

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE GRADO:

“DE LA NOCIÓN DE LOCURA A LA CONCEPCIÓN DE ANORMALIDAD: UNA
REFLEXIÓN SOBRE LA SINGULARIDAD DESDE EL PSICOANALISIS”.

ASESOR:

MG. CARLOS GERMAN CELIS ESTUPIÑAN

BUCARAMANGA, 22 DE OCTUBRE DE 2015

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE GRADO

“DE LA NOCIÓN DE LOCURA A LA CONCEPCIÓN DE ANORMALIDAD: UNA
REFLEXIÓN SOBRE LA SINGULARIDAD DESDE EL PSICOANALISIS”.

PRESENTADO POR:

LINA MARIA AVENDAÑO DÍAZ

ID:U00068328

CLAUDIA JULIANA REY TARAZONA

ID:U00069368

ASESOR:

MG. CARLOS GERMAN CELIS ESTUPIÑAN

BUCARAMANGA, 22 DE OCTUBRE DE 2015

Índice

Resumen	5
Abstract	5
Introducción	7
Metodología	11
Estado de la cuestión	25
Capítulo I: Recorrido histórico de la noción de locura.	30
1.1 La noción de locura en la Edad Media y el Renacimiento.....	32
1.2 La noción de locura en la Época clásica	35
1.2.1 La noción de locura en el siglo XVII.	36
1.2.2 La noción de locura en el siglo XVIII.	40
1.3 La noción de locura en la Modernidad	52
Capítulo II: Las Terapias Cognitivo-Conductual: adopción del modelo médico.	60
1.1 Enfermedad mental y enfermedad orgánica.....	61
1.2 De la psicopatología al DSM: la transición de la negación de la locura.....	66
1.3 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	77
1.4 Revisión de la técnica: Reestructuración Cognitiva.	93
Capítulo III: Locura y salud mental: un abordaje desde el Psicoanálisis y las TCC	102
1.2 Sobre la realidad psíquica y el fantasma	108

1. 3 La Locura y la psicosis: diferenciación entre términos	116
1.3.1 La TCC: trastornos psicóticos.....	122
1.4 La Salud mental y la abolición de la subjetividad	124
Discusión	137
Conclusiones.....	141
Referencias	144
Anexos.....	156

Resumen

Partiendo del texto de “*La Historia de la locura en la época Clásica*” de Foucault, se pueden reconocer las diversas condiciones en las que emergen los cambios de la noción de locura. Aspecto que no sólo permite realizar contrapuntos con la actualidad, sino que posibilita describir la concepción de anormalidad que sostiene la práctica clínica de la Terapia cognitivo-conductual (TCC); teniendo en cuenta para este proceso, la metodología de la investigación psicoanalítica formalizada en la presente investigación por medio de tres momentos: el lógico, el metodológico y el sintético. Así pues, a través de este trayecto, se abordan aspectos como un breve recorrido histórico por la historia de la psicopatología, la transición entre dichas teorías y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, así como el modelo médico que adopta la TCC en sus prácticas disciplinares al servicio de la salud mental, que excluyen al sujeto. Lo cual permite interrogar el fundamento epistemológico de las prácticas discursivas legitimadas por dicha propuesta clínica, y generar una reflexión crítica por la importancia de la singularidad, entendida desde la orientación psicoanalítica.

Palabras claves: locura, TCC, anormalidad, salud mental, singularidad.

Abstract

Taking into account the text of "History of Madness" of Foucault, it is possible to recognize the different conditions in which the changes of the notion of madness emerge. This aspect not only let make counterpoints with the actuality, but also allows describing the concept of abnormality that support the clinical practice of Cognitive-behavioral therapy (CBT). The psychoanalytic research methodology is used for this process, formalized in this research through

three moments: the logical, methodological and synthetic. Thus, through this way, are taking into account aspects such as a brief historical overview of the history of psychopathology, the transition between these theories and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, as well as the medical model which takes the CBT that serves to the mental health, and exclude the subject in their practices. This is important because it allows an interrogation to the epistemological foundation of discursive practices legitimized by such clinical proposal, and generates a critical reflection on the importance of singularity, understood from a psychoanalytic orientation.

Key words: madness, CBT, mental health, singularity.

Introducción

En la presente investigación se busca analizar la concepción de anormalidad y el fundamento epistemológico de las terapias cognitivo-conductuales, partiendo de las condiciones en las que emerge la noción de locura, planteado por Foucault en la publicación del libro *“Historia de la locura en la época clásica”*, con el fin de conocer la influencia de dichos aspectos, en la intervención clínica actual del enfoque cognitivo-conductual.

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario emprender un recorrido investigativo a través de la obra de Michel Foucault, con el fin de identificar cómo es que en épocas actuales, logran confluir diversos ordenes (económico, político, médico y jurídico) en la producción de unidades discursivas en pro de establecer un saber sobre fenómenos humanos tan complejos como la locura, que permitan universalizar y estandarizar lo irreductible del ser humano. Es por ello que el presente trabajo investigativo resulta pertinente, ya que pretende introducir la interrogación y la dispersión al interior de dichas unidades, en dichos discursos, que se imparten en la formación del psicólogo como discurso absolutos y universales, fomentado una apropiación acrítica de los mismos, lo cual trae consigo un ejercicio deshumanizante sobre los sujetos que sufren.

Lo anterior conduce a una necesidad epistemológica ineludible, orientada en rastrear principalmente por qué la Psicología en su quehacer clínico ha abandonado sus cimientos filosóficos y ha cedido ante el deseo de la ciencia médica, cómo se ha dejado influenciar sustancialmente por el discurso médico y cómo es que se ha convertido en una fiel imitación de la práctica de dicho orden, si su objeto y sus recursos son totalmente distintos.

Lo anterior perfila un contexto que da lugar a un problema de investigación del que surge la interesante iniciativa de organizar el presente proyecto a través de tres capítulos. En un primer capítulo, se abordan los planteamientos de Foucault sobre la locura, con el fin estudiar los cambios que dicha noción ha presentado a lo largo de la historia y así analizar detalladamente sobre qué órdenes y bajo qué entrecruzamientos discursivos surge la locura como un fenómeno del que todo ser humano debe resguardarse vislumbrando de este modo, cuáles han sido los efectos de dichas transformaciones discursivas dentro de la práctica de la psicología clínica actual, basada en las TCC. Esto se convierte en una posibilidad interesante para interrogar el proceso formativo del psicólogo actual, puesto que cuestiona su dificultad para posicionarse de manera crítica ante los procedimientos impuestos desde los intereses del discurso médico, que hoy se establece como práctica globalizada y justificada en su ideal de objetividad.

