desadaptación a estados que no pueden cohabitar dentro de lo normal. Y finalmente el modelo Médico, que considera la normalidad como un estado de salud, y suministra a la anormalidad un estado de enfermedad a partir del cual se estimula la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos del diagnóstico.

Con todo esto, los conceptos mencionados son trascendentales a la hora de hablar acerca de los procesos terapéuticos y disciplinares que efectúa la Psicología clínica a partir de la perspectiva oficial de herramientas como las Terapias Cognitivo Comportamentales (TCC) ya que de estas nociones de normalidad, anormalidad, patología y enfermedad mental es factible observar la inserción de las terapias para el tratamiento del ser humano. De allí, que este capítulo se encargará de reflexionar en torno a lo normal y lo patológico con relación a la vinculación que estas nociones tienen con el individuo, la incorporación del individuo en las prácticas disciplinares y la del sujeto en las terapéuticas, así como de analizar el trabajo de las TCC con relación a lo que se considera puede ser una conjunción entre lo terapéutico y lo disciplinar.

Lo normal y lo patológico en el individuo

Este primer apartado tiene como objetivo exponer aquello que es denominado como normal y lo que se entiende por patológico, para dar cuenta de la manera en que se procede a ejercer

técnicas de corrección en un individuo. Ahora bien, la mayoría de las conductas denominadas anormales están relacionadas con fallas e inadecuaciones del hombre. Estos errores se deben principalmente a la falla en la adaptación, la cual comprende por un lado el equilibrio entre lo que se hace y lo que se desea hacer y, por el otro, lo que la sociedad requiere que el individuo haga para considerarse como alguien inserto en la norma (Sarason, 2006). Entonces, mientras lo anormal es determinado a partir del desequilibrio, lo normal se inserta en el orden de la norma, de aquello que permanece en el estándar y tiende al equilibrio y la adaptabilidad. De acuerdo con Canguilhem, (1984) un ser vivo es normal en un medio ambiente dado, en la medida en que responde adecuadamente y de manera funcional a las exigencias del medio, incluso cuando es relativamente raro, sigue siendo normal siempre y cuando responda de manera normativa con respecto al ambiente. De ahí que, aquello que es normal por ser normativo en condiciones dadas, puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo, ya que el cambio de ambiente requiere nuevas formas de normatividad a las cuales el individuo debe adaptarse. En definitiva lo anormal es lo que deriva el interés teórico por lo normal, pues las normas sólo son reconocidas como tales en las infracciones.

Según Georges Canguilhem (1984), la normalidad es afirmada en el beneficio de la corrección de lo patológico, en donde el conocimiento de la enfermedad o patología sirve para corregir aquellos aspectos que salen de lo normal y se insertan dentro de lo anormal o patológico. Entonces se implica el método de lo patológico apoyado en la observación pura y la experimentación, para dar resultado a los problemas relacionados con aquello que queda fuera de la norma. Con esto, la patología se concibe de manera directa y satisfactoria en relación con la fisiología, puesto que las enfermedades al estar relacionadas con lo patológico se desprenden del concepto de normalidad y se apropian así, de nociones más allegadas a la anormalidad. En este

sentido la patología se incorpora a la fisiología para dar respuesta a las enfermedades desde el exceso o defecto de la excitación de tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal. De manera que, “las enfermedades sólo son efectos de meros cambios de intensidad en la acción de los estimulantes indispensables para el mantenimiento de la salud” (Canguilhem, 1984). Dicho de otra manera, la incorporación de la fisiología con la patología para el estudio de las enfermedades, se debe a la admisión de estas como síntomas, en donde no pueden existir desordenes de las funciones vitales sin lesiones de órganos o tejidos.

Canguilhem expresa como los términos anormal y patológico, implican una distinción entre lo normal fisiológico y lo anormal o patológico desde una diferenciación cuantitativa denominada a partir del exceso o el defecto, es decir a partir del defecto es posible afirmar que deja de ser normal para pasar a ser patológico, manteniendo la noción de normalidad desde un punto medio, en el cual no se exceda el funcionamiento del organismo ni tampoco surja un retroceso de este. Mencionada distinción vale tanto para los fenómenos mentales como para los fenómenos orgánicos, ya que la anormalidad al ser definida por la inadaptación indica la idea de que el individuo debe acomodarse al medio para desprenderse de las nociones de anormalidad o enfermedad y mostrar un estado de óptimo desarrollo asociado a la normalidad, un claro ejemplo de esto se ve en el trastorno autista, en donde la falta de adaptación e interacción del individuo con la sociedad se manifiesta como una enfermedad sobre la cual hay que efectuar modificaciones de conductas que contribuyan al desenvolvimiento del individuo con el medio, o con trastornos como la manía en donde surgen alteraciones anómalas del estado anímico. Por tanto, las conductas normales de los individuos no pueden tender demasiado a la izquierda ni a la derecha sino permanecer en un punto medio el cual ha sido denominado previamente por la sociedad.

En este orden de ideas, el exceso y defecto existen en relación a una medida que es considerada válida y deseable en relación a una norma. No es posible definir lo anormal “por lo demasiado o lo demasiado poco” (Canguilhem, 1984) sin llegar a establecer cuál es el carácter normativo del estado normal. De ahí que el estado normal ya no sea sólo una disposición revelable y explicable desde un hecho sino que se necesita de la norma establecida para considerar cuál es la regularidad y la uniformidad que deben tener los órganos para actuar de manera adecuada. Dicho de otro modo, esta unificación de la patología con la fisiología para establecer la enfermedad y la normalidad, se basa no sólo en los hechos sino también en una definición objetiva de normalidad, que pueda insertarse al lenguaje de la cantidad, ya que sólo la cantidad puede explicar al mismo tiempo la homogeneidad y la variación.

Todo este recorrido sobre la unificación de la patología con la fisiología, se debe a que a partir de esto, es posible exponer a qué se refiere que un individuo sea normal o esté enfermo y presente anomalías físicas o psíquicas. Una vez observado los conceptos de “normal” desde su relación con la salud y lo “anormal” en tanto enfermedad o patología se puede demarcar la manera en que se establece socialmente cuál es el individuo funcional y el individuo enfermo. En esta lógica, se demarca la enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aquella alteración o desviación de estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. Contrario a la salud que corresponde a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2014). Con esto, se sostiene a la enfermedad desde su relación fisiológica y la normalidad con aquel estado de bienestar, ya que se amplía el concepto de salud en áreas no sólo orgánicas sino psíquicas. Así la fisiología se introduce tanto en lo orgánico como en lo mental, buscando correspondencias físicas a malestares netamente

psicológicos, en dónde la única manera de proceder en esto, es a través de la observación del individuo como ente enfermo o anormal sobre el cual se requiere una modificación para devolverlo a su estado de equilibrio.

De esta manera, no se considera la enfermedad como aquello que agota al ser humano, se considera como la consecuencia de una desviación de orden fisiológico, en donde la terapéutica debe plantearse como objetivo la adaptación del individuo enfermo al orden establecido por normalidad. La fisiología a través de la homogeneidad entre lo normal y lo patológico puede ejercer la actividad terapéutica por intermedio de la patología, planteando a esta como una ciencia en la que recae lo terapéutico concebido según Nussbaum, (2003) como un sistema complejo que es llevado a cabo por medio de la argumentación para tratar las dolencias del alma por medio del discurso y la racionalidad, cuando lo que trabaja realmente es la incorporación del individuo a la norma. Norma definida por Foucault (2001), no como una ley natural sino como el papel de exigencia y coerción, que se es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica, la norma posee el principio de calificación y corrección, puesto que su función no es excluir o rechazar. Al contrario, está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo (Foucault, 2001).

En este orden de ideas, la enfermedad o el “estar enfermo significa ser en cierto grado perjudicial, indeseable o socialmente desvalorizado” (Canguilhem, 1984). Inversamente a la salud que se mide desde el punto de vista fisiológico a partir de una estabilidad y bienestar que proporciona una larga vida, la capacidad de reproducción, la fuerza, la vitalidad, la resistencia, ausencia de dolor, en definitiva, un estado en el cual se note lo menos posible en el individuo algún grado de malestar. En este sentido, los médicos trabajan sobre la enfermedad por medio del diagnóstico y la pretensión de cura con el objetivo de llevar nuevamente a la norma una función o

un organismo que se ha apartado de ella. La normalidad implica ser capaz de comportarse de manera ordenada, por ello es esencial corregir el contenido de anormalidad, para encontrar un orden en el curso de la curación, en dónde el individuo pueda adquirir herramientas que le permitan acomodarse de manera funcional en la sociedad.

Ahora bien, estas concepciones acerca de la incorporación de la fisiología a la patología, para el tratamiento de los problemas y enfermedades del ser humano, no queda sólo en las enfermedades corporales, sino que se extienden hasta el trabajo con enfermedades psíquicas, aludiendo a partir de la perspectiva biológica, el principio de que el trastorno mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física (Belloch et al. 2008). En consecuencia, muchas de las alteraciones psicopatológicas se sustentan en anormalidades biológicas (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc) de las cuales el tratamiento debe centrarse en corregir las anormalidades orgánicas. Así como los trastornos cardiovasculares están causados por alteraciones celulares en esos órganos, también los trastornos mentales están relacionados con alteraciones bioquímicas u anatómicas dentro de las cuales se puede relacionar por ejemplo, los trastornos de ansiedad, con una actividad insuficiente del neurotransmisor llamado ácido gamma aminobutírico (GABA); la esquizofrenia, con una excesiva actividad dopaminérgica y la depresión, con un déficit en la actividad de las catecolaminas y la serotonina.

Sin embargo, a partir de Foucault (1984) en su estudio “Enfermedad mental y personalidad” se observa la diferencia expuesta por este, entre enfermedad orgánica y mental a partir de tres cuestiones. En primera instancia, surge un interrogante entre el empleo de la fisiología tanto para las enfermedades orgánicas como para las mentales, puesto que los principios no pueden ser los mismos para aplicarse a lo psíquico. En segundo lugar, se demarca la distinción entre lo normal y lo patológico, ya que mientras para el aspecto orgánico puede ser simplemente una

alteración del sistema nervioso, para lo psíquico puede ser una manifestación de la singularidad del enfermo. Finalmente, el tercer problema que plantea Foucault, está direccionado a la relación del enfermo con el medio, pues no consiste en tomar la individualidad del enfermo y aislarlo según su enfermedad sino de permitir que sea el sujeto quien hable, puesto que en la enfermedad mental se presenta un proceso regresivo, en donde se generan reacciones similares a las de una edad anterior.

Con todo, se observa la normalidad determinada a partir de aquello que permanece en la norma y no se distancia de ella, y la anormalidad desde lo que puede ser desviado, peligroso o patológico. Y de acuerdo con estas definiciones se incorporan tratamientos con el individuo, por medio del cual pueden implementarse modelos biológicos que responden desde aspectos adaptativos sin introducirse en nociones subjetivas para tratar lo psíquico desde su connotación terapéutica, sino acoplándolo a modelos biológicos que alegan a necesidades de funcionalidad del ser humano en su medio. Así mismo, Foucault (2001) recalca en su curso “Los anormales” a partir del aparato jurídico, la perspectiva del individuo anormal por medio no solo de conductas desadaptativas sino a partir de calificaciones morales sobre las cuales es factible determinar cuál individuo presenta patologías o anormalidades. Así, se adjudican afirmaciones como “inmadurez psicológica”, “profundo desequilibrio”, o “personalidad poco estructurada” para sostener la postura de un individuo enfermo que puede llegar a ser potencialmente peligroso a causa de la marcada desviación que presenta de la norma.

De acuerdo con esto, además de la introducción de la adaptación del individuo con el medio, se buscan determinantes biológicos² y causas que permeen la anormalidad en relación al

² Los determinantes biológicos abarcan la historia psicológica del ser humano desde el desarrollo de fecundidad, las pautas de crianza, la dinámica familiar y demás aspectos por los que pasa el individuo que influyen en la manera como este interactúa en el “aquí y el ahora”

individuo enfermo y se muestre este como peligroso, para lograr así ejercer tratamientos enfocados en la readaptación o cura de hombres, que presenten patologías o desviaciones en relación a la norma, de acuerdo al caso, es decir, la anormalidad puede ser o readaptable o curable, se puede emplear un método de disciplina que permita a los individuos peligrosos insertarse nuevamente a la sociedad como funcionales y productivos lo cual correspondería a la cura de la enfermedad o patología presente.

Por una parte se codifica la locura como enfermedad, debido a que está orientada a un desorden o anormalidad para patologizar los errores y las ilusiones de la locura bajo sintomatologías, pronósticos, observaciones, historiales clínicos, que permitan la aproximación a una higiene pública, la cual ha sido denominada por la psiquiatría como práctica médica, haciendo de la prevención y la curación de la enfermedad mental una precaución social, absolutamente necesaria para evitar los peligros ligados a la existencia de la locura o anormalidad (Foucault, 2001). De esta manera, la psicología clínica adopta las técnicas cognitivo-conductuales, enfocadas en el tratamiento de enfermedades que son denominadas a partir de lo anormal, o de aquellos comportamientos que no se ajustan al orden, en donde se toma al individuo desde su aspecto biológico para ser introducido en relación a lo patológico, puesto que posee varias características desde las cuales puede ser tratado desde el aspecto orgánico, lo corporal, omitiendo lo psíquico o combinándolos, como si la relación demarcada entre el individuo orgánico y el sujeto no fueran correlativos.

La inserción del individuo en las prácticas disciplinares.