El segundo capítulo se inicia con una distinción importante, se señala la diferencia entre enfermedad mental y enfermedad orgánica, pues en épocas actuales existe una tendencia a equiparar lo psíquico con el cerebro, lo cual genera una concepción reduccionista del sufrimiento del ser humano, seguidamente se emprende el análisis del compendio teórico propuesto por la psicopatología y la concepción de anormalidad que la constituye, con el fin de describir la transición entre las teorías de la psicopatología y el surgimiento del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Así mismo se señalaron las implicaciones más significativas, que genera, por un lado, el surgimiento del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), y por el otro, la función determinante que dicha herramienta diagnóstica cumple dentro del marco de la intervención clínica basada en las terapias cognitivo-conductuales.

En un tercer capítulo, se recurre al psicoanálisis como saber que se encarga de amparar la singularidad y la subjetividad del ser humano, como discurso que propone nuevas concepciones teóricas que permiten pensar en el malestar psíquico como conflicto estructural del sujeto y que al mismo tiempo produce una forma particular de acoger y escuchar la particularidad de su padecimiento. Se presenta el discurso del psicoanálisis, como posibilidad de darle un lugar al decir del “loco”, de hacer que el sujeto en la singularidad de su goce encuentre un saber que lo lleve a asumir la vida de una manera soportable y de permitirle elaborar su “cura” partir de sus palabras, a partir de sus producciones simbólicas.

Es necesario destacar que en épocas actuales se tiende a olvidar que detrás de un cierto positivismo clínico, detrás de la medicalización desenfrenada de las singularidades humanas y de la locura que el alienismo pretende, existe un intento de indagación del campo subjetivo, y que más allá del control social y de las estrategias disciplinarias características del tratamiento moral impartido actualmente al que sufre un padecimiento psíquico, se puede identificar un proyecto terapéutico, un proyecto que reconoce a la locura como parte esencial y singular del ser humano.

Es importante señalar que el método empleado en esta investigación se basa principalmente en el análisis crítico de cada una de las fuentes empleadas para la elaboración de la presente investigación; en la revisión documental de obras importantes como: “*La Historia de la locura en la época clásica*”, “*El poder psiquiátrico*”, “*El nacimiento de la clínica*”, entre otras; así mismo esta acción investigativa se fundamentó en los principios que se deben tener en cuenta a la hora de hacer una investigación psicoanalítica.

Por consiguiente se puede resaltar que la presente investigación no está sustentada en la repetición de discursos ya proferidos sobre una noción determinada, tampoco busca refutar dichas concepciones y proponer, con pretensión absolutista, nuevos conceptos; el esfuerzo del ejercicio investigativo radica precisamente en el análisis crítico de las prácticas discursivas que rigen el proceder de algunos funcionarios de la salud mental, como los psicólogos por ejemplo, con el fin de indagar y profundizar en aspectos teórico y conceptuales que se han presentado como unidades discursivas únicas y válidas para nombrar cierto fenómeno, explorar por qué son nombrados de cierta forma y con qué pretensión, es decir, se trata de darle un lugar, a partir de la interrogación y la sospecha, a la necesidad histórica de la Psicología como disciplina.

Lo anteriormente planteado está orientado por la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la concepción de anormalidad que sostiene la práctica clínica de la Terapia Cognitivo-Conductual?, la cual se desarrollará a lo largo de la investigación.

Metodología

“En cualquiera de las aplicaciones del método psicoanalítico existe un propósito general:

la ascesis subjetiva o transformación del sujeto como vía a su propia verdad”

(Lopera,2009, p.65).

El Psicoanálisis como método de investigación.

De acuerdo con el epígrafe anterior, es posible pensar la investigación psicoanalítica como una apuesta metodológica, la cual consiste según Gallo y Ramírez (2012) en implicar la subjetividad vinculada al deseo de saber, introduciendo esta lógica del uno por uno en medio del imperativo de universalidad, el cual fundamenta la investigación universitaria. En este sentido, otorgarle un espacio al deseo de saber significa identificarse con la pregunta de investigación, reconocer la singularidad propia en dicha pregunta, darle una oportunidad al no saber, a lo sorprendente y mantener así la posibilidad de la invención como una búsqueda constante y rigurosa de un nuevo modo de decir.

Pensar entonces, en el psicoanálisis como método de investigación, implica necesariamente identificar los planteamientos realizados por el padre del psicoanálisis en el campo investigativo, es así como Freud logra exponer que el “Psicoanálisis es el nombre: 1. De un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles de otro modo. 2. De un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esta indagación; y 3. De una serie de intelecciones psicológicas ganadas por este camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica” (Freud, 1979, p.231).

Con relación a lo anterior, se puede decir que la investigación es intrínseca al psicoanálisis por lo tanto cualquiera de sus aplicaciones es una forma particular de indagación, de búsqueda, que a pesar de desarrollarse dentro de un marco científico, difiere sustancialmente de las formas tradicionales de investigar, ya desde los aportes del Psicoanálisis se ha formalizado una epistemología del paradigma indiciario, a partir del cual es posible la producción de saber a partir del indicio, del rastro; a el psicoanálisis, una influencia epistemológica del paradigma indiciario, a partir del cual es posible la producción de saber a partir del indicio, del rastro; a diferencia de la investigación que propone la ciencia-positivista, la cual basa sus producciones en la repetición estadística (Gallo y Ramirez,2012).

Siguiendo con los aportes realizados por Freud, resulta pertinente tener en cuenta que el método que dicho autor empleó en su quehacer clínico, permite comprender y reconocer lo psíquico como un encadenamiento lógico susceptible de ser reconstruido al detalle a partir de pequeñas formaciones que emergen espontáneamente dentro de un marco transferencial y que solo es posible pensar a partir de la elaboración; es decir, de un remontarse a la causa, de un proceder retroactivo (Gallo y Ramírez, 2012). Dicha empresa puede compararse con la presente investigación, ya que lo que se pretende estudiar es un fenómeno humano que se reconoce como una formación discursiva permeada por órdenes e intereses diversos que emerge, según la época, de manera distinta y produciendo efectos prácticos considerables, los cuales sólo pueden entenderse en su plenitud si se realiza un rastreo histórico-crítico y retroactivo del fenómeno en cuestión.

Ahora bien, de acuerdo con Gallo y Ramírez (2012), el ejercicio investigativo en el psicoanálisis presenta características muy particulares, la primera característica tiene que ver con la naturaleza del objeto de estudio, que en este caso correspondería, al sujeto determinado por el inconsciente y dividido por su discurso el cual implica una forma de investigar y de abordar distinta a la que plantea la ciencia-positivista y la Universidad.

La segunda característica de la investigación en psicoanálisis se fundamenta, según Gallo y Ramírez (2012) en un principio esencial, el principio de la precisión. Una precisión que se ubica en el discurso, en la palabra, en el buen decir; es una precisión que dista del número exacto y del dato más verídico. Este principio permite ubicar al investigador como fundamento del ejercicio de indagación, lo cual posibilita un reconocimiento de la subjetividad y de la singularidad del sujeto del lenguaje, a diferencia del tipo de investigación que plantea la Universidad o la ciencia, la cual se ciñe por estándares establecidos apoyados en un discurso científico-positivista que ordena el cumplimiento a cabalidad de prácticas objetivas mientras excluye cualquier manifestación de la subjetividad humana.

Siguiendo a Gallo y Ramírez (2012), el principio de precisión en la investigación psicoanalítica, no está del lado de la cuantificación, medición y cifra que exige la técnica positivista, alude más bien al detalle, a una epistemología basada en lo singular, a tomar la postura lógico-deductiva que le permite probar e indicar una proposición hipotética. Este principio aproxima pero diferencia la investigación psicoanalítica de la investigación cualitativa en las ciencias sociales. El punto de encuentro se halla en el trabajo de cada una por el retorno del sujeto, aunque para ambas partes éste se defina de forma diferente, lo que tiene como efecto

que ese retorno del sujeto del lado de cada vertiente investigativa se direcciona distinto. En vista de las particularidades anteriores, en la investigación psicoanalítica la palabra adquiere un valor, el buen decir que ya Miller había nombrado como el esfuerzo constante por cernir, por hacer cada vez más fina y rigurosa la investigación.

La tercera característica a destacar hace referencia a que el método de la investigación en psicoanálisis se formaliza retroactivamente, es decir, se establece el modo o el camino que condujo al resultado de la investigación, después de realizar el ejercicio investigativo. En lo que respecta a los resultados de una investigación en psicoanálisis se parte de una máxima fundamental: los resultados obtenidos no se pueden dar en términos subjetivos, pero tampoco se trata de *desubjetivizar* la pregunta de investigación.

Teniendo en cuenta los planteamientos expuesto anteriormente, se puede decir que la presente investigación logró formalizarse a partir de los siguientes momentos:

1. Momento lógico

Iniciando el desarrollo del presente proyecto se identifican unas inquietudes iniciales que al documentarse con respecto a las mismas, se van configurando en un problema de investigación que será el fundamento del presente trabajo investigativo.

Lo anterior fue posible a partir de un recorrido muy variante entre los intereses y los objetivos muy disímiles en principio, de cada investigadora. El pertenecer al Semillero “Sujeto y

Psicoanálisis”, el cual se fundamenta la línea de investigación “Psicoanálisis y Cultura”, guió el surgimiento de la pregunta de investigación que sustenta la presente investigación.

Es así como en un primer intento, se presentó un interés por formular un proyecto de investigación al interior del proyecto “El discurso médico y las TCC: la exclusión de la subjetividad en la psicología clínica contemporánea”, inscrito en el Semillero “Sujeto y Psicoanálisis” que se basaría en un análisis arqueológico del concepto de delirio; la cual no logró formalizarse.

Un segundo intento surge a partir de las sesiones del grupo de estudio “Subjetividad y crimen en la literatura colombiana: ¿por qué no hay nada más humano que el crimen?”, en el que se analizó la obra de Pablo D. Muñoz, “La invención Lacaniana del pasaje al acto”, obra que generó la inquietud de abordar la estructura de la psicosis a partir de ciertos conceptos analizados en dicha obra, pero en esta propuesta hacía falta un elemento de análisis, razón por la cual se decide examinar una obra literaria Colombiana para dar soporte al proyecto, lo cual resultó infructuoso ya que el manejo que se le dió a la obra escogida no fue el adecuado, puesto que no fue la obra quien habló, quien mostró una temática interesante para indagar sino que en el afán de encontrarla útil para la investigación, se pretendió hallar una temática, un fenómeno que no fundamentaba en esencia a dicha obra, y fue por esto que el proyecto no pudo concluirse.

En un tercer y definitivo intento, nace un cuestionamiento particular por la noción de locura, la cual se intenta trabajar a partir de los planteamientos expuestos por M. Foucault, autor que se analizaba en el grupo de estudio “El discurso médico y las TCC: la exclusión de la subjetividad

en la psicología clínica contemporánea”, pero en este intento surge una dificultad, la noción de locura no es un concepto, así que para poder estudiarla y analizarla directamente, se debía abordar la anormalidad, como concepto que fundamenta las prácticas de las TCC, lo cual resultó esclarecedor puesto que ya existía un interés particular sobre la función del diagnóstico, de la etiqueta, de la clasificación, del encasillamiento y la homogeneidad en las formas de concebir el sufrimiento del ser humano, lo cual se relaciona íntimamente con el concepto mencionado anteriormente; esto impulsó el análisis de las circunstancias y los acontecimientos, acaecidos en diferentes órdenes, que permea la ocurrencia de la noción de locura, con el fin de exponer de una forma clara y rigurosa las características que conforman dicho fenómeno. Dicha propuesta resultó interesante para las dos investigadoras ya que en el abordaje de dicha noción (locura) confluía el análisis necesario de fenómenos como el crimen y la psicosis que en principio se postularon como intereses particulares en cada investigadora.

Como ya se había mencionado a partir del anterior recorrido, se logró producir la delimitación del objeto de investigación, y entonces cada investigadora pudo definir qué era lo que quería saber y respecto a qué acontecimientos, sin tener que renunciar a sus intereses iniciales.

Cabe destacar que es en este momento lógico, se plantean los problemas básicos de toda empresa investigativa, donde hay que atender primordialmente a la racionalidad de lo que se formula, a la coherencia lógica del marco teórico sobre los acontecimientos que causan inquietud y al método a partir del cual se abordarán cada uno de los aspectos que conforman dicha investigación. Estos aspectos serán señalados en los siguientes momentos.