Una vez observada la incorporación de lo patológico y lo normal a partir del individuo orgánico y los parámetros de normalidad, es decir, del establecimiento de aquello que es normal a partir de la relación que tiene el individuo con la adaptación, y estandarización en la norma, es posible proseguir en torno a la incorporación del individuo dentro de las prácticas disciplinares. De manera que, por medio de la enfermedad, la anormalidad y la patología, se han introducido técnicas de corrección que están enfocadas en la sustentación de la idea de salud mental, entendida como productividad económica. Foucault (2001) en su curso “los anormales” expone a partir del aparato judicial la forma en que no sólo los comportamientos fuera de la norma influyen en la atribución de patologías de un individuo, sino además, la manera que se asignan características morales para determinar la enfermedad. Así pues, se pueden observar en las pericias psiquiátricas expresiones como “un hombre incapaz de asimilarse al mundo”, “alguien a quien le gusta el desorden”, “que comete actos extravagantes”, “reniega de sus leyes” entre otras tantas, sobre las cuales se juzga y se sanciona las conductas irregulares que se han propuesto como la causa, el punto de origen, y llevaron al individuo a presentar comportamiento psicológicos anormales, transformándolo en un individuo enfermo y peligroso. Aspectos que no son vistos exclusivamente en el ámbito jurídico puesto que la práctica clínica se basa de estas afirmaciones morales para determinar causas o desencadenantes del individuo enfermo, exponiendo por ejemplo, argumentos en relación al maltrato sufrido en la infancia, comportamientos disruptivos o dificultad en la integración asertiva con los otros.

Ahora, en concordancia al aparato jurídico con relación a la anormalidad, la pericia trata de mostrar cómo el hombre se parece al crimen antes de haberlo cometido. Se busca hacer aparecer

términos enfocados a la deficiencia del individuo, para sostener que a partir de todas esas fallas es que presenta comportamientos anormales que quedan fuera de la estabilidad y presentan riesgo para la sociedad, razón por la que, es esencial mantenerlo apartado de todos los demás, para evitar que atente contra estos. Aquí se aplican técnicas de corrección disciplinar pues no se espera mantener al individuo eternamente enclaustrado, sino moldear los comportamientos que están salidos de la norma para que más adelante pueda involucrarse nuevamente y de manera productiva a la sociedad.

Todo esto, no se observa exclusivamente con el aparato jurídico puesto que la Terapia cognitivo comportamental (TCC) como se mencionó brevemente en el apartado anterior, busca a través de un rastreo exhaustivo causas que determinen el comportamiento anormal, así por ejemplo, se indaga el historial clínico del paciente con preguntas acerca de si alguno de sus parientes ha tenido conductas similares, o si ha pasado por maltrato físico o psicológico durante su infancia, y variedad de comentarios orientados en la búsqueda de un desencadenante, de encontrar el punto exacto para que su patología tuviera lugar, o de verificar si siempre ha sido de esa manera para justificar la aplicación de estrategias necesarias en su corrección. Se solicitan a su vez, antecedentes familiares que extienden la búsqueda de signos, pródromos que suplan la ausencia de cuerpo, y le den un sustrato orgánico a la enfermedad, pues se trata de hallar en el marco familiar una cantidad de acontecimientos que sustente la patología, los actos y el comportamiento desordenado.

Por otra parte, acorde con la psicología clínica, los individuos al igual que aquellos que juzga el aparato jurídico como criminales inimputables, son reclusos por un periodo de tiempo en centros que modifican los comportamientos desequilibrados que atentan contra la sociedad, por ejemplo, también se aparta por un periodo de tiempo, a individuos esquizofrénicos, paranoicos,

psicóticos entre otros, que presenten comportamientos incontrolables y se muestren como altamente peligrosos, en centros que corrigen estas conductas y aplican técnicas “terapéuticas” y disciplinares con las que es posible reinsertarlo más adelante a su familia y sociedad. Con lo expuesto hasta el momento, se puede plantear aquella práctica disciplinar incorporada desde el siglo XVIII, como un sistema de disciplina con efecto de normalización. Ese sistema disciplinar-normalización, es un poder que no es represivo sino productivo, pues la represión solo influye de efecto lateral y secundario, mientras que sus mecanismos centrales están enfocados en la realización de un poder que tenga mecanismos que fabriquen, creen y produzcan, ya que el poder disciplinar se orienta en la utilidad, productividad y beneficio del poder económico.

Por otro lado, retomando la cuestión del aparato jurídico, el cual exige tres cuestiones, a saber, antes de juzgar a una persona como criminal o inimputable, se pregunta entonces acerca del estado de conciencia del individuo, del grado de peligro que este representa para los otros, y finalmente si es curable o readaptable, todo esto para apartar a los individuos peligrosos y ejercer técnicas de normalización sobre estos. Por tanto, desde aquí, se parte para exponer la inserción del individuo en las prácticas disciplinares, ya que estas se encargan de guardar el orden entre los miembros de un grupo de personas en donde las principales herramienta son el asilo y las técnicas de modificación. En relación a esto, Foucault (2008) manifiesta el objetivo de la táctica asilar como la desaparición de la locura, que podría darse a través de la curación, y esta se da por medio de la terapéutica, constatada por Pinel como “ el arte de subyugar y domesticar, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas” (Foucault, 2008. P, 25). A pesar que esta definición pertenece a una época distante, muchas de las ideas que representa son características de la práctica actual, tal es el caso de la

alienación, y el poder que se ejerce sobre el individuo enfermo para modificar sus ideas irracionales, así como la conjunción de una práctica terapéutica que tiene contenido disciplinar, lo cual se ampliará en el apartado siguiente, en el que se habla acerca de la implementación de las TCC dentro de las prácticas disciplinares.

En relación a la disciplina, la esencia de todo poder reside en la aplicación de este sobre el cuerpo. En otras palabras, todo poder es físico, por ello cuando se relega al asilo a un individuo enfermo, lo que se confina es el cuerpo, sobre el que se ejercen correctivas para restaurar aquellos malestares psíquicos. Baste como ejemplo, la aplicación de terapias electro convulsivas en pacientes depresivos, la dispensa de fármacos a pacientes psicóticos, el aprisionamiento de miembros superiores aquellos con síndrome de abstinencia y las terapias de relajación e intervención en crisis que consisten en una contracción y extensión de los músculos por un periodo de tiempo para estabilizar y traer a un estado de equilibrio al individuo. Estas herramientas, estrategias y técnicas que se efectúan como terapéuticas corresponde al orden de prácticas disciplinares pues el poder es ejercido sobre el cuerpo para la corrección de comportamientos y conductas que están fuera del orden establecido y la norma.

Para Foucault (2008) los finales del siglo XVIII consistieron en la manipulación de la locura por los médicos, a través de la prolongación de la enfermedad, dejándola fluir y siguiendo su evolución con el fin de promover “un mundo a la vez ficticio y real donde la locura cayera en la trampa de una realidad que se indujera insidiosamente” (Foucault, 2008, P. 52). Posteriormente a principios del siglo XIX, se pasó a plasmar la verdad del delirio para suprimirlo como tal, es decir, al aceptar la verdad del delirio y exponerla como real se lograba la curación. Sin embargo, el juego de la verdad en el delirio se suprime por completo con el surgimiento de la práctica psiquiátrica y con ello de la práctica denominada por Foucault como práctica disciplinaria, una

nueva microfísica del poder³, sobre las cuales se funda la teoría e institución psiquiátrica, las prisiones y las instituciones educativas.

La práctica disciplinar está basada en un poder disciplinario que corresponde a una modalidad mediante la que el poder político y los poderes en general logran tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar los gestos, comportamientos, hábitos, y las palabras para modificar y dirigir lo que pasa a ser denominado como contacto sináptico cuerpo-poder (Foucault, 2008. p, 60). Por su parte, ese poder no existió siempre sino que se formó y siguió su trayectoria a través de la sociedad occidental, formándose en el siglo XI como una forma social absolutamente generalizada a través del panóptico de Betham ⁴(1791), que presenta la fórmula política y técnica más general del poder disciplinario. El poder disciplinar funciona a partir de aquella disciplina que es vista como una técnica encargada de fabricar individuos útiles, sin identificarse necesariamente con una institución sino como un poder que implica todo un conjunto de instrumentos, procedimientos y niveles de aplicación que puede ser asumidos por instituciones "especializadas" (las penitenciarías) hasta instituciones que la utilizan como instrumento esencial para un fin determinado (los hospitales).

De esta forma, el poder disciplinario ejerce su fuerza sobre el cuerpo, ese objeto y blanco de poder sobre el que puede manipular, al que le da forma, educa, ese cuerpo que obedece, responde y se vuelve hábil. En "Vigilar y castigar" Foucault (2002) muestra la disciplina como esa fábrica de cuerpos sometidos y dóciles. Una disciplina que se encarga de acumular tiempo de los individuos y componer una fuerza que obtenga un aparato eficaz en función de la economía. Y la

³ La microfísica de poder es un término que inserta Foucault, en el tránsito general de la obra el poder psiquiátrico, centrándose en la relación de co-dependencia entre saber y poder, lo que lo lleva a introducirse en la preocupación antropológica y biopolítica del ser humano.

⁴ El panóptico es un tipo de arquitectura carcelaria del siglo XVIII, cuyo objetivo es permitir al guardián observar a todos los prisioneros, reclusos en celdas individuales alrededor de la torre, sin que estos sepan si son o no vigilados

práctica disciplinar gira en torno a ese poder que se encarga de enderezar conductas, de fabricar individuos para el ejercicio de su poder, “No es un poder triunfante que a partir de su propio exceso pueda fiarse en su superpotencia; es un poder modesto, suspicaz, que funciona según el modelo de una economía calculada pero permanente” (Foucault, 2002).

De manera que, la disciplina al ser control, requiere de la captura permanente del cuerpo del individuo por lo cual emplea cualquier tipo de vigilancia sobre estos, uno de esos mecanismos de vigilancia, es la escritura que vela por la anotación y registro de todo lo que ocurre, de todo lo que hace y dice el individuo, de esta manera se puede transmitir la información de abajo arriba en la escala jerárquica, manteniendo una accesibilidad a la información y asegurando el principio de omnivisibilidad que es una de las características de la disciplina. Esta implementación del control a través de la escritura, se dio a partir de los siglos XVII Y XVIII, en las escuelas, sistemas policiales, y centros de aprendizaje, a partir de lo cual se centralizaba la información y se procedía con ella a favor del individuo productivo. Sin embargo, estas características de la disciplina siguen vigentes e insertadas en las prácticas de manera sutil, sirva de ejemplo, las instituciones psiquiátricas con el manejo de historias clínicas en las cuales se registra el inicio, avance y culminación del trabajo con el paciente y sobre la cual pueden tener acceso diferentes disciplinas que lleven el caso.

En esta lógica, la escritura es el soporte del carácter panóptico que compete al poder disciplinar, pues contribuye a esa visibilidad absoluta y constante que debe rodear a los cuerpos de los individuos para ejercer acciones punitivas y contínuas de ser necesario. Entonces, no basta con anexar al historial clínico los avances del paciente o novedades para mantenerlos en simples datos, sino que sobre ese informe es que se deriva al tratamiento del individuo, así al referenciar un comportamiento extravagante, agresivo o cualquier otro aspecto que remita a un retroceso en

la evolución de la enfermedad, se procede aplicar fármacos, o terapias con mayor repetición para evitar que recaiga al estado inicial de la enfermedad, de esta manera la escritura funciona como vigilancia y acción punitiva.

En el sistema disciplinario, el principio de distribución y clasificación de todos los elementos implicaba necesariamente un residuo, aquello en donde siempre queda algo inclasificable. Ese residuo es el punto contra el cual se chocaban los sistemas de clasificación, jerarquización y vigilancia, puesto que ese inclasificable, ese inasimilable presentaba siempre problemas en el ejercicio del poder disciplinar. Y ese residuo correspondía al enfermo mental, aquel residuo de todos los residuos, de todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etc. Por ello, sobre el individuo enfermo se empleó un nuevo modo de disciplina por medio del asilo, las técnicas ortopédicas y tratamientos de modificación comportamental, se instauraron entonces sistemas disciplinarios complementarios para recuperar a esos individuos que se salían de su control.

El poder disciplinar introduce al individuo en su proceder de cualquier manera, pues no puede dejar nada fuera de él, por tanto, se crearon para los débiles mentales, para la gente irreductible a la disciplina escolar, escuelas especiales para ellos, y luego escuelas para quienes eran irreductibles a esas escuelas destinadas a los débiles mentales y así consecutivamente, previendo que nada quedará fuera del control disciplinar (Foucault, 2008. P, 76). Posteriormente, al llegar al enfermo mental, se modificaron aspectos de este para introducirlo dentro de una disciplina exhaustiva, en la cual fue necesario cambiar la relación de singularidad somática, el sujeto y el individuo, para procurar no sólo una muestra de poder disciplinar sino un ejercicio terapéutico.

Finalmente tal como se observa en el curso de Foucault (2008) “El poder psiquiátrico”, el individuo se constituyó en la escritura continua, el castigo virtual y la vigilancia ininterrumpida, ya que estos dieron marco a ese cuerpo sojuzgado y le extrajeron una psique; y el hecho de que la instancia normalizadora distribuyera, excluyera y retomara sin cesar ese cuerpo-psique sirvió para caracterizarlo (Foucault, 2008, pg. 78). El individuo de las practicas disciplinares es el resultado de algo que le es anterior, es el cuerpo subjetivizado –esto es, la función sujeto se fijó en él-, normalizado, psicologizado, sobre el que resultó posible emitir discursos en torno una tecnología disciplinaria propia del poder. Esta tecnología disciplinaria puso de manifiesto al individuo como realidad histórica, como elemento de fuerza productiva, y también de fuerzas políticas (Foucault, 2008). Ese individuo de la práctica disciplinar es un cuerpo sujeto, atrapado en un sistema de vigilancia que está siendo sometido a procedimientos de normalización.