2. Momento metodológico

De acuerdo con la naturaleza del fenómeno analizado en la presente investigación y con el fin de realizar dicha investigación de una manera rigurosa y formal, se utilizó como herramienta metodológica la revisión documental, la cual se define como: un procedimiento científico, un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema. Al igual que otros tipos de investigación, éste es conducente a la construcción de conocimientos (Alfonso, 1995).

Se hace necesario señalar que para emprender el análisis y la respectiva interpretación del fenómeno en materia, se tiene en cuenta un principio fundamental del método histórico- crítico propuesto por Foucault (2015), el cual posibilita la inserción de la dispersión y del cuestionamiento en el fenómeno de locura, con el fin de identificar las condiciones de emergencia que posibilitaron su surgimiento, a partir de una postura crítica, en la que el investigador renuncia a toda aceptación ingenua de concepciones y planteamientos que las Instituciones y la ciencia-positivista provee como verdaderos y absolutos, en pro de una práctica fundamentada en la búsqueda de saber.

Igualmente, se tiene en cuenta lo implementado por Foucault (2015) con relación a la “Arqueología del saber”, a partir de la cual se realiza el reconocimiento del nexo existente entre el saber y el poder, el cual permite que una noción o un fenómeno se establezca como un elemento de poder por el hecho de hacer parte de un orden o dominio de saber, determinado. 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 la noción de locura, con los respectivos efectos que dichas transformaciones acarrearán.

De acuerdo a lo anterior y siguiendo con los planteamientos propuestos por Foucault (2015), con relación a la práctica de la genealogía como método investigativo, el presente proyecto se sustenta en gran medida, en una búsqueda de los orígenes de la noción mencionada, sin pretender una construcción teórica de forma lineal y sucesiva, sino más bien, exponer un pasado múltiple, disperso y hasta contradictorio que manifiesta los rastros de una influencia vehemente del poder sobre una verdad construida, una verdad que carece de fiabilidad y por lo tanto es cuestionable.

3. Momento sintético

Este momento se caracteriza por la formulación de una nueva elaboración teórica en función de todos los planteamientos analizados durante la investigación. Es necesario resaltar que logra cerrarse un primer ciclo del conocimiento, aunque no definitivamente, pues las nuevas concepciones y los nuevos planteamientos solo pueden considerarse como un punto de partida para la enunciación de nuevas investigaciones. A continuación se describirá brevemente la elaboración teórica realizada en cada uno de los capítulos que conforman el presente proyecto:

- **“Recorrido histórico de la noción de locura”**: se identifica el recorrido histórico de la noción de locura, teniendo en cuenta la Edad Media y el Renacimiento, con el fin de entender con mayor claridad los cambios de la noción en la Época clásica; destacando a su vez, las respectivas condiciones de emergencia y la existencia de un poder que influye

en los cambios de la noción. En este proceso se realizan contrapuntos con la actualidad, favoreciendo una reflexión en el proceso del apartado.

- **“Las Terapias Cognitivo-Conductual: adopción del modelo médico”**: se aclaran los conceptos de enfermedad mental y enfermedad orgánica, para dar paso a una mejor comprensión del paso de la psicopatología que contaba con una base epistemológica, con un cuerpo teórico-explicativo, al DSM, que aborda un análisis descriptivo basado en datos estadísticos. A partir de esto, se realiza un abordaje de aspectos históricos de la TCC, sus características, comentando en este proceso sobre su epistemología y las repercusiones clínicas actuales implicadas en la adopción del modelo médico en ésta terapia. Para una mejor explicación de estos aspectos, se aborda al final del capítulo, la técnica de “Reestructuración cognitiva”.
- **“Locura y salud mental: un abordaje desde el Psicoanálisis y las TCC”**: se presenta un discurso incluyente sobre la subjetividad y la singularidad, otra perspectiva de la locura, a partir del psicoanálisis.

Siguiendo con las características de la investigación en psicoanálisis, la cuarta tiene que ver con la postura desde la cual se precisa la investigación psicoanalítica: la ignorancia docta, pues a partir de ella se obvia el saber que se posee para dar lugar a la novedad, a lo sorprendente; esto es válido igualmente para el trabajo en la clínica psicoanalítica, en donde la investigación y el alivio del malestar confluyen para el trabajo analítico, de ahí que el analista deba obrar siempre libre de toda infatuación, debe resguardarse de caer en el engaño del saber (Gallo y Ramírez, 2012).

Gallo y Ramírez (2012), en su obra “El Psicoanálisis y la investigación en la Universidad” menciona que, otro aspecto a tener en cuenta para la investigación y no solamente para la psicoanalítica, es el conocimiento ya existente, acerca del tema que fundamenta la pregunta investigativa, es decir aquello que ya ha sido dicho, en los contextos en los que fue dicho, lo que han aportado a esa noción y la manera en la que fue abordada, puesto que tener conocimiento acerca del saber acumulado habilita a la investigación para proponerla (como) novedad, cuestionar lo ya dicho y llegar a nuevas producciones.

Este aspecto se tiene en cuenta en la presenta investigación. Y es por esta razón que se lleva a cabo la revisión pertinente del material bibliográfico relacionado con la temática de la investigación; con el fin de no producir una repetición sobre lo ya dicho, sino poder generar un aporte en lo que concierne al fenómeno de la locura, entendido desde la actualidad bajo el concepto de anormalidad, en la práctica clínica de la psicología, específicamente en las TCC. Para esto, se tiene en cuenta el valor de la dispersión discursiva, y el espacio de discusión dentro del Semillero “Sujeto y Psicoanálisis”.

Estos aspectos, resultan de gran importancia, ya que Gallo y Ramírez (2012) expone que el estilo de la investigación psicoanalítica va del lado de lo problematizador y de la movilidad, dando cuenta así de la dialéctica que se debe sostenerse entre la vertiente acumulada y la de lo nuevo en la investigación, pues aquí no hay cabida para la repetición.

Es necesario destacar, a modo de conclusión que, permitir que la relación con una disciplina teórica funcione como guía del acto de investigar es introducir la exigencia de interrogación

permanente acerca del modo en que surgieron y se establecieron los conceptos; interés que sustenta la presente investigación con relación a la noción de locura, en donde principalmente se han interrogado las maneras en que emerge el sujeto en cada época, los discursos que se entrecruzan en la producción de un saber sobre dicho fenómeno humano, la influencia del orden económico y político con respecto a los modos de concebir al ser “anormal” o “desadaptado” y los efectos de dichos acontecimientos en el modo actual de hacer clínica. Sin duda dicha operación le da vigencia al debate sobre nociones que se consideran más que elaboradas como es el caso de la locura, encontrando en este punto una similitud grandiosa con la experiencia de Freud, quien a lo largo de su obra mantuvo el interés por ahondar, transformar y actualizar nociones tales como inconsciente, síntoma, transferencia, pulsión, entre otras.

Sin duda, dicha reflexión implica como parte de la ética del investigador hacer del deseo y la reflexión conceptual el núcleo de la investigación. Así la función de los conceptos es dar consistencia a un trabajo de investigación lo cual se configura como una exigencia de rigor epistemológico. Y permite a la orientación ubicar conceptos en un campo definido que fundamenta tanto la teoría como la práctica. Es así como la presente investigación, tendrá un impacto singular en el modo de concebir al sujeto que sufre, en el modo de escucharle, en el modo de acoger su sufrimiento en el marco de una intervención clínica y en el modo de producir y proferir algún discurso sobre la naturaleza humana; los resultados, las conclusiones y el impacto de dicha empresa investigativa se situarán en aras de una ascesis subjetiva, la cual según Foucault, permite emprender el camino hacia la propia verdad, relacionada con lo peculiar y, por consiguiente, con las experiencias, prácticas, transformaciones, que hay que vivir para llegar a esa verdad (como se cita en Lopera, 2009, p.65).

Propósito en la investigación psicoanalítica.

De acuerdo con Lopera (2009) y teniendo en cuenta la naturaleza de la presente investigación, se puede señalar que el ejercicio investigativo, que soporta dicha empresa, está orientado por objetivos con propósitos cognoscitivos. En este sentido, la presente investigación se relaciona con el estudio y la producción de conocimientos sobre un tema específico, y se divide a su vez en dos objetivos, a saber:

1. Estudiar y la transmitir la teoría psicoanalítica, para lo cual se implementan dispositivos como los seminarios, los foros, los encuentros, entre otros; a partir de lo cual se construye conocimiento, se comparte y se debate al interior de las instituciones; a modo de ejemplo se puede considerar, por un lado, los encuentros programados del Semillero “Sujeto y Psicoanálisis” a partir de los cuales surgió la pregunta de investigación que fundamente este proyecto y por el otro, la realización de los protocolos en cada sesión de las reuniones del semillero, que permitieron la formalización y la actualización del conocimiento producido en cada encuentro.
2. Construir conocimiento a partir de la investigación en profundidad de un tema, en cuyo caso se crean preferentemente dispositivos como los grupos de investigación, como el Semillero “Sujeto y Psicoanálisis” al cual se encuentra adscrita la presente investigación.

Elementos del método de investigación psicoanalítico.

Lopera (2009) propone cuatro elementos que caracterizan, estructuran los diferentes dispositivos de aplicación del método psicoanalítico y cimientan la presente investigación, a saber:

1. **Transferencia**, permite pensar los vínculos establecidas entre las investigadoras y la pregunta de investigación, faculta para un manejo adecuado del ejercicio investigativo conforme con los objetivos planeados, favoreciendo así el trabajo grupal; requiriéndose para este proceso el trabajo en el deseo, es decir, el trabajar diariamente en la investigación, recordando el objetivo de la misma.
2. **Verbalización**, proceso que resulta fundamental para las investigadoras ya que a través de esta se puede discutir, definir, especificar y determinar todo el contenido teórico que se expone en la presente investigación. Igualmente, resulta un recurso pertinente dentro del Semillero “Sujeto y Psicoanálisis”, ya que a partir de esta se pueden implementar las discusiones en torno a un concepto específico, para así obtener información, articular el pensamiento con la pregunta de investigación inicial y así garantizar el sostenimiento del deseo subjetivo.
3. **La escucha psicoanalítica**, permite estar atento a la demanda y a la singularidad de cada uno de los integrantes del cuerpo investigativo (asesor e investigadoras); ayuda a captar el sentido de los señalamientos realizados por el asesor en pro de un ejercicio investigativo más riguroso y preciso. A partir de la escucha analítica también es posible capturar los aportes realizados por los integrantes del Semillero “Sujeto y Psicoanálisis” durante las sesiones programadas, ya que estos pueden resultar relevantes a la hora de abordar una

noción específica de la investigación, incluso para orientar la formalización de la metodología de la investigación.

4. **La interpretación,** entendida esta como la explicación y análisis detallado de la información obtenida durante el ejercicio investigativo en torno a conceptos fundamentales como locura, psicopatología, salud mental, singularidad, psicosis entre otros; la cual se realiza a partir de una lectura histórico-crítica de los planteamientos encontrados incluyendo siempre la conjetura del sentido del proceso investigativo, de las elaboraciones teóricas y de las discusiones realizadas dentro del equipo investigativo.

Estado de la cuestión

Los antecedentes investigativos, resultan muy importantes no solo para construir algunas bases de la investigación, sino también para no caer en la repetición. Es necesario aclarar que si bien se tiene en cuenta una revisión del estado de la cuestión, éste no es la investigación como tal. Frente a esto, se hace necesario mencionar que de la presente investigación, no se han encontrado antecedentes de artículos que realicen el recorrido que en ésta se plantean, o respondan a la pregunta de investigación. No obstante, sí se han encontrado investigaciones que se acercan a la inquietud formulada, claro está con sus respectivas diferencias en el abordaje, y limitaciones, en el sentido de que no abarcan la totalidad de la temática que concierne a esta investigación. Una vez aclarado esto, se procede a plasmar algunos antecedentes significativos para este proceso.

Con respecto a la noción de locura, se hace necesario mencionar tres investigaciones que brindan un recorrido histórico muy valioso como antecedente. La primera de estas, es la investigación realizada por Nazzarena Natta Vera (2004), titulada “De la locura”. A través de esta, la autora realiza un recorrido por la locura, abordando la evolución histórica del concepto desde las concepciones: mágico-animista, Egipcia, Griega, Romana, la concepción que se presentó durante la Edad media, durante el Renacimiento, la concepción Barroca, la concepción de la ilustración, la Romántica y la positivista. Así mismo, la autora realiza un breve esbozo de la locura en la obra de Michel Foucault, finalizando con una perspectiva de la locura en la actualidad, con aspectos referentes al paso del uso del término de “locura” al de “enfermedad mental”. Si bien este artículo realiza un recorrido histórico muy puntual por la noción de locura, que resulta pertinente para el trabajo realizado en la investigación actual, no aborda dos aspectos

claves de la presente investigación como lo son lo concerniente a la Terapia Cognitivo Conductual y la singularidad del sujeto.