La función Psi desde la práctica disciplinar y su implementación como terapia dentro de las TCC.

Dentro de los apartados anteriores se ha tenido presente la noción de normalidad y patología, junto con la inserción del individuo dentro de las practicas disciplinares, es por esto, que el presente apartado se encargará de mantener el hilo conductor del individuo dentro de las prácticas disciplinares, y dará un esbozo de lo que es la implementación de la disciplina terapéutica dentro de la psicología, a partir de la exposición de las terapias cognitivo-comportamentales (oficiales en el sistema de salud), que son denominadas técnicas terapéuticas, y a su vez contienen un carácter disciplinar. En este orden, se proseguirá hablar del individuo y la relación que posee con la función “Psi”. De esta manera, se manifiesta al individuo anormal como objeto de las

prácticas disciplinares, pero en ocasiones cuando este no se incorpora dentro de ninguna de las técnicas de normalización, cuando es indisciplinable, ineducable, se relega el cuidado a la familia, la cual decide tomarlo y hacerse cargo de él o abandonarlo a la patología. La familia es el elemento que permite determinar cuáles individuos deben ser expulsados de la sociedad para entrar en nuevos sistemas disciplinarios destinados a ellos. Ahora bien, esos nuevos sistemas disciplinarios se originan a partir de la función “Psi”, es decir, la función Psiquiátrica, Psicopatológica, y Psicosociológica entre otras. Esta función “Psi”, es tomada por Foucault desde la institución, más no como exclusiva elusión del discurso. Con esto, los representantes de la función, Psicólogos, Psiquiatras y Psicoterapeutas son denominados como agentes de la organización del dispositivo disciplinario, que está atento a cualquier declive en la soberanía familiar. Es por esto, que cuando un individuo se escapa de la soberanía familiar, se interna en el hospital psiquiátrico que se encarga de readaptarlo.

La función Psi, nació de esa contracara de la familia en donde se solicitaba la internación del individuo, el cual era sometido a la disciplina psiquiátrica que tenía como objetivo refamilirializarlo, y poco a poco se fue extendiendo a los demás sistemas disciplinares como la escuela y el ejército. Fue así como esta función adoptó el papel de disciplina para todos los indisciplinables. Por lo tanto, esta función se transforma en la instancia de control de todas las instituciones, y se encarga de conectar los discursos y las organizaciones (Foucault, 2008). De manera que, la función “Psi” se fue incorporando como una práctica disciplinar dentro del orden de aquellos saberes que se dicen terapéuticos.

Ahora bien, cuando el individuo anormal sale del cuidado de su familia y se incorpora en la disciplina de la función Psi, queda en manos de instituciones psiquiátricas encargadas de la restauración de los comportamientos peligrosos y desadaptados del individuo enfermo para la

sociedad. Entonces, se hace evidente la relación del panóptico con la práctica disciplinar puesto que el hospital “cura” por ser una máquina panóptica. De ahí, se convierte en una máquina de ejercer poder, inducir, y aplicar el poder, en donde el enfermo mental está vigilado permanentemente, y sabe que nunca deja de estarlo, sabe que siempre está bajo la mirada de alguien y a esto se le atribuye un valor terapéutico ya que el enfermo no muestra su locura mientras se sepa observado, sirviendo como principio de distracción (Foucault, 2008).

Para los psiquiatras el funcionamiento de la institución asilar se considera como un proceso terapéutico, pues obliga a los individuos a plegarse a un reglamento, un uso del tiempo, se enseña el acatamiento de órdenes, “a ponerse en fila, a someterse a la regularidad de una serie de gestos y hábitos, a supeditarse a un trabajo” (Foucault, 2008). Se muestra entonces, una institución que posee grandes factores terapéuticos, determinada la terapia como un proceso de vigilancia y reestructuración, en donde el individuo queda en manos de una voluntad ajena y se ciñe al reglamento para evitar castigos o infracciones ocasionadas por el quebrantamiento de este. De esta manera, se inicia a adaptar al individuo a lo real o mejor dicho, a la realidad del médico, del representante de la función Psi, y se reconoce el poder que tiene el terapeuta o psiquiatra sobre enfermo. Por tanto, dejar de estar loco es aceptar ser obediente, poder ganarse la vida, reconocerse en la identidad biográfica que han forjado para él, es dejar de extraer placer de la locura, es curarse a partir de un proceso de disciplina física cotidiana, con la máscara de un ejercicio terapéutico.

No obstante, la práctica disciplinar a partir de la función Psi no queda solo en la aplicación de técnicas de corrección sino que tiene gran influencia de la figura del médico, pues tal como refiere Foucault en “El poder psiquiátrico”, la sola presencia de este en la institución, sirve de mutación de la disciplina en terapéutica. Ante esto, el psiquiatra recorre el hospital para que la sola presencia se convierta en aparato terapéutico. De donde resulta que, el psiquiatra al tener el poder

de permitir la salida del enfermo de la institución, y tener mayor control sobre los tratamientos aplicados se transformará en una figura del aparato disciplinar sustentado en argumentos terapéuticos que van a reproducirse en técnicas posteriores y avances científicos para el tratamiento del enfermo mental. Tal es el caso de las Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), cuyo representante no es el psiquiatra, sino un psicólogo que se inmiscuye como un representante más de ese poder ejercido sobre el individuo enfermo dentro de la institución asilar, en donde como subordinado al psiquiatra, el psicólogo también se encarga de registrar los avances y retrocesos del individuo para permitir su reingreso a la sociedad a partir de la idea de adaptabilidad o equilibrio que presente el paciente, implementando no sólo su presencia como terapéutica sino herramientas y técnicas que se nombran en torno a la idea de terapia.

De acuerdo con esto, las TCC son una herramienta de intervención cuyo objeto es reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas, a través de la modificación de los procesos cognitivos y comportamentales. Se fundamenta en la relación existente entre las cogniciones, los afectos y las conductas, y busca desarrollar habilidades de cada uno de estos campos para comprender de forma general el modo en que se interpretan las experiencias, con el objeto de modificar las distorsiones o déficits que se generan durante el proceso cognitivo. Las TCC corresponden a una integración de dos modelos en debate, las terapias conductuales cuyo fundamento radica en la idea de que toda conducta es aprendida, y por ende modificable gracias a los principios del aprendizaje (Ruiz, et al., 2012). Y la terapia cognitiva que plantea los problemas mentales y emocionales como una relación estrecha a los procesos cognitivos. Por su parte, el conductismo tuvo influencia de los trabajos de fisiólogos rusos que pasaron de la neurofisiología al campo de la psicología, aplicando a la metodología objetiva cuestiones psicológicas y mecanicistas de los procesos de la conducta manifiesta. A partir de la concepción del desarrollo

de los reflejos por medio del aprendizaje, se logró la unión entre la neurofisiología y psicología, plasmando además la relación del ambiente con la actividad psíquica (Ruiz, et al., 2012).

Con todo, la terapia cognitivo conductamental empleó inicialmente un tratamiento para los trastornos afectivos con el fin de observar la eficacia existente de la unificación de aspectos determinantes de los dos modelos para disminuir los síntomas presentes en estos pacientes. La primer aplicación conocida del modelo, para el tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Aaron Beck, quien trató a un paciente con delirio resistente al tratamiento farmacológico, por medio de treinta sesiones durante ocho meses, tras las cuales el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre sus creencias erróneas, asumiendo sus delirios como hipótesis sobre el significado de ciertos eventos y no como verdades rígidas y absolutas (Muñoz & Ruiz, 2007). Así mismo, los tratamientos cognitivo conductuales, abordan diversos trastornos principalmente desde el “aquí y el ahora”, es decir, se centraron en el presente como punto primordial y base para iniciar el tratamiento, sin embargo, esto no significa que descarte algunos antecedentes que pueden estar influenciando la conducta actual (Ruiz, et al, 2012). Se encarga entonces, de centrarse en la modificación de pensamientos y conductas que generan la enfermedad partiendo de una reestructuración cognitiva y tomando antecedentes que pueda influir en el comportamiento desadaptativo de ser necesario.

Las TCC trabajan a modo global con las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales del paciente, observando la raíz de los problemas y errores cognitivos actuales desde la recopilación de información que provea las bases para conocer las conductas desadaptativas que han sido aprendidas por el individuo y se han incorporado como hábitos que ejercen control sobre él y deben ser modificables para el desarrollo óptimo del paciente. Esta terapia busca intervenir en

las conductas desadaptativas del individuo, por medio de la reestructuración de las ideas irracionales y pensamientos negativos que existen en el paciente, manteniendo la lógica de que las emociones, cogniciones y conductas, están interrelacionadas y se afectan mutuamente (Stallard, 2015). A su vez tiene como objetivo orientar al paciente durante el proceso de evaluación hacia la búsqueda de metas de intervención que se van verificando constantemente, enfatizado en la medición cuantitativa de las conductas para implementar actividades que reduzcan la producción de pensamientos desestructurados y conductas desadaptativas (Ruiz, et al, 2012). De esta manera las TCC emplean una metodología experimental, validación empírica de los tratamientos y combina la relación de terapias conductuales y cognitivas para un tratamiento global de la enfermedad, en donde nada quede fuera, ya que tanto los comportamientos como los procesos cognitivos están permeados en el tratamiento que ofrece.

Estas terapias tienden a efectuar continuas pruebas de realidad que implican al paciente un grado de conciencia sobre ciertos aspectos de sí mismos y de otros, junto con la adopción de riesgos en función de la nueva conciencia. En este proceso cognitivo conductual se facilita un ciclo de conciencia y toma de riesgos, “de manera similar al concepto psicodinámico de “elaboración” en donde la interacción entre el insight y la acción ayuda al cliente (otro modo de nombrar al paciente) a ser más consciente de su vida y de los aspectos que puede modificar mediante las experiencias correctivas” (Goldfried, 1996, pg. 26). La meta de la terapia es proporcionar al paciente la oportunidad de lograr una perspectiva diferente de los aspectos problemáticos de su vida, empleando estrategias como la reestructuración cognitiva para enseñar a los pacientes un procedimiento mediante el cual puedan pensar en soluciones para los aspectos problemáticos por

sí solos. Se trata entonces, de intentar proporcionar a los individuos habilidades de manejo que les permitan funcionar como sus propios terapeutas.

De esta manera, las TCC trabajan con el individuo tras el precepto de utilizar métodos terapéuticos enfocados en la corrección y dialogo directo con el paciente, pero muchas de las técnicas de corrección están ligadas a las practicas disciplinares, aquellas que utiliza la función Psi que ha sido denominada por Foucault. En esta instancia, si se enfatiza en las palabras emitidas por el paciente, se hace atendiendo a matices sutiles de sus significados, a las inflexiones, se enfatiza en la comprensión de lo que enfermo dice pero no abiertamente, en aquello que esconde tras el discurso, interpretando así las frases emitidas de acuerdo a la mirada que el terapeuta tenga de ello (Wachtel, 1996), se profundiza en escuchar al paciente a través de la focalizada atención en cómo se comunica y qué dice, pues de esta forma se logra encontrar las fallas en el discurso del paciente, las ideas irracionales, pensamientos negativos y errores de percepción del individuo que deben ser moldeados en relación a la realidad del terapeuta, pues él es quien tiene el saber sobre aquello que es normal o patológico.

Retomando las terapias cognitivo-conductuales, aquellas que se ocupan de la racionalidad, los procesos de pensamiento y la resolución de problemas, centrándose en las evaluaciones, atribuciones, sistemas de creencias y expectativas de los clientes y en los efectos que estos procesos cognitivos tienen sobre las emociones y conductas. Cabe agregar el principio psicológico de esta teoría basada en el cambio de pensamiento para modificar el sistema de creencias que va posteriormente a provocar cambios en la conducta. A su vez, los representantes más significativos de esta teoría insertan herramientas esenciales de la terapia cognitivo comportamental, tales como

la terapia racional emotiva (TRE) y terapia de la realidad (TR). En este orden, la TRE propuesta por Albert Ellis, corresponde al enfoque instructivo que enseña a las personas a lograr cambios en su personalidad, puesto que afirma que las personas nacen con la tendencia a ser racionales como de ser irracionales, y con la capacidad de sabotearse a ellas mismas, razón por la cual es imprescindible que los individuos aprendan a ser cada vez más racionales, controlando aquello que sienten y hacen (Okun, 2001). Todo esto se logra, proporcionando información, enseñando técnicas de imaginación y asignando tareas al individuo, por la que este pueda cambiar su sistema de creencias irracionales. Por otro lado la TR se sustenta como una rama de la terapia cognitivo conductual, desarrollada por el psiquiatra William Glasser, en donde al igual que la TRE, “se orienta en el aprendizaje, con la diferencia que explora los valores y opciones conductuales de los clientes” (Okun, 2001), subrayando las incongruencias y reforzando las responsabilidades del individuo sobre las elecciones que tome.

De manera que, estos enfoques combinan teorías conductistas del aprendizaje con énfasis en constructos como el pensamiento, las motivaciones, las emociones etc, constituyendo una orientación teórica fundamental hoy en día que es la preferencia de muchos terapeutas. Sin embargo, al inmiscuir el principio del aprendizaje y la modificación o corrección de pensamientos y conductas se efectúan tratamientos sobre individuos y no sujetos, es decir, se trabaja con las diferencias individuales y no la subjetividad, motivo por el cual se trabaja sobre ideales adaptativos y no sobre el deseo del sujeto, pues de lo que se trata es de reformar conductas desviadas, de cambiar pensamientos e ideas irracionales.