Otra investigación que resulta pertinente como antecedente de la presente, y que al igual que la de Vera (2004), se encuentra la limitación de no abordar lo concerniente a las TCC y la singularidad, es la realizada por Patricia Forner (2013), titulada “Los Desacoplados hoy. Una reflexión sobre la obra Historia de la locura de M. Foucault”, pues en ésta se extraen reflexiones sobre la obra de Foucault, con el fin de entender el presente, de re-pensar la historia, lo cual resulta muy importante, pues a través de la presente investigación se realizan contrapuntos con la actualidad.

En lo que respecta al tercer antecedente relacionado con la noción de locura, se encuentra el trabajo de Pablo Muñoz (2008) en “El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan”, pues no solo lleva a cabo un recorrido por los cambios en el concepto de locura en las obras de Lacan, sino que a su vez, aborda la diferencia que Lacan realiza entre psicosis y locura, dos términos que en la actualidad se ven como iguales. Es decir, esta investigación, está orientada hacia el psicoanálisis, y realiza un aporte muy valioso, al diferenciar términos que se confunden en la actualidad, pero se centra solamente en estos aspectos.

Ahora, entre los antecedentes que resultan importantes, al favorecer algunos de los recorridos históricos que se realizan en la presente investigación, se encuentran la evolución del DSM al DSM IV-TR que realiza Victoria Barrio (2009), en “Raíces y evolución del DSM”; y la evolución de la psicopatología que realiza Domènech (1991) en “Introducción a la historia de la

psicopatología”, para comprender la complejidad que ha tenido el estudio de la patología mental a través de los siglos, teniendo en cuenta en este proceso, diversos enfoques. Aspectos que si bien recogen solo dos aspectos a trabajar en la investigación presente, se hacen necesarios para responder a las inquietudes investigativas.

Así mismo, se hace necesario destacar el trabajo de Castañeda (1998) en “Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada”, ya que en este, el autor realiza una síntesis de las formas de intervención psicoterapéutica tanto del enfoque cognitivo como del conductual, teniendo en cuenta la concepción de “conducta desadaptada” de ambos. El autor destaca el direccionamiento del conductismo a la conducta anormal, manifiesta y observable, así como a la conducta encubierta, que debe ser modificada con técnicas propias del conductismo. A su vez, señala el surgimiento de la psicoterapia cognitiva ante la deficiencia de los procedimientos del conductismo, señalando el acogimiento a las cogniciones y emociones que acompañan la conducta. Resultando ser así un antecedente significativo, al abordar “la conducta desadaptada” desde el enfoque conductual y cognitivo, no obstante, no tiene en cuenta este proceso el recorrido de la noción de locura, ni le da un lugar a la singularidad.

Finalizando, se exponen dos antecedentes, quizás un poco más cercanos a la presente investigación. El primero, es la investigación realizada por Patricia Landa Durán (2011), a través de su artículo “Algunas Consideraciones sobre la Adopción del Modelo Médico en Psicología: el Caso de las Terapias Empíricamente Fundamentadas”. Este resulta muy importante para la presente investigación, ya que se realiza una discusión sobre lo inadecuado que es el modelo médico como práctica ideologizada de la psicología, en lo que respecta al comportamiento

anormal. La autora indica que el conductismo logró desplazar con su eficacia, estrategias terapéuticas, al implementar el análisis conductual aplicado y la modificación de conducta en hospitales psiquiátricos, asilos y cárceles. No obstante sus principios han sido cuestionados, generando así el surgimiento de la terapia cognitivo-conductual, la cual mantiene el enfoque metodológico del conductismo. Frente a esto, la autora plantea que debe abandonarse la metáfora de la enfermedad mental, acompañada por los criterios de normalidad-anormalidad que se aplican al comportamiento humano, pues “los psicólogos no podemos practicar medicina, los psicólogos solo podemos practicar psicología” (Landa, 2013, p.113)

El segundo, que aborda la exclusión de la subjetividad implícita en las prácticas de la salud mental, es el realizado por Ximena Castro (2013), “Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental”. A través de este, la autora presenta una reflexión crítica alrededor de discursos y prácticas propias de la prevención y atención que se da en salud mental. Esta investigación se convierte en un antecedente muy importante, ya que se orienta por una perspectiva lacaniana, para explicar cómo la gestión y eficacia implementadas en la salud mental, terminan generando que la salud pase a ser un objeto de consumo. Así mismo se destacan los efectos de la evaluación y del uso de herramientas cognitivo-conductuales con una pretensión del “para todos”, las cuales generan que se anule el sujeto.

Así pues, entre los antecedentes investigativos se pueden encontrar abordajes sobre la noción de locura, el enfoque cognitivo-conductual, recorridos históricos de la evolución tanto del DSM como de la psicopatología; al igual que cuestionamientos por el modelo médico que adoptan las Terapias Empíricamente Fundamentales, y por las prácticas de la salud mental que se

implementan y que generan la exclusión del sujeto. Todos estos cuentan con aportes significativos para el presente trabajo, no obstante, también permiten identificar 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.

Capítulo I: Recorrido histórico de la noción de locura.

“No se puede hablar o reflexionar críticamente de la locura, por los psiquiatras denominada enfermedad mental, sin antes poner en tela de juicio la normalidad y su intento a través de sus agentes e instituciones de normalizar a todos los individuos”. (Orlando S., 2013)

En una época regida por imperativos capitalistas de adaptabilidad y productividad, se configuran alrededor de ciertos acontecimientos sociales, discursos que intentan definir y limitar fenómenos tan complejos, como la locura. El afán por abarcar dicha noción, ha llevado a diversas ciencias y disciplinas a producir una serie de discursos, cuyas pretensiones permean de manera incisiva la vida de los sujetos y la sociedad en la que ellos existen. Dichas producciones discursivas, han ido reduciendo el fenómeno de la locura a un concepto que puede nombrarse hoy de diversas maneras a saber: anormalidad, enfermedad mental, patología, trastorno psicológico etc; formas que por supuesto han dejado de lado lo más esencial de dicho fenómeno: al sujeto que habla (Revisar anexo 1). Tanto así, que en la actualidad se pueden encontrar en el diccionario de la Real Academia Española (22.ª ed, 2012), definiciones de la palabra locura como: Privación del juicio o del uso de la razón; Acción inconsiderada o gran desacierto; Acción que, por su carácter anómalo, causa sorpresa y; Exaltación del ánimo o de los ánimos, producida por algún afecto u otro incentivo.