En esta lógica, cabe mencionar además la terapia cognitiva de Beck (1976) que hace parte de la ayuda en las teorías cognitivo-conductuales. Esta se centra en los errores sistemáticos de razonamiento que subyacen a los problemas psicológicos. Tras esto, se postulan tres componentes fundamentales: en primer lugar los pensamientos negativos automáticos que irrumpen en el estado ánimo de la persona, en segundo lugar la visión distorsionada que tiene el individuo de la realidad basada en errores lógicos sistemáticos, y finalmente aquellos esquemas depresivos en los que las propias ideas sobre el mundo constituyen la forma que se tiene de organizar la experiencia pasada y forman el sistema a través del que se clasifica la información que es recibida del exterior (Okun, 2001).

De este modo, las terapias cognitivo conductuales contribuyen en función de aquellas instituciones orientadas en la función Psi, plasmada por Foucault (2008) en su estudio “el poder psiquiátrico”, pues se observa la manera en que trabajan a partir del modelo biológico del individuo a través de técnicas de corrección, en las cuales se instaura en el paciente una realidad supuesta por el terapeuta, aquí se enfatiza en la reestructuración de ideas irracionales que son extraídas de la realidad del terapeuta pues se considera que es este, quién posee la verdad “absoluta”. No se trabaja en función del sujeto con algún malestar psíquico a partir del lenguaje sino que relega al ejercicio disciplinar en donde se le dan herramientas al paciente para que haga algo con lo que lo aqueja, en otras palabras, se orienta al individuo hacia lo que debe hacer para mostrarse como una persona funcional que puede erradicar sus pensamientos negativos a partir de instrumentos y tareas sin necesidad de hacer frente al síntoma que lo aqueja.

DISCUSIÓN

Con lo mencionado hasta el momento, desde el recorrido de lo normal y patológico en el individuo, considerando a su vez la distinción que debe demarcarse entre esa inserción de patología con relación a la enfermedad, puesto que esta se toma principalmente desde su aspecto orgánico, desde los tratamientos sobre el cuerpo, sobre el objeto físico y no a partir de los principios que demarcan la diferencia entre lo psíquico y lo orgánico, es que se demarca la exclusión del sujeto dentro del proceder clínico a partir de las terapias cognitivo conductuales. Pues como se observa en lo expuesto, la anormalidad o patología se destaca a través de los lineamientos de norma propuestos dentro de la sociedad, de la desadaptación del individuo en torno a su ambiente y sociedad, de la desviación de la norma que trasciende a rótulos de enfermedad mental, que pasa a ser posteriormente clasificada y estudiada en términos cuantitativos, biológicos que remiten necesariamente a un cuerpo físico sobre el cual muchas disciplinas intentan curar a partir de la erradicación del síntoma o enfermedad.

De ahí que las terapias cognitivo conductuales sirvan como soporte de las prácticas disciplinares que suprimen el trabajo terapéutico con el sujeto, para pasar a la escucha de un individuo sobre el cual se extraen interpretaciones por parte del terapeuta de aquello que dice y la manera como lo dice para iniciar con tratamientos eficaces, raudos y productivos, que pongan al individuo en función del aparato disciplinar, que necesita hombres obedientes y saludables que sean útiles para la sociedad. Cabe preguntarse entonces, de qué trabajo terapéutico se habla en relación a las TCC si muchas de sus herramientas están encaminadas en una práctica disciplinar, en un sistema que modifica, restaura, repara todas las incongruencias presentes en el ser humano que no encajan a la norma, que no permiten la funcionalidad adecuada del individuo.

Sin embargo, los programas de entrenamiento siguen enfatizando en un desarrollo de habilidades de escucha del terapeuta, “enseñándoles como cultivar la capacidad de introducirse empáticamente en el mundo del paciente” (Wachtel, 1996). De comunicarse efectivamente con el cliente, asumiendo la idea de que si se entiende realmente lo que dice el individuo en la terapia, es más fácil saber qué decir, como proceder, que instrumentos utilizar y de qué manera cambiar su realidad a la de un ente externo, en este caso su terapeuta. Se enseña a prestar atención a los meta-mensajes, a calcular el efecto de las terapias, a conocer la duración de un tratamiento, a generalizar los casos sustentados en lo que la patología logró formalizar como trastornos mentales gracias a la nociones de anormalidades y las demandas de curación. Ya no basta solo con mezclar las nociones de individuo-sujeto para aparentar un tratamiento terapéutico, sino que se despliegan términos como cliente dentro de las terapias actuales para referirse al sujeto que llega a consulta. Se pasa de una dispersión epistemológica de la noción de sujeto al individuo, los cuales representan pasos agigantados para plasmar la distinción entre un tratamiento terapéutico y uno disciplinar, a aglomerar a su vez a la noción de sujeto términos utilizados como el de “cliente” que se relaciona más a un ejercicio económico y no al ámbito de una saber encaminado al tratamiento del malestar psíquico del ser humano.

Con todo, las relaciones disciplinares enfocadas en la búsqueda de anormales, de inclasificables, de individuos dispersos de la idea de normalidad se formalizan en avances “terapéuticos” como las terapias cognitivo conductuales que buscan interpretar en los mensajes verbales y no verbales conductas para modificar, pensamientos salidos de aquello que es aceptado como “normal”. Y se sigue trabajando entonces en la lógica de internación del individuo enfermo, de la delegación al representante de la función Psi en instituciones u hospitales, de

aquellos incontrolables que pueden llegar a ser peligrosos o problemáticos, con la idea de que retornen a la sociedad como personas productivas que sigan trabajando en el orden del panóptico que se ha forjado en este siglo. Las TCC son herramientas de formación de individuos enfermos, de terapias arraigadas a la demanda de efectividad y rapidez sobre el trastorno, pero no se puede hablar de procesos terapéuticos sin tener en cuenta la palabra, sin conceder espacios al discurso, sin desplegarse de las prácticas disciplinares, lo cual va hondarse en el capítulo tres.

A partir de las TCC, es posible realizar estudios generalizados aplicando las herramientas que brinda esta terapia a una gran parte de la población sin detenerse al caso por caso, así por ejemplo, se observa un estudio realizado a sujetos maltratadores -quienes la mayor parte del tiempo ejercían violencia física y psicológica contra la pareja-, la aplicación de un tratamiento enfocado en la reestructuración de pensamiento e ideas irracionales como los celos patológicos, aplicado por un periodo de seis meses con sesiones periódicas y tareas entre sesiones. Este tratamiento fue aplicado por medio de un formato individual a una muestra grande de sujetos, con un seguimiento de un año. Después de esto se extrajo que la mayor parte de los individuos del tratamiento no presentaron conductas de agresión física sobre su pareja nuevamente, garantizando por tanto, la eliminación de las distorsiones cognitivas y una disminución de los síntomas psicopatológicos como la ansiedad, depresión e ira (Echeburúa, et al, 2007). Con esto, es factible analizar la manera en que se aplican las TCC, la generalización que emplea para trabajar con el paciente como si el maltrato en la pareja sucediera por las mismas razones; la manera correctiva que se ejerce al tomar a un número considerable de la población sobre los que se aplica un control que disciplina y “erradica” las conductas indeseadas, sin embargo, al no trabajar de manera terapéutica en el sentido de producir un saber, una posición ética no solo alivio, es muy probable que estas conductas se

repitan a futuro o se desplacen a otro modo de violencia. Finalmente, se observa la incorporación de la disciplina dentro de la terapia, a partir de un ejercicio más técnico que epistémico, puesto que no se tiene en consideración ni la diferenciación de sujeto-individuo, ni la dispersión de una práctica disciplinar y una terapéutica, ni la singularidad de cada uno pues se toman nociones precisas, que sirvan al mantenimiento de la disciplina como una terapéutica para así efectuar tratamientos del orden del “para todos” en nombre de un proceso terapéutico que debería realizarse por medio del caso por caso, aspectos que se retomarán y profundizarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO III: De la posición disciplinar-terapéutica de las Terapias Cognitivo-Comportamental a la clínica de la escucha.

En el transcurso del capítulo dos se expone el modo de proceder de las prácticas disciplinares, tales como la Psicología, la cual se ha servido de los diferentes aparatos y técnicas de disciplina para el tratamiento del malestar del ser humano. De esta manera, los tratamientos psicológicos se ejercen de un modo correctivo que contribuye a la normalización de los individuos desadaptados a partir de métodos disciplinares tales como las TCC, que se encargan de modificar patrones de conducta y esquemas de pensamientos, para instaurar tratamientos raudos y eficaces dentro del campo de la salud mental. Esta salvedad, permite proseguir con el estudio planteado, ya que una vez demarcado el papel de la Psicología desde su aspecto disciplinar, es posible en el transcurso de este capítulo, orientarse dentro de la practica terapéutica con el sujeto, para identificar en esta medida porqué la psicología no contribuye a un proceder terapéutico en donde se conjuga lo disciplinar, puesto que ninguno de estos enunciados son correlativos entre sí. Por

tanto, este capítulo se orientará en la exposición del modelo terapéutico sobre el que se plasma el proceder con ese sujeto que la psicología clínica deshechó, para apropiarse de un individuo orgánico que permitiera el ejercicio disciplinar ya no sólo en lo corporal sino que ahora lo incorporará en lo psíquico. En otras palabras, el modo de proceder de la psicología clínica a través de terapias como las cognitivo conductuales, solo dan muestra de un tratamiento objetivo que desplaza o elimina la subjetividad.

La TCC incorporada en el orden médico

A partir de la obra “Orden Médico” de Jean Clavreul (1983), se plasmaba la incesante necesidad de la medicina por sostener un discurso objetivo que mantuviera su carácter científico, en donde se obviara el malestar que provenía de lo desconocido. De ahí, que la ideología de la práctica médica fuera dominante, en tanto que el médico sabía mejor que nadie lo que era conveniente para el bien del enfermo. Dicho de otra manera, el único que poseía la verdad y el saber era el médico, relegando así el papel del enfermo a un objeto que carecía de voluntad. A su vez, existía una marcada imposibilidad de concederle un espacio al sujeto, conforme a que lo único que importaba era el estilo de un enunciado preciso sobre una enfermedad, de una indicación terapéutica, un remedio nuevo. Todo esto, porque no tenían tiempo que perder; lo único que siempre les hacía sufrir era la falta de un saber aplicable. En efecto, se trataba de la supresión del hombre enfermo en tanto hombre. Pues el efecto del discurso médico radicaba en la deshumanización de la enfermedad para definirla. El discurso que sostenía y sostiene el orden médico, es que hay un solo sujeto. El único sujeto del discurso médico es el que lo enuncia, esto es, el médico.

En el fondo lo más notable es que no existe un punto de vista del enfermo, una vez que se ha pronunciado el médico (Clavreul, 1983). Y esto, no es exclusivo de la época en que fue manifestado ni mucho menos del orden médico, puesto que cada una de las características mencionadas anteriormente se incorporan hoy en las terapias cognitivo conductuales, a través de nuevas herramientas, terapias y estrategias que funcionan a la resolución de malestares psíquicos. Con esta lógica, dentro de los “avances” de la psicología, se incorpora la supresión del sujeto, el afán de objetividad, de progresos científicos, de técnicas aún más eficaces, de pruebas válidas y confiables, de espacios terapéuticos con menos demandas y más deberes, de mezclas prácticas y no teóricas, de disciplinar en nombre de lo terapéutico, curar en nombre de la salud mental, trabajar lo psíquico por medio de lo orgánico, implementar unificaciones teóricas que se encomiendan en nombre de avances terapéuticos, de progresos estadísticos, de reducción de sufrimiento y aumento de productividad. Los avances de la psicología se han ligado al orden de la funcionalidad en donde no se trata de interpretar el síntoma sino de erradicarlo, de eliminar la enfermedad, de extirpar aquello que no permite el desenvolviendo adecuando del individuo.

La medicina centró su fase científica en las lógicas de un mundo que exige los condicionamientos necesarios en la vida de cada organismo de acuerdo a las demandas exigidas por el contexto social. Dicho de otro modo, las funciones del organismo humano han sido siempre desde el orden médico, objeto de una puesta a prueba según el contexto, de ahí que sea necesario servir en nombre de la objetividad, de lo observable, para lo cual se implementa “el laboratorio no sólo como lugar de observación sino como lugar en donde se construyen las funciones del organismo” (Clavreul, 1983) en unos montajes sin límites de herramientas con las que el hombre soportaría la ingravidez del cuerpo, como por ejemplo, la invención de aparatos respiratorios y cardiovasculares que pueden extender la vida del ser humano. Esto, es muestra de una ciencia

médica encaminada a la funcionalidad del hombre servidor de las condiciones de un mundo científico, que exige el desprendimiento de lo terapéutico para incorporarse en los avances químicos, biológicos, neurofisiológicos a los que el médico debe responder.

No obstante, el desarrollo de un mundo apresurado a la búsqueda de herramientas enfatizadas en lo orgánico, arrasa con las prácticas orientadas en el malestar psíquico a partir de la implementación de técnicas, que se encargan de la corrección inmediata de “desajustes” en el individuo, tal como las TCC que se relegan a la demanda de productividad inmediata, en donde se enfatiza el estudio del cuerpo, el cerebro, la dimensión somática con la posibilidad de capturarlo, fotografiarlo y condicionarlo, excluyendo toda relación terapéutica del sujeto y la psique. El efecto de estas técnicas corresponde de modo similar al de la medicina, como se mencionó anteriormente esto está orientado por “la supresión del hombre enfermo en tanto hombre” (Clavreul, 1983), ya que si se desea definir la enfermedad, es necesario deshumanizarla. De manera que basta con el diagnóstico clínico para encontrar en el paciente la estrategia más adecuada para su curación. Dicho de otro modo, se pide una lectura de la historia clínica por parte del terapeuta antes de iniciar la consulta para saber con qué etiqueta trabaja, qué trastorno ingresará al consultorio y de ahí, tener a la mano la técnica más efectiva a utilizar. La TCC corresponde aquella técnica disciplinar que se enmascara en el orden de lo terapéutico para el tratamiento de individuos “disfuncionales” que demandan un trabajo inmediato en su diagnóstico, de allí que esta técnica sea implementada primordialmente en pacientes depresivos, cuadros clínicos de trastornos de personalidad y demás enfermedades psíquicas que requieren de una modificación de “ideas irracionales” y comportamientos desajustados en el menor tiempo posible.

Con lo mencionado anteriormente, es esencial no quedarse netamente en el análisis de las TCC como prácticas disciplinares, o la distinción fundamental del sujeto y el individuo, sino que

además, se requiere el análisis del concepto “terapia” para observar la separación de las “Terapias Cognitivo Comportamentales” del sujeto. Por tanto, los apartados siguientes enfatizan en la exposición de lo terapéutico que está ligado al discurso y la implementación de la clínica de la escucha como alternativa para el tratamiento terapéutico de ese sujeto que ha sido desplazado en la Psicología, a causa de las demandas de corrección y productividad del individuo. No se trata por tanto de plantear un modelo por encima de otro, sino de manifestar que a partir de la exclusión del sujeto es necesario pensar la clínica de un modo diferente, en donde se presentan maneras de no excluir al sujeto, otorgando un lugar a la palabra y el discurso proferido por el paciente.

Lo terapéutico y lo disciplinar, una mirada al proceder de las TCC.

Una vez ha sido estudiado lo disciplinar y su relación con las Terapias Cognitivo Comportamentales (capítulo 2), es necesario proceder a exponer la noción de lo terapéutico para observar a qué se alude cuando se habla de terapia, y analizar de esta manera, el carácter terapéutico que se adjudica a las TCC. En este sentido, este apartado se encargará de mostrar la noción de terapia desde la antigüedad hasta lo que es denominado terapéutico hoy en día, demarcando de esta manera la diferencia existente entre una práctica disciplinar y una terapéutica. A su vez, se expondrán los modos de proceder de las TCC y las herramientas utilizadas por estos, para deslindar entre un tratamiento terapéutico encaminado a la escucha del sujeto y uno disciplinar enfocado en la corrección y normalización de individuos.

De acuerdo con lo anterior, la terapia fue implementada desde la filosofía -aquel saber que profundizaba en las enfermedades del alma- proponiendo argumentos para su tratamiento. “Para la filosofía los argumentos son para el alma como los remedios del médico para el cuerpo”

(Nussbaum, 2003). Pueden curar y se han de valorar en la capacidad de hacerlo. Así como el arte médico progresa al servicio del cuerpo doliente, así también la filosofía en pro del alma, lo cual se caracteriza como el arte de vivir. Para Epicuro, la noción de terapia estaba ligada al tratamiento de las creencias falsas acerca del mundo y del valor de las cosas, junto con los vanos deseos generados por dichas creencias, puesto que estos, provocaban en los seres humanos numerosos sufrimientos y enfermedades, ocasionando la turbación del alma. Según Epicuro, la mayoría de las almas humanas se hallaban en un estado de dolorosa tensión que podía eliminarse por medio de la terapia. En primera instancia, planteaba un procedimiento para separar los buenos de los malos deseos, los sanos de los enfermizos; luego, un diagnóstico de la génesis de los malos deseos que demostrará que estaban basados en falsas creencias, de las cuales era posible librarse mediante la modificación de las mismas (Nussbaum, 2003, p. 143). Visto de esta manera, la terapia como era concebida por Epicuro, tiene cierta relación con aquellas prácticas de reestructuración cognitiva que emplean las TCC, enfocadas a la modificación de pensamientos negativos que se instauran en el ser humano causando malestares psíquicos y evitando su normal funcionamiento. Sin embargo, aunque toman ciertas ideas de la noción de terapia propuesta por Epicuro, no se incorporan como terapéuticas puesto que los propósitos que se efectuaban con los tratamientos no son los mismos. Por un lado, para la filosofía las técnicas terapéuticas se encaminaban a la constitución de una vida sana y sin preocupaciones, teniendo presente la ansiedad que cohabitaban al ser humano, con el objeto de que este, a partir del conocimiento de sí mismo encontrara la manera de alcanzar una vida plena, mientras que para las terapias cognitivas comportamentales, el tratamiento terapéutico se enfoca en la imposición de una verdad ya dada, para la modificación de todo aquello que aparezca fuera de la norma y se presente como extraño o ajeno al individuo.

Dentro la filosofía es esencial, tal como se encontraba en Filodermo, que el maestro terapeuta haga en una fase inicial lo que un buen doctor, de manera semejante, hace por un paciente que se niega a reconocer su dolencia física. Exactamente como el doctor que por medio de una vívida descripción de la enfermedad le expone al enfermo la magnitud del peligro que corre, así también el maestro terapeuta deberá presentarle a la discípula su estado con un lenguaje que le muestre la magnitud de la dolencia ante los ojos (Nussbaum, 2003, P. 163), ya que sólo el estremecimiento y la visión de dicha dolencia puede mostrarle que el fin del argumento terapéutico se enlaza con lo que la discípula desea realmente para sí misma. Toda terapia se aplica mediante argumentos. Así como las enfermedades que describe Epicuro son enfermedades de la creencia, así también, la cura debe necesariamente llegar a través de argumentos filosóficos. De lo que se trataba en la filosofía de Epicuro era erradicar las creencias falsas, mediante argumentos que desacreditarán lo falso y dejarán en su sitio lo verdadero, constanding la verdad de cada sujeto. La terapia contaba con un arduo trabajo dialéctico porque no existía ningún tratamiento para medicar el alma y el único acceso a las dolencias era por los poderes racionales. En este orden, un poco más adelante Epicuro pone de manifiesto que las falsas creencias que turban la vida no se hallan todas en la superficie del yo, listas para ser objeto de escrutinio crítico y dialéctico, como los aristotélicos pensaban (Nussbaum, 2003, P. 175), sino que esas falsas creencias penetraban profundamente el alma, influenciadas por debajo del nivel de la conciencia. En suma, descubre el inconsciente y con este, la mirada terapéutica concebida por la visión del aristotelismo se transforma en un trabajo más próximo con el sujeto.

La terapia ha venido dando pequeños pasos en su proceder desde la filosofía antigua hasta lo que se concierne de esta actualmente. Así por ejemplo, ya no basta con decidirse a contar lo que hay que contar, sino que la moderna psicoterapia impone lo que debe decirse y la manera en que

debe tratarse, pues se considera que a pesar de que el paciente se someta voluntariamente al tratamiento, puede presentar resistencias que impidan el adecuado desarrollo del tratamiento, ya que puede que él mismo no sea consciente de lo que es más idóneo para su curación. Esta terapia es construida sobre el modelo de la medicina. Cuando el doctor trata a un paciente que está enfermo, se basa en la exposición de los síntomas, los cuales no son la sede de la enfermedad pero sirven para el establecimiento de un tratamiento. Al depender todo de la escasa información proporcionada por el enfermo, es necesario tener criterios para los trastornos psíquicos que den una aproximación a la cura de la enfermedad. Anteriormente la noción de terapia se concebía bajo la idea de que el discípulo, fuera capaz de conocer su propia situación tan bien como la conocía el maestro, mientras que la terapia concebida por la Psicología se caracteriza por que el paciente, se instaure en la situación dada por el terapeuta. Así, la única aproximación a que el paciente tenga una relación consigo mismo es la apropiación y conocimiento de su malestar psíquico.

Para la terapéutica existe un proceso de investigación que se da en primer lugar por la implementación de un diagnóstico provisional de la enfermedad, en segunda instancia, desde la norma provisional de salud y finalmente desde la concepción del método y los procedimientos filosóficos. Sin embargo, el diagnóstico que se da en la investigación terapéutica, está ligado a las creencias del sujeto, y no al nombre que se da a su enfermedad, la norma provisional de salud que ahí refiere, está enfocada en una cierta idea del vivir bien, más no en parámetros que determinan lo patológico o anormal y los procedimientos orientados en argumentos terapéuticos que sirven como escrutinio de uno mismo, en lugar de tareas y técnicas que insertan al individuo en el orden de lo funcional para el mercado.

En relación con lo mencionado, la terapia era considerada como el arte de vivir bien, no como una investigación enfocada a la cura y extirpación de enfermedades. La terapia se orienta a

que cada persona vea sus propios errores, así como la verdad, o mejor dicho, su verdad. En cuanto al procedimiento, esta terapéutica no debe ser llevada a cabo rápidamente, sino que puede exigir años para que “el paciente derrote los monstruos que habitan su alma” (Nussbaum, 2003, P. 344). Ahora bien, la noción de terapia vista por los estoicos se relaciona a la terapia cognitiva, la cual según estos, es suficiente para eliminar las dolencias humanas. Los estoicos creen realmente que el prejuicio, el error y la mala conducta son resultados de un razonamiento incorrecto. Y en consecuencia, creen que la filosofía, si desarrolla los medios adecuados para enfrentarse a las personas empecinadas y con prejuicios, “pueden cambiar realmente la faz del mundo, las apariencias que esas personas ven, eliminando el predominio de rasgos moralmente irrelevantes” (Nussbaum, 2003, P. 417), haciendo hincapié en aquellos que poseen un razonamiento bueno y coherente. Por otra parte, desde Seneca se afirma la terapia como aquella que se aplica a cada caso particular, pues se debe elegir el momento adecuado para la administración del tratamiento. Así mismo, la terapia no aplica el “para todos” puesto que hay que observar la clase de persona y ver que argumento le sentará mejor, qué clase de discurso le llegará no solo a la superficie sino a la totalidad de su vida y pensamiento (Nussbaum, 2003, P. 418). En Seneca, la terapia es aquella en donde el discurso se propone curar los espíritus que penetran el interior.

Por otra parte, para la filosofía existía el nombre de *Threapeutikon* el cual aludía al libro terapéutico y también el *Ethikon*, relativo a la práctica ética (Foucault, 2002). La terapia estaba ligada a la ética, en donde se abordaba una conexión entre la verdad y el deseo del sujeto; mientras que la terapia utilizada por la psicología se ha deslindado de la ética y se ha instaurado como norma, bajo la cual subordinan la verdad y el buen razonamiento a la eficacia terapéutica. En la terapia implementada por la modernidad, no se piensa en relación a la ética y el caso por caso, sino que se implementa la disuasión del paciente para pasarlo de un papel activo a uno pasivo en dónde

este se convierte en un receptor de contingencias, de acatamiento de normas, en donde se transforma al paciente en un autómatas que obedece, ya que se da la completa desaparición del sujeto y su acción.

Con todo lo mencionado, las TCC se instalan en la noción de terapia brindada por la medicina, la cual corresponde a la difusión de pautas y suministro de remedios para tratar problemas de salud. Una vez más, se emplea la medicina como sustento de objetividad y científicidad dentro de las herramientas psicológicas. El objetivo de la Terapia Cognitivo Comportamental, es lograr delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos, a través de un método de experiencias, de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes el control de pensamientos automáticos negativos y la identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta. En esto, se examina la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados, y sustituyen las cogniciones desviadas por interpretaciones realistas, en donde se logra que el paciente aprenda a identificar las creencias falsas (Beck, 2006). La TCC se ambienta a la noción terapéutica trabajando el caso por caso, aunque en esta, ese trabajo no se realiza a partir del discurso, pues no importa lo que el paciente tenga por decir; sino a través del tratamiento de técnicas específicas para cada paciente, es decir, el caso por caso desde el cual abordan las TCC una enfermedad se relaciona con la aplicación de técnicas al estilo y personalidad del paciente.

En consonancia con esto, en el capítulo anterior se expuso la relación de las Terapias Cognitivo Comportamentales dentro de las prácticas disciplinares, puesto que uno de los objetivos de esta herramienta, es la modificación de conducta y pensamiento, así como el ejercicio de técnicas correctivas que orientan al individuo de nuevo al orden de la salud mental y los estándares de normalidad. Se trata entonces, de mostrar la relación de las TCC con la disciplina y exponer el

análisis en el transcurso de este tercer capítulo, si a su vez las TCC corresponden a una práctica terapéutica, en donde existe la relación de terapia y disciplina como mecanismos que confluyen en armónica relación para el tratamiento de las enfermedades. Para simplificar, estas atribuciones terapéuticas que se dan a las TCC se basan en argumentos orientados al número de triunfos alcanzados, la predominación de las técnicas, el auge y fama que actualmente posee, pero bajo las cuales, no hay hasta el momento teoría que respalde la noción terapéutica de dichas técnicas, pues su prestigio y eficacia son un efecto estadista, que al ser manipulable se instaura al servicio del poder.

Ahora bien, las Terapias Cognitivo Comportamentales, trabajan a su vez con la terapia racional emotiva comportamental (TREC), la cual parte de la idea de que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales en sí mismas, sino por la interpretación que el paciente hace de las mismas, en donde el objetivo de la TREC,- de modo semejante a la terapia cognitiva- es el cambio de patrones de pensamiento irracionales que el paciente tiene y que interfieren con su bienestar. Para ahondar más en esta herramienta de las TCC, el esquema básico de la TREC se denomina A-B-C. Donde (A) corresponde a las situaciones activadoras; evento o situación real, (B) a interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, auto verbalizaciones, quejas, etc.) y (C) a las emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, que surgen de B (Beck, 2006). Esto corresponde al esquema por medio del cual, el terapeuta realiza discusiones de creencias irracionales y le enseña al paciente a realizar un registro de pensamientos y concepciones irracionales, así como a cuestionar los pensamientos con el objetivo de que auto-aplique el procedimiento ante diversas situaciones. Entonces, mientras en la terapia se trata de hacer que el sujeto logre a partir de él mismo, encontrar la manera de hacer con aquello que lo aqueja, dentro de las TCC se trata de

enseñar al individuo lo que debe hacer para evitar el sufrimiento, se le muestra la “verdad” del terapeuta y se trata de que la adopte para evitar el malestar, pues quien tiene el saber y la verdad es el psicólogo más no el paciente.