Hoy, disciplinas como la psicología definida como: “el estudio científico de la conducta y la experiencia de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden, y conocen para adaptarse al medio que les rodea” (Historia de la Psicología, s.f), basa sus esfuerzos en abordar la enfermedad mental de una manera en la que desconoce que ésta no es la verdad

descubierta del fenómeno de la locura, sino que más bien es un avatar capitalista en la concepción histórica de aquel que es considerado loco. Esta equivocada concepción ha generado en el campo práctico de la psicología un sinnúmero de modelos terapéuticos que lejos de hacer una clínica psicológica en la que se acoja el sufrimiento humano y se escuche a un sujeto hablante, busca imponer “eficazmente” un dispositivo que discipline su pensamiento y su actuar en pro de una adaptabilidad que asegure el sostenimiento de un orden económico avasallante.

El sistema social actual, “se articula en función de un orden racional, que por el poder con el que se establece producen un conocimiento que determina límites” (Garma, 2009) y a la vez constituye una serie de controles de normalización, que en el caso de la psicología cognitivo-conductual, dan lugar a técnicas de exclusión de lo que resulta “problemático”, ya que esta lógica garantiza su existencia y aplicabilidad a los cuerpos que “necesitan curación”.

En este sentido, esta empresa está principalmente apoyada en los planteamientos realizados por Michel Foucault en obras como “La historia de la locura en la época clásica”, en donde el autor realiza un análisis arqueológico (Revisar anexo 2) que permite evidenciar que la locura nace a partir de ciertas prácticas, discursos y entrecruzamientos de enunciados; que dejan entrever al mismo tiempo una lógica en la que los órdenes que tienen el poder son quienes establecen y definen lo que es normal y lo que no lo es; se encargan de definir la “locura” de tal manera que ciertas personas empiecen a ser nombradas por categorías excluyentes que hablan por ellas. Entender la locura como concepto y no como fenómeno resulta suficientemente útil para el poder de la época actual ya que permite mantener el control y el orden social; aspectos que tambalean ante la verdad del discurso del “loco”.

El recorrido histórico de la noción de locura en la cultura europea del siglo XVII al XIX, al que corresponde este capítulo, resulta muy interesante, ya que permite estudiar las condiciones de emergencia que generan que determinadas situaciones o personajes que se encuentran envueltos en la cotidianidad, pasen a ser categorizados. Pues como lo expresa Santucho (2011), hacer para la cultura occidental una historia de la locura, es hacer lo que Foucault considera una "historia de los límites", una arqueología que permite examinar los límites trazados en los saberes, en la articulación que éstos presentan con las prácticas sociales. Por esta razón, se procede a presentar la evolución de esta noción, teniendo como fuente principal, La historia de la locura en la época clásica de Michel Foucault (1967). En este proceso, se destacarán algunos acontecimientos importantes ocurridos durante la Edad Media y el Renacimiento, con el fin de poder resaltar de una mejor forma los cambios de la noción presentados durante la Época clásica. Así mismo se destacarán cambios con respecto a la Modernidad, haciendo algunos contrapuntos con formas actuales de práctica que se iniciaron en el siglo XVII, lo cual servirá de base para comprender de una mejor forma los siguientes capítulos.

1.1 La noción de locura en la Edad Media y el Renacimiento

Para este apartado resulta importante resaltar algunos acontecimientos presentados en la Edad Media, y el Renacimiento, ya que permiten reconocer con mayor claridad, los cambios que presenta la noción de locura en la época clásica. De acuerdo con Xavier Serrano (1996), en la Edad Media, también conocida como la Edad de la Locura, el poder se encontraba en manos de la organización feudal, entre los señores feudales y la iglesia. El término de locura, comienza a utilizarse para referirse a aquellos a los que no se sabía cómo tratar a nivel social, a aquellos que fueran en contra de la estructura económica y el orden establecido, los conocidos herejes y

brujos. Este autor plantea, que según la época, los locos estaban endemoniados, por lo cual, era deber de los médicos hacer el respectivo dictamen y distinguir entre quienes eran herejes y quienes no, para que posteriormente la Inquisición siguiera el proceso requerido. Cada vez eran más personas las consideradas locas o brujas, siendo denunciadas y llevadas a la hoguera por ir en contra de las jerarquías eclesiásticas que se encontraban bajo el nombre de Dios, por tener comportamientos que según la época no eran aptos, como el de que un hombre y una mujer vivieran en unión libre (Serrano, 1996).

De acuerdo con Foucault (1967a), a finales de la Edad Media, la lepra, conocida como el mal de la época, desaparece del mundo occidental, dejando un vacío que debía ser ocupado por una nueva forma del mal. En primera instancia, se piensa que las enfermedades venéreas, son las que ocuparán este lugar, pero el siglo XVI, revelará que no es así, ya que terminan haciendo parte de las enfermedades médicas, a pesar del componente moral que las acompañaba.

A finales de la Edad Media, el loco adquiere el lugar de un personaje importante, relacionándose con la sinrazón, con la muerte y un saber oscuro. El loco es poseedor de una individualidad y resulta amenazador al estar relacionado con la verdad, lo cual se reflejaba en el teatro, la comedia y literatura. No obstante, estos aspectos comienzan a cambiar, la locura es reorganizada en el Renacimiento y recibida por el humanismo médico. Tanto en la Edad Media como en el Renacimiento, la locura compromete la verdad y está ligada al mal de forma imaginaria. Experiencias como la homosexualidad, son vividas con gran libertad y tranquilidad.

En el Renacimiento, se presentan diversas experiencias y personajes (un tanto abstractos), que influyen la época clásica, como la “nef des fous”, la nave de los locos, un barco que llevaba cargamentos de insensatos de una ciudad a otra, ya que estos debían ser expulsados, para que no merodearan las ciudades. Además, el mundo ético que regía esta época se dejaba en manos de la providencia divina y el destino, aunque sí existía una diferencia entre el bien y el mal. Estos aspectos cambian con la separación de razón y sinrazón que trae consigo la época clásica, en la que aparecen el siglo XVII, la heredera de la lepra, la locura.