A su vez, se aplican herramientas en entrenamiento asertivo, donde se le enseña al paciente a expresar los pensamientos y sentimientos propios sin ansiedad ni agresión y de manera socialmente aceptable. Durante la terapia el paciente aprende a comunicarse de un modo eficaz, manifestando sus propias opiniones. También se utiliza la reestructuración cognitiva para lograr cambiar los pensamientos distorsionados del paciente que lo conducen a malestares emocionales y frustraciones. Un ejemplo del proceder de estos tratamientos es el siguiente: Un paciente que padece ansiedad severa, espera a casa el regreso de su hijo cuando repentinamente suena el teléfono, el paciente lo primero que piensa es que su hijo sufrió un accidente, lo cual inmediatamente le genera aceleración del ritmo cardíaco y sensaciones de opresión. Pese a esto, cuando levanta el teléfono, se encuentra con que se trataba de una llamada común. Tras esto, lo que realiza la terapia cognitivo conductual es educar al paciente para que aprenda a identificar los pensamientos e ideas distorsionadas que se presentan, de manera que cuando estos surjan pueda preguntarse acerca de lo que acaba de pensar, esto es lo denominado como detección y cambio de pensamientos automáticos.

Una vez realizado esto, se procede a modificar los supuestos básicos que obstaculizan el normal desarrollo e impiden el estado de bienestar. Con esto, se observan técnicas de modificación que están encaminadas al objeto de la práctica disciplinar y no a la terapéutica. Para considerar las Terapias Cognitivo Conductuales como terapéuticas es esencial que se observe el lugar del sujeto, que se dé espacio a la escucha, que se trabaje con el síntoma como manifestación singular del sufrimiento y no con criterios que encasillen a una clasificación. Por otra parte, La TCC al

contribuir como una práctica disciplinar relega el papel del sujeto a otro campo y la subjetividad la desecha por la falta de velocidad en el tratamiento. De lo que se trata es de reducir tiempo y ampliar eficacia, de producir individuos útiles a menor costo. Es por esto que la psicología clínica y su implementación de Terapias cognitivo comportamentales se han enajenado a las practicas disciplinares y han adoptado los criterios del capitalismo y del mercado de efectividad y eficacia para justificarse en su estatuto de oficialidades, obviando las terapéuticas de acuerdo a la práctica, pero actuando en nombre de ellas.

En definitiva la terapéutica, tal como indica Foucault (2002) en el texto “La hermenéutica del sujeto”, corresponde a la palabra *therapeutike*, que es vista como una forma de actividad asistencial más amplia, más espiritual y menos física. En la práctica terapéutica el éxito que se logra en el proceso terapéutico no necesariamente debe evaluarse a partir de si se llevó o no la disminución del sufrimiento, sino a partir de la construcción de un saber que le permita al paciente desde sí mismo, asumir la existencia y no a partir de lo que le trasmite el terapeuta. Con lo mencionado hasta el momento, se observa por qué no es posible afirmarse en el nombre de un proceso disciplinar y uno terapéutico a la vez, puesto que mientras uno trabaja con la individualidad el otro hace campo a los tratamientos con el sujeto.

La relación terapéutica con el sujeto desde la clínica psicoanalítica.

Reconocer en lo extraño lo propio, y hacerlo familiar, es el movimiento fundamental del espíritu,
cuyo ser no es sino retorno a sí mismo desde el ser otro.

GADAMER, H verdad y método I.

Este apartado se encargará de abordar la clínica psicoanalítica para observar de esta manera el lugar del sujeto dentro de la práctica terapéutica, pues el psicoanálisis se encarga de tomar una vía que lo conduce a tener en cuenta ese otro propósito que la psicología, al pretender ser ciencia, excluyó: la transformación subjetiva. Con el establecimiento de las leyes científicas (universales y estadísticas), inferidas a partir de la experimentación, que permiten el control y la predicción de nuevos hechos (Lopera et al, 2007). La adopción de la psicología a los parámetros científicos, desplazó el lugar del sujeto, reduciendo el trabajo con el ser humano a métodos observables y técnicas aplicables, validadas como efectivas y confiables para el tratamiento del hombre. De modo que, como se ha ido mostrando en el transcurso del texto, las técnicas cognitivo conductuales al estar ligadas a las prácticas disciplinares y el método científico; al estar enfocadas en el control y modificación de comportamientos y pensamientos, desecharon el trabajo con el sujeto para darle lugar al individuo biológico, razón por la cual se plantea la clínica de la escucha como una manera de hacer nuevamente un lugar al sujeto.

La vida psíquica requiere ser comprendida más que explicada, medida y estandarizada. Es por esto, que el método psicoanalítico tiene como propósito la producción exhaustiva del discurso del paciente con el fin de que hable para enunciar su padecimiento y logre producir un saber. Este, otorga importancia a la verbalización mediante la asociación libre permitiendo al analizante desplegar su discurso y recorrer todos los senderos posibles, proceso viabilizado por la atención flotante. Este método trabaja con el análisis y manejo de la transferencia, interpretación y escucha de las “formaciones de lo inconsciente” posibilitando un trabajo que trasciende la esfera racional del analizante y llega hasta lo más íntimo de su vida afectiva (Lopera et al, 2007). Para el psicoanálisis lo esencial es construir las vías de acceso a la verdad del sujeto, contrario a la ciencia, que excluye esa verdad y la reemplaza por la validez. En la ciencia la noción de sujeto se da sólo

del lado del investigador, del que cree que es un observador que refleja el mundo sin modificarlo, pues esa es la idea clásica de objetividad (Lopera et al, 2007, P. 158).

En cuanto a la clínica psicoanalítica, Freud (1966) describe la “psique” como aquella palabra griega que remite al alma. Por lo cual, el tratamiento psíquico se refiere necesariamente a un tratamiento desde el alma, con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre, en donde un recurso de esa índole corresponde sobre todo a la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. Las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso no suena enigmático afirmar, que por medio de esta se pueden eliminar los fenómenos patológicos que tienen su raíz en estados anímicos. La terapia analítica tal como la expone Freud, hinca hacia la raíz, llegando hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos. La cura analítica impone al médico y al enfermo, un difícil trabajo que es preciso realizar para cancelar las resistencias internas, pues mediante la superación de estas, la vida anímica del enfermo se modifica duraderamente, se eleva a un estadio más alto del desarrollo y permanece protegida frente a nuevas posibilidades de enfermar (Freud, 1975).

En el trabajo analítico que realiza el Psicoanálisis, es necesario que el paciente comunique todo lo que tenga por decir, que comunique aquello que le trae alivio y también todo cuanto le acuda a la mente, aunque sea desagradable decirlo, aunque parezca carente de importancia y sentido. Ahora bien, si tras esta consigna logra desarraigar su autocrítica, ofrecerá al analista una multitud de material, pensamientos, ocurrencias, recuerdos, que están bajo el influjo de lo inconsciente. El material para el trabajo analítico es extraído de diversas fuentes como de las comunicaciones y asociaciones libres que realiza el paciente, de lo que se muestra en la

transferencia, lo que se deja traslucir por las operaciones fallidas. Esto, debido a que dicho material, permite establecer algunas construcciones sobre lo que le ha sucedido en el pasado del paciente y este olvidó, así como sobre lo que ahora sucede en su interior y él no comprende. En el psicoanálisis nada de lo que diga el paciente puede ser utilizado en su contra puesto que es la regla de la asociación libre, con lo cual el analizante está continuamente obligado a testimoniar en contra de sí mismo. De igual manera, se evita comunicarle enseguida lo que se ha colegido, pues se aguarda al momento adecuado para hacerlo consabedor de las construcciones hechas por el analista, ya que se propone esperar para comunicarle la construcción y dar el esclarecimiento, hasta que él mismo se haya aproximado o le reste un paso (Freud, 1975). Esto se realiza para evitar asaltar con las interpretaciones realizadas al analizante, antes que él esté preparado, pues de lo contrario la comunicación sería violenta y podría generar cierta resistencia que estorbaría con la continuación del trabajo. De modo que, para el psicoanálisis la consciencia, como instancia psíquica, cede su terreno e importancia a lo inconsciente, y a partir de allí se logra emprender la investigación de los determinantes del actuar humano que escapan al dominio de la voluntad y de la consciencia (Lopera et al, 2007, P. 115). La consigna, tal como la refiere Freud en el plano terapéutico y ético, es hacer consciente lo inconsciente.

Por otra parte, el análisis no trata de participar emocionalmente de las situaciones afectivas del paciente demostrando comprensión o ternura, puesto que la demostración de incompreensión frente a los afectos del otro es una posición sumamente importante (Miller, 1998). Dentro de la terapia psicoanalítica, en ocasiones el paciente busca al analista para saber si alguien puede entender lo que él dice. Razón por la cual, se incorpora el malentendido, pues sólo así se logra convencer al paciente de la capacidad de entender del analista. Esto debido a que a partir de la demostración, de que no es entendido por el analista, se introduce al sujeto en el hecho de que él

mismo no se entiende. Lo que se refiere en cierta medida a la asociación libre y el auto-malentendido – de ahí que la pasión analítica es la pasión de la ignorancia-. Con esto se puede responder un poco a la cuestión del sujeto dentro del psicoanálisis, pues en dicho saber, el sujeto es esa caja vacía, es el lugar vacío donde se inscriben las modalizaciones. Ese vacío encarna el lugar de la propia ignorancia del sujeto, encarna el hecho de que la modalidad que se debe hacer surgir, a través de todas las variaciones es la de que: “Yo (el paciente), no sé lo que digo”. Y, en ese sentido, el lugar de la enunciación es el propio lugar del inconsciente (Miller, 1998, p. 57).

En el tratamiento, el sujeto muchas veces espera una palabra que pueda curarlo, una técnica sencilla, o un paso a seguir. Sin embargo, en la terapia analítica no se cuenta con palabras mágicas sino con la contribución del analista a la introducción del sujeto en una localización de su posición en lo real. “Se trata de introducir al paciente en una primera localización de su posición con relación a su dicho” (Miller, 1998). Pues sólo puede aproximarse a lo real a través del dicho. Lo que conduce al sujeto aceptar la asociación libre, a hablar sin saber lo que dice, hablar buscando el sentido de lo que dice. Dicho de otro modo, abandonar la posición de Amo⁵.

Con todo, en el Psicoanálisis el sujeto tiene un lugar importante puesto que no es equivalente a la persona ni al individuo. Como se ha mostrado, el sujeto es diferente al nivel físico -que es propiedad de la persona-, y a la suma de individuos dentro de una población. Al contrario, el sujeto difiere de los términos individuo y persona, en tanto no hace parte de un número, y no pertenecer al registro de los datos. “El sujeto no es un dato sino una discontinuidad en los datos” (Miller, 1998). Dentro de la clínica analítica el sujeto es la propia pérdida. Es lo que jamás se puede contar en su propio lugar, a nivel físico. Mientras que a nivel de la objetividad el sujeto no

⁵ En el seminario XVII “el reverso del psicoanálisis”, Lacan plantea cuatro discursos que permiten que el lazo social sea posible, entre los cuales se encuentran el discurso de una universidad, el discurso de la histeria, el discurso del analista y el discurso del amo, este último refiere aquel discurso que está más cerca del discurso médico.

existe, y es responsabilidad del analista producir, crear, otro nivel propio al sujeto. “Los seres son del orden de la ontología y la falta en ser de la ética. La introducción al inconsciente es, en realidad, una introducción a la falta en ser” (Miller, 1998).

La terapia del sujeto demarcada por la escucha, no por la modificación y corrección de patologías.

En este apartado se demarcará la relevancia del trabajo con el sujeto desde la clínica de la escucha y la manera en que se procede desde las TCC, para analizar porqué la terapia debe estar demarcada por la escucha y no por la simple y llana modificación de malestares clínicamente significativos. En este sentido, cuando se habla de diagnóstico en el medio de la psicología clínica se piensa en el diagnóstico psiquiátrico, caracterizado casi siempre por una supuesta objetividad, puesto que este, está constituido a nivel de la objetividad apareciendo como mecanicista. Mientras que el campo analítico, al estar del lado del sujeto, se plantea la cuestión de si hay o no un diagnóstico, pero un diagnóstico que está constituido no sólo en la pura objetividad sino a nivel del sujeto. Razón por lo cual, el primer movimiento puede ser el de rechazar la idea del diagnóstico, contrario a la terapia cognitivo conductual que funciona de mejor manera en torno a la etiqueta impuesta por medio del diagnóstico en el individuo. Ahora bien, el sujeto no se encuentra si se busca en la objetividad del diagnóstico, pues lo único que se haya desde esa mirada son porcentajes, donde se intenta cuantificar la experiencia de los tratamientos en relación a los éxitos obtenidos, la viabilidad de la técnica y la eficacia de los procesos con los individuos.

En este orden, desde que la salud mental se observa como aquella capacidad para comportarse bien en la calle, en donde aquel que la posee es una persona que se comporta de

manera adecuada y respeta las normas que rige el comportamiento público. Es decir, desde que la salud mental se determina en dichos términos, es posible trabajar desde la noción adaptativa. Esa noción de adaptación que define a los miembros de una sociedad como sujetos que gozan de buena salud mental, que están bien adaptados (Ruiz, 2010). Y esto se mantiene, siempre y cuando exista un silencio de los síntomas, que refiere inmediatamente a la ilusión de que existe salud mental. En relación con esto, a través de la adaptación se niega el concepto de que en el ser humano habita algo radicalmente incurable, y se relega a la modificación y reinserción a la norma de todos aquellos que han perdido su equilibrio y se presentan como enfermos mentales.

Para la TCC, la adaptación es primordial en el trabajo con el paciente puesto que se necesita cambiar todos aquellos comportamientos que no permiten que el individuo se desenvuelva de manera adecuada con su entorno social, familiar y demás. Por otra parte, está el Psicoanálisis que no trata de cambiar pensamientos o acciones que no encajan en el ser humano, sino por el contrario, busca que el sujeto asuma una posición que le permita producir un saber a partir de la interrogación por aquello que lo hace sufrir, es decir, “ante su síntoma, para transformarlo en algo diferente a la queja, al mero sufrimiento o al daño de la vida de otros” (Ruiz, 2010, P. 16). Ahora bien, dentro de las Terapia Cognitivo Comportamentales puede incorporarse un tratamiento similar a varias personas que presenten signos característicos de la enfermedad, así por ejemplo, cuando existen sentimientos de minusvalía se trabaja a partir de la reestructuración cognitiva o con herramientas enfocadas en el autoestima y auto concepto. Contrario a la práctica psicoanalítica, en la cual no existe aquello de que “para todo sujeto angustiado, tal curación”. En esta clínica psicoanalítica se trabaja sin estándares, sin la lógica clasificatoria del DSM, se trabaja a partir de la palabra y la escucha terapéutica, no a partir de la delegación de tareas y el cambio de comportamiento desadaptado.

Durante los tratamientos realizados por la TCC, se observan cambios y mejoras significativas con el paciente en relación a la adaptación y normalización de ciertos comportamientos desequilibrados. Así, a manera de ejemplo, se puede observar cómo a través de un tratamiento en drogodependientes, el programa de intervención cognitivo-conductual tiene tanto un periodo de tiempo delimitado para la curación, como unas fases con las cuales procede con mencionados pacientes. En la primera fase se realiza un contrato terapéutico en donde se evalúa el estado actual del paciente. Posteriormente se procede a ayudar al individuo con el problema de consumo excesivo de sustancias y se entrena a la familia como herramienta de apoyo en la prevención de consumo de drogas (caballo, 1998). Entonces, dentro de la primera fase se aísla al adicto del medio ambiente habitual, intentando que se rompa cualquier contacto que guarde relación con las drogas, seguidamente se especifican algunas técnicas de tratamiento a utilizar si el paciente llega a recaer durante el tratamiento en el consumo. En otras palabras, se modifica el estilo de vida del paciente mediante la programación de actividades que mejoraran los hábitos de salud e higiene personal. A su vez, para la segunda fase se aplica la reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos disfuncionales y creencias erróneas, sesiones que se recomiendan llevar a cabo por dos meses con dos sesiones semanales.

Finalmente en la tercera fase, se fortalecen los aspectos “terapéuticos” de las primeras dos fases, para abordar la prevención de recaídas y evaluar el riesgo ante situaciones estresantes. Esta muestra de tratamiento en pacientes con problemas de drogodependencia es similar a los tratamientos que se emplean en esquizofrenias, depresiones, y demás trastornos que aborda la Terapia Cognitivo Conductual. No es que se apliquen las mismas fases para todos los trastornos, pero sí se emplean las mismas técnicas o protocolos en la mayoría de los pacientes, sin determinar siquiera el diálogo con el sujeto. Este tipo de terapias, son técnicas instauradas en el

nombre de lo terapéutico pero no se desenvuelven de acuerdo a las practicas terapéuticas. Sin embargo, de nada sirve el nombramiento de procedimientos terapéuticos sino se tiene en cuenta al sujeto y lo que este trae consigo, un diálogo exhaustivo que merece ser interpretado y sobre el cual es necesario guiar al paciente en la búsqueda o comprensión del síntoma, para que así, no se convierta únicamente en una modificación de comportamientos en donde probablemente el sujeto deje de consumir por demanda del terapeuta como se observaría en las TCC, sino que este encuentre el modo de evitar el consumo por él mismo si eso es lo que desea. Una vez más, no se trata de silenciar síntomas que muy probablemente se desplazan a otras conductas disruptivas sino de darle lugar al discurso del paciente para que así este, logre hacer algo con aquello que lo aqueja.

Con la implementación de técnicas como las TCC, se desplazó lo terapéutico a lo disciplinar, y el arte de curar a la ciencia de curar, en donde se establece cada vez más la importancia de nuevos instrumentos que contribuyan a la normalización del individuo de manera rauda y eficaz. El tratamiento ya no se observa en relación a los avances terapéuticos del sujeto sino a la cantidad de individuos normalizados, en el mejor tiempo posible y con la mayor productividad esperada. De ahí que, la técnica se emplee porque se demuestra que funciona, así no se sepa su raíz epistemológica ni la necesidad de introducirla a determinado individuo. Pues lo importante, es que funcione en la modificación de conductas desadaptativas aunque no se sepa cómo, no se necesita un proceso de análisis con el sujeto sino individuos que silencien sus síntomas o los desplacen a unos modos menos aversivos para la sociedad, es decir, que si alguien consumía sustancias y era considerado como peligroso o anormal dentro de la sociedad, el hecho de que aumente el consumo de licor o tabaco pero disminuya el de las sustancias alucinógenas puede ser indicio de cura “terapéutica”. Cura que sólo se observa en el orden de lo disciplinar pero se le

denomina en lo terapéutico para así sostener el trabajo con el sujeto a partir del criterio que estos mismos se dan de trabajar en nombre de la terapia.

De manera, que ese individuo que se emplea en las TCC no es más que una supresión del sujeto situado en el objeto, desprovisto de los semblantes que trata su goce, en donde se convierte al sujeto en una máquina que se vuelve moldeable y manejable. En esta técnica es más económico psíquicamente trabajar un individuo que sea una cifra estadística y haga parte de una clasificación. Ya que de esa manera se hace posible el tratamiento apresurado de la enfermedad mental, mostrando curas ligeras y “efectivas” en torno a la funcionalidad y productividad. No obstante, para la clínica de la escucha lo importante es el sujeto, no la rapidez del tratamiento, lo esencial es lograr que el sujeto encuentre un modo de hacer con su síntoma en lugar de erradicar o moldear aquello que parece estar fuera de la norma. El psicoanálisis muestra en su práctica cómo el sentido mismo es el que se escapa, por lo cual el sujeto debe vérselas con ese agujero de sentido que lo habita (Velásquez, 2010).

En resumen, al no darse el lugar de la palabra y contar con la división del sujeto no es posible el trabajo terapéutico desde la subjetividad. Por el contrario, en esa falta de experiencia con el uso de la palabra y el tratamiento del sufrimiento del ser hablante, sobre el que se aplican prácticas de corrección y disciplinares, no conlleva sino a la pretensión de eficacia en términos de esquemas terapéuticos. De ahí que, retomando los estudios dentro de las TCC con personas adictas al consumo de sustancia, no se haga extraño que estas terapias en contra de la adicción se basen en la “privación real del objeto y la constante puesta a prueba de la capacidad del sujeto para soportarla” (Gallo, 2010) en lugar del trabajo con el síntoma del sujeto.

DISCUSIÓN

La implementación de la clínica de la escucha es una manera de brindar un espacio al sujeto y trabajar el malestar psíquico desde la práctica terapéutica, obrando en un tratamiento que tenga presente el discurso del paciente, la división que presenta el sujeto y el trabajo con el síntoma, por medio del cual, el sujeto descubre un modo de hacer con aquello que lo aqueja y logra efectuar algo con ese insoportable que le genera malestar. A través de la clínica psicoanalítica, se trata de lograr que el sujeto descubra su verdad y no que asuma una verdad impuesta por el terapeuta, contrario a las técnicas cognitivo comportamentales, que no se insertan dentro del proceder terapéutico, ya que sólo son herramientas usadas en espacios que se supone debe emplear practicas terapéuticas en lugar de disciplinares.

Lo que interesa hoy al orden del mercado y la economía es la inserción de prácticas disciplinares que actúen en el sentido de la corrección de comportamientos desadaptados, produzcan herramientas raudas y eficaces, que funcionen en el menor tiempo posible y al menor costo, y que no extiendan tratamientos con duración mayor a 12 meses. Puesto que se requiere de la productividad inmediata de los individuos. De allí, que se hable en nombre de la terapia para mejorar la autoestima, para modificar las habilidades sociales, para solucionar problemas en las relaciones interpersonales, quitar miedos y fobias sociales, erradicar la ansiedad y todo aquello que perturbe el bienestar del ser humano. En definitiva, en las TCC se trabaja desde una supuesta terapia bajo la cual el yo comienza a tornarse débil y el paciente no logra vivir sin su terapeuta o en su defecto sin su fármaco.

En este orden, cabe exponer por ejemplo a partir del tratamiento del trastorno de pánico desde las terapias cognitivo comportamentales, los modelos que se basan en la conceptualización

de causas de los trastornos para proceder terapéuticamente. Ya que, muestran que en dicho tratamiento, se debe partir de diferentes modelos que expliquen o determinen las formas más apropiadas de intervención. Así, se propone un modelo que considera las raíces del trastorno, debidas a la hiperventilación y proponen una terapia apuntada en el aprendizaje del ritmo de respiración lenta. Otro de estos modelos, sostiene que el trastorno de pánico es ocasionado por pensamientos catastróficos, basados en la interpretación que el paciente hace de sus sensaciones corporales. Por lo cual, el sistema económico considera que la mejor manera de proceder es a través de las TCC para modificar todo aquello que perturbe al individuo.

Finalmente, aunque el análisis sea arduo, es necesario contar con esta clínica de la escucha puesto que le da un lugar al sujeto, lugar que las practicas disciplinares y las nuevas herramientas para el trabajo terapéutico como las TCC han desplazado. En el análisis, el sujeto se hunde bajo el peso de las palabras reprimidas, de las apariencias, y “cuando la representación que este se hace de sí mismo se vuelve insoportable, se logra prever el remedio ahí” (Roudinesco, 1999). Ahora bien, si se deja de lado al sujeto, y se busca trabajar con un individuo modificable, lo único que se puede alcanzar es un manual aún más amplio de enfermedades, con criterios más específicos para denominar afecciones y asignar tratamientos. Si se sigue dejando a un lado el sujeto, es porque al medir la falla, determinar la cantidad del traumatismo, encontrar “curas” inmediatas, probablemente se podrá dejar de indagar el origen del malestar o encontrar la manera de hacerse un lugar en ello.

En definitiva, ya no se necesita hacer frente a lo insoportable, puesto que es posible aliviar el dolor psíquico con fármacos y evitar los episodios depresivos con ejercicio y actividades que involucren una distracción para el individuo. Sin embargo, este desalojo del sujeto dentro de las herramientas terapéuticas como las TCC, sólo ahorran tiempo para la aparición de malestares con

mayor gravedad. Dicho de otro modo, como se mencionó en un apartado anterior, si se aumenta el consumo de tabaco pero disminuye el de las sustancias psicoactivas se considerará un logro terapéutico. A sí mismo, si el individuo refiere una mejoría negando la persistencia de sus síntomas, se adjudicará nuevamente al logro terapéutico, y se hablará en nombre de la salud mental. Con esto, no se trata de negar la cantidad de logros que las TCC han alcanzado, sino de expresar que la finalidad terapéutica no se mide en las curas obtenidas, sino en el manejo de los argumentos, el trabajo con el sujeto y la importancia del discurso proferido con el paciente. Pues de nada sirve, reestablecer a los individuos en el modo de la funcionalidad y la productividad en nombre de la terapia, si no se aplican ninguna de las características que esta posee. Por tanto, mientras se siga desplazando al sujeto del tratamiento terapéutico desde la psicología, lo que se encontrará más adelante no serán sujetos “curados” sino sujetos desplazando síntomas, que tarde o temprano se reincorporarán en el orden de la anormalidad. Individuos que siguen funcionando en el orden de los datos y la productividad del mercado. En conclusión lo que se requiere es una incorporación del sujeto en el tratamiento psíquico tal como lo hace la clínica de la escucha para evitar seguir perdiendo de vista el proceder de la psicología que cada vez más se une a las prácticas disciplinares que funcionan en el orden médico.

Conclusiones

Las terapias cognitivo conductuales se deslindan del carácter terapéutico a partir de la incorporación del individuo biológico en su proceder, ya que de esta manera, se abandona el estudio de la subjetividad y se da cabida a la fabricación de seres humanos reducidos a lo

observable y cuantificable, sobre los cuales es posible trabajar el psiquismo a partir de la pronta corrección de ideas o pensamientos distorsionados, que impidan su normal desarrollo.

De esta manera, la supresión del sujeto da muestra de la imposibilidad de trabajar de manera terapéutica, pues no se cuenta con aquel sujeto dividido que logra construir un saber sobre aquello que lo aqueja para hacer frente a su enfermedad, sino que, se remite al tratamiento de un individuo modificable a partir de las prácticas disciplinares, para corregir conductas desadaptativas y lograr seres humanos enfocados en la utilidad del mercado. Esta evolución de la técnica en la incorporación de las prácticas disciplinares con un falso carácter terapéutico empuja a la renuncia de la subjetividad para la implementación de una herramienta general que sirva para aliviar el sufrimiento psíquico de los individuos como algo “igual para todos” en lugar del examen del caso por caso.

En este sentido, la erradicación del sujeto y con él la desaparición de la práctica terapéutica, orienta al trabajo sistemático del terapeuta con el paciente. Razón por la cual, se logra ver dentro de las prácticas clínicas, cómo la adquisición y evaluación de competencias del psicólogo se enfocan en la capacidad de escucha y desenvolvimiento que este posea dentro del consultorio, de manera que, se siguen creando técnicos que manejan un formato de preguntas un tanto relacionadas para indagar el historial del paciente, con el objeto de encontrar la herramienta más adecuada para proceder a modificar aquello que genera algún “malestar clínicamente significativo”.

No sólo es el desarrollo de una práctica disciplinar enfocada al paciente, sino la manera en que la psicología se introduce en el orden de las prácticas correctivas y el mercado, obviando el propósito del tratamiento terapéutico. Por tanto, se enajena el psicólogo a los parámetros de la ciencia moderna, enseñándole a trabajar a partir de tratamientos “objetivos” orientados en la restauración de individuos disfuncionales e improductivos, es decir, se cuenta con la técnica para reestablecer el

equilibrio del ser humano y la erradicación de los síntomas como prueba de la curación del paciente.

Ahora bien, la eliminación del sujeto dentro de las terapias cognitivo conductuales no da cuenta de una disminución de triunfos médicos alcanzados por estas, pero sí de un desplazamiento esencial dentro de la psicología como lo es el trabajo desde las prácticas disciplinares en lugar de las terapéuticas, es por esto que debe darse nuevamente el lugar del sujeto dentro de la psicología clínica a partir de la escucha y el trabajo con el discurso del paciente, ya que no contribuye a la terapia el número de pacientes “curados” en un tiempo breve, sino el exhaustivo trabajo que se realiza para que el sujeto tome una posición ante su síntoma.

No se trata entonces de plantear un modelo que pueda estar por encima de otro, sino de incorporar nuevamente el trabajo con la subjetividad para no obviar al sujeto dentro de la psicología, esto puede llevarse a cabo por medio de la implementación de la clínica de la escucha, el énfasis en la palabra proferida por el paciente y contar con la dispersión que se presenta en el sujeto, así como con aquella división que genera malestar al ser humano.

Finalmente se busca incorporar una clínica de la escucha que pueda acoger la subjetividad del ser humano y trabajar en relación a las prácticas terapéuticas, puesto que al realizar un ejercicio disciplinar sólo se cuenta con el individuo y la objetividad para ejecutar cambios en las estructuras de pensamiento y corregir aquello que queda fuera de la norma. Con todo, se debe dar nuevamente un lugar al sujeto para evitar la proliferación de manuales en cadena que digan qué hacer y cómo hacerlo pero que no cuentan con la palabra ni el discurso del sujeto. De lo que se trata es de introducir la clínica analítica como una posibilidad de proceder de las prácticas terapéuticas para contar con aquel sujeto que se ha ido desplazando desde las terapias cognitivo conductuales a individuos cuantificables, estandarizados y moldeables. En definitiva si la técnica ha desplazado

el lugar del sujeto y lo ha transformado en un individuo biológico o cliente que se acerca a pedir ayuda por algún malestar psíquico, ese avance entre la brevedad del tratamiento, la objetividad de la técnica y la eficacia en términos del silencio del trastorno, solo conlleva a la producción en masa de individuos productivos que se verán obligados a desplazar su síntoma a algo diferente de aquello que ya ha sido corregido.

La técnica ha sido una herramienta más dentro de las prácticas disciplinares obviando el ejercicio de las prácticas terapéuticas, se ha mostrado como una herramienta más del panoptismo del siglo XXI, y progresivamente así como ha suprimido al sujeto dentro de su proceder, así mismo desplaza al terapeuta y lo reduce a un aplicador de pruebas y pasos a seguir. Es decir, no sólo se relega el papel de la subjetividad y las prácticas terapéuticas, a su vez, el papel del terapeuta se va desvaneciendo en relación al ejercicio que realiza, pues mientras se siga trabajando en los parámetros de la ciencia moderna y el mercado, se perderá de vista la labor del psicólogo. Entonces, no se eliminaría solamente la subjetividad del lado del paciente sino también la del terapeuta. Si ya se reemplazó el tratamiento del alma por el de la psique, el de la psique por el de la mente, es necesario hacer frente a evitar un desplazamiento más como puede ser el de la mente por el cerebro, que es aquello que se realiza con la incorporación del individuo biológico en el lugar del sujeto dividido y deseante con el que se debe contar en un tratamiento terapéutico.

Referencias

- Alcover, C., y Rodríguez, F. (2012) *Plasticidad Cerebral y Hábito en William James: un Antecedente para la Neurociencia*. Vol. 3. Universidad Rey Juan Carlos, España. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSLA.2012.v3.n1.38737
- Aristóteles, (2011). *Acerca Del Alma*, Traducción Y Notas De Tomás Calvo Martínez, Biblioteca Básica Gredos. Recuperado de: http://Biblio3.Url.Edu.Gt/Libros/2011/Acer_Alma.Pdf
- Azcona, J. (1982). *Antropología Biosocial, Darwin y las bases modernas del comportamiento*. Editorial del hombre.
- Bacarlett Pérez, M., & Fuentes Rionda, R. (Julio, 2007). *Descartes desde Canguilhem: el mecanicismo y el concepto de reflejo*. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento25317.pdf>
- Beck, A. (2006). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Belloch A, Sandín B & Ramos F. (2008), *Manual de psicopatología*. Volumen I. España.
- Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*. Mexico, España Argentina, Colombia: Siglo XXI.

- Bornhauser, M & Naranjo, A. (Julio, 2004). La subjetividad posmoderna: la forma del límite, Elementos psicoanalíticos y sociales para pensar el lugar y el estatuto de la estructura subjetiva contemporánea. *Revista de psicoanálisis y cultura*. Recuperado de <http://www.acheronta.org/acheronta19/naranjo.htm>.
- Caballo, V (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológico II: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Canguilhem G, (1984). *Lo normal y lo patológico*. 6ª edición en español. Editores siglo veintiuno editores, SA.
- Campalans, L. (2006). “Eppur si muove” Notas sobre el sujeto del psicoanálisis. 103, p 160 – 171.
- Coreth, E. (1976). *¿Qué Es El Hombre?, Esquema De Una Antropología Filosófica*. Barcelona, España: Herder.
- Chávez. H. (2012). *Un acercamiento al concepto de sujeto en el pensamiento de Michel Foucault, del ser humano al sujeto y el gobierno de sí mismo como práctica de libertad*. Universidad del valle. Cali, Colombia.
- Cros, E. (2003). El sujeto cultural: de émile Benveniste a Jacques lacan. *El Sujeto cultural sociopolítico y psicoanálisis*. Medellín, Colombia: Fondo editorial.

- Correa, E. (2006). *El Cuerpo Y El Imperativo De Salud Corporal En Occidente*. Revista De Psicoanálisis Y Cultura, Número 23. Recuperado de <http://www.acheronta.org/acheronta23/eleazar.htm>
- Clauvreul, J. (1983). *El orden médico*. Título original “l'ordre médical”. Barcelona: Editions du seuil.
- Darwin, C. (1859). Origen de las especies. Traducción Zulueta, A. Recuperado de <http://www.rebellion.org/docs/81666.pdf>
- Descartes, R. (1637) *Discurso del método, Madrid*. Colección austral- espasa Galpe. Traducción García Morente, D. Recuperado de: <http://www.posgrado.unam.mx/musica/lecturas/LecturaIntroduccionInvestigacionMusical/epistemologia/Descartes-Discurso-Del-Metodo.pdf>
- Descartes, R. (1990). *El Tratado Del Hombre*. Madrid, España: Alianza Universidad.
- Dobzhansky, T. (1989) *Evolución Humana. Evolución de la Especie Humana*. Barcelona.
- Dorsch, F. (1976). *Diccionario de psicología*. Barcelona, España: Herder.
- Eysenck, H. (1979). *La rata o el diván*. Madrid: El Libro de Bolsillo.
- Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta & Corral P (2007), *Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años*. Vol. 9 Nº 2, International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-317.pdf.

- Foucault, M. (1978) *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión* 2 ed. México Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona. Editorial Paidós Iberica.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. 2ª Ed en español. Fondo de cultura económica. México.
- Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos aires: Fondo de cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*. México, D.F: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico* -1ª ed. 2ª reimp. – Buenos aires: Fondo de cultura Económica. (colec. Sociología).
- Foucault, M. (2015). *Crítica y Aufklärung*. En M. Foucault, F. Gros, & J. Dávila, Foucault, literatura y conocimiento (págs. 40-78). Caracas: Bid & co. Editor.
- Flores F, Díaz J. (2014) *Normalidad y anormalidad, esquemas dicotómicos de la representación social de un grupo de profesionales de la salud mental*. Universidad nacional autónoma de México.
- Florian, V. (2002). *Diccionario De Filosofía*. Bogotá: Panamericana Editorial
- Gandia, E. (1972) *Diccionario Enciclopédico De La Psique* - 5ª Ed. Editorial Claridad, Buenos Aires, Argentina.

García, E. (2010). *Desarrollo de la mente: Filogénesis, Sociogénesis y Ontogénesis, Cognitivos*.

Departamento de Psicología Básica. Procesos Cognitivos. Universidad Complutense.

Editorial San Esteban. Madrid

Gallo, H. (2010). *Clínica de la prevención*. En Ruiz, A. Pérez, J. Giraldo, M. Velásquez, J. Mejía,

M. Gallo, H. & Ramírez, M. (2010). *EL silencio de los síntomas: la salud mental*.

Medellín, Colombia: NEL-Medellín.

Gallo, H; & Ramírez, M. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos

Aires: Grama ediciones.

Giudici, M. (Febrero, 2014). D.S.M: Des-subjetivación en Salud Mental. *Revista de*

Psicoanálisis y Cultura. Recuperado de:

<http://www.acheronta.org/acheronta28/giudici.htm>.

Goldfried M, (1996). *De la terapia Cognitio-conductual a la psicoterapia de integración*. Editorial

Desclée de brouwe, S.A.

Gutiérrez, D. (2002). *El reverso del sujeto sociológico*. *REVISTA Universidad EAFIT*, 39 (131),

pp 44-45.

Harré R & Lamb, R. (1990). *Diccionario de psicología social y de personalidad*. Paidós.

Hume, D. (1977). *Tratado de la naturaleza humana I*. Madrid, España: Editora Nacional.

Lacan, J. (1992). El Seminario, Libro 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lorenz, K. (1976). *Consideraciones sobre las conductas animal y humana*. Barcelona Plaza & Janés.

Lopera, D., & Ramírez C, (2007). *Relaciones psicología-psicoanálisis un estado del arte*. Editorial Universidad de Antioquia

Lopera, J., Ramírez, C., Zuluaga, M., Tisnés, H., Herrera, G., & Carmona, J. (2007). *Relaciones Psicología - Psicoanálisis: un estado del arte*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Lopera, D., Manrique H., Zuluaga, M; & Ortiz Vanegas, J. (2010). *El objeto de la psicología: el alma como cultura encarnada*. Editorial Universidad de Antioquia.

Miller, A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós

Moliner, M. (1982). *Diccionario de uso del español*. Madrid

Muñoz, F; & Ruiz, S. (2007), *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia Médico psiquiatra*. vol. XXXVI, No. 1. Pontificia Universidad Javeriana. Revista Colombiana de Psiquiatría. Bogotá. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a08.pdf>.

- Nezu, A; Nezu, C; & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales Un enfoque basado en problemas*. México.
- Nussbaum, M. (2003). *La terapia del deseo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Okun B (2001). *Ayudar de forma efectiva, Counseling Técnicas de terapia y entrevista*. Paidos, Barcelona.
- Orgilés, M; Méndez, X; Alcázar, A; & Candido, J. (Diciembre, 2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*. 19(2), p 193-204.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Enfermedad y salud mental*. Recuperado de: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- Plejanov, J. (1974). *El papel del individuo en la historia*. España.
- Roudinesco, E. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos aires: Editorial Paidos.
- Roudinesco, E. (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?* Barcelona: Paidós
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Real Academia Española, (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23.ª ed. Madrid: España. Recuperado de: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola#sthash.nBnV3ceR.dpuf>

Rodríguez, F. (abril, 2000). El paradigma de la complejidad: crítica a la razón simplificadora. *Espacio abierto*. 9 (2), p. 243-251.

Rivière, A (1985). *La psicología de Vygotski*. Madrid

Ruiz, A. (2010). *Adaptación – Inadaptación*. En Ruiz, A. Pérez, J. Giraldo, M. Velásquez, J. Mejía, M. Gallo, H. & Ramírez, M. (2010). *EL silencio de los síntomas: la salud mental*. Medellín, Colombia: NEL-Medellín.

Ruiz, A., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Sarason, I. (2006). *Psicopatología psicología anormal, el problema de la conducta inadaptada*. México. Pearson Educación.

Sauval, M. (Octubre, 2006). Psicoanálisis y práctica hospitalaria. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheronta23/sauval.htm>

Secades, R., & Fernández, J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*, 13.

Sigmund, F. (1966). *Obras completas Volumen I*. Segunda reimpresión. Buenos aires: Amorrortu editores

- Sigmund, F. (1975). *Obras completas Volumen 16*. Segunda reimpresión. Buenos aires: Amorrortu editores
- Stallard, P (2015). *Pensar bien-sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo- conductual para niños y Adolescentes*. Editorial Desclée de Brouwer. España
- Székely, B. (1963). *El diccionario enciclopédico de la psique*. Buenos aires: Claridad.
- Vargas, G. (2007). *Constitución del sujeto y constitución subjetiva del mundo. Formación y subjetividad*. Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá: Fondo editorial.
- Velásquez, J. (2010). *Las nosologías psiquiátricas: Estrategias políticas para tratar el goce*. En Ruiz, A. Pérez, J. Giraldo, M. Velásquez, J. Mejía, M. Gallo, H. & Ramírez, M. (2010). *EL silencio de los síntomas: la salud mental*. Medellín, Colombia: NEL-Medellín.
- Wachtel, P. (1996). *La comunicación Terapéutica principios y practica eficaz*. Editorial desclée de brouwer, SA.