Para entender la separación de la razón y la sinrazón, es necesario conocer algunos de los planteamientos de Descartes sobre la razón y la locura. En las *Meditaciones Metafísicas* y otros textos, Descartes (1987), plantea que si bien los sentidos pueden engañar, hay cosas de las que no se puede dudar, aun cuando se reciben por los sentidos: “¿Con qué razón se puede negar que estas manos y este cuerpo sean míos?” (Descartes, 1987, pag.12). Frente a esto, Descartes expresa, que a no ser que se asemeje con los locos que dicen ser una cosa cuando en realidad son otra, no puede negar su existencia, enlazada de una u otra forma al pensamiento, pues es el ser pensante es quien se percata por medio de los sentidos de las cosas corpóreas que hay a su alrededor.

Entender estas frases resulta de gran necesidad, ya que de acuerdo con Foucault, es con Descartes con quien se da la separación de la razón y la locura. Foucault (1967a), menciona que Descartes encuentra a la locura al lado del sueño y las diversas formas de error, las cuales a diferencia de la locura, dejan un residuo de verdad. Aspecto que no se presentaba antes, pues como ya se mencionó, la locura en el Renacimiento, comprometía la verdad, pero ahora al ser

imposible para el sujeto pensante estar loco, la locura es una imposibilidad del pensamiento, lo que lleva a que sea excluida de la Razón, y que pase a ser encerrada en la época clásica.

Hasta este momento, se ha podido identificar cómo existen poderes que influyen en la noción de locura, como en la Edad Media, en la que el feudalismo primaba y ejercía su poder para mantener un orden, y en el que los locos eran los que no estaban de acuerdo con los mandatos establecidos por este. Así mismo, se ha destacado la locura en la Edad Media y en el Renacimiento como relacionada con la verdad, y poseedora de una individualidad, mencionando en este proceso, como con la separación de la razón y la sinrazón que se da con Descartes, la locura deja de comprometer la verdad, y pasa a ser una imposibilidad del pensamiento. En el siguiente apartado, se procede a identificar los cambios que presenta la noción de locura en la época clásica, destacando en este proceso, la pérdida de la individualidad que la caracterizaba.

1.2 La noción de locura en la Época clásica

Como se ha podido ir rastreando, los acontecimientos y los discursos de la época influyen en la noción de locura, generando cambios en ésta. A continuación, se presentarán los cambios en la consciencia de la locura, que surgen en el siglo XVII y XVIII en la cultura europea, permitiendo identificar cómo la locura va perdiendo la individualidad que tenía en las épocas anteriores, y se va entremezclando con los asociales en una masa indiferenciada. Con el fin de presentar los cambios organizadamente, se expondrán en primera instancia los evidenciados en el siglo XVII, y posterior a esto, los del siglo XVIII.

1.2.1 La noción de locura en el siglo XVII.

Uno de los momentos claves en la época clásica es el surgimiento de los internados, ya que es a partir de éstos que la locura pasa a ser encerrada. De acuerdo con Foucault (1967a), en 1656, en París, por un decreto del Hôpital Général, se agrupan establecimientos para “servir” a los pobres. El Hôpital Général, no era precisamente una instancia médica, era una estructura semijurídica y administrativa que tenía el deber de controlar, juzgar y corregir a los pobres de París. En ésta época, la locura no se consideraba una enfermedad, por lo cual la presencia médica se daba dos veces por semana, para revisar a los que pudiesen enfermar. A principios del siglo XVII la locura comienza a perder su individualidad, pues no se diferencia entre ésta, los criminales y los vagabundos, por lo cual, su lugar se encontraba en los asilos, prisiones o correccionales, ya que el internamiento con su función de vigilancia y corrección moral, no tenía distinción entre estos personajes, pues todos respondían a desórdenes de la conducta y el corazón (Foucault 1967a).

En este punto, es importante comprender cómo las estructuras de poder, tienen unas intenciones en el ejercicio del poder, el cual se presenta enmascarado. Bustamante (2014), plantea que es importante conocer los intereses detrás de las formas de poder, y tomar un posicionamiento activo, un cuestionamiento con respecto a las estructuras de poder, aspecto al cual le llama desobedecer. “Aprender a desobedecer implica conocer hasta qué punto un saber se somete a un poder.” (Bustamante, 2014, p.8). Este autor plantea, que el saber está siempre atravesado por el poder, es intencionado, por ende nunca es neutro ni objetivo. Frente a esto, se puede ir entendiendo cómo en las instituciones de encierro se ejerce un poder, el cual Foucault (2005), lo llamará un poder sobre el cuerpo.

Si bien, podría pensarse que las instituciones de encierro surgen como una forma de reacción frente a las crisis económicas que presenta Europa durante este siglo, o como solución a las dificultades que se presentaban a nivel social, en realidad no es así, pues sus intenciones son otras. Las instituciones de encierro, traen consigo nuevas significaciones a los problemas de la ciudad, a la pobreza y al trabajo, al igual que nuevos valores éticos. Estas instituciones responden a una nueva ética del trabajo, en la cual se condena la ociosidad, y existe un imperativo moral que actúa como ley civil, condenando así a los diversos desordenes sociales que existiesen (Foucault 1967a). El trabajo se orienta como una regla moral, de orden, de interiorización de las reglas laborales que rigen la sociedad (Eraso, 2002).

Con el fin de entender de una mejor forma el encierro que traen consigo las instituciones, resulta pertinente mencionar el libro escrito por Foucault (1992), “Vigilar y castigar”, ya que en este, el autor parte de considerar que es necesaria la exclusión de cierto número de gente en la sociedad, para que ésta pueda funcionar, cuestionándose en este proceso por el sistema de confinamiento y la selección de la población que puede existir para que la sociedad comience a funcionar. Vera (2004), menciona que para Foucault la prisión es un medio de castigo con un objetivo de normalización, ya que el encierro posibilita la observación de las conductas, permitiendo estipular las reglas de comportamiento, y trazar la línea divisoria entre lo normal y lo anormal. Así mismo, comenta que en los psiquiátricos, se separa al paciente de la comunidad, ya que éste “no se ajusta a la realidad social”, con las respectivas formas de pensamiento e ideologías que la rigen.

De acuerdo con Foucault (1967a), la locura en el siglo XVII está ligada a la razón y las reglas de la moral, por lo cual el internamiento resulta útil para eliminar a los asociales, internando en casas de trabajo indiferentemente a mendigos, perezosos, libertinos, criminales, indigentes, mujeres y niños. El internamiento, es clave para reorganizar el mundo ético y moral de esta época, generando a su vez nuevas formas de integración social, y forjando el camino de la locura hacia la alienación mental.

En este proceso es importante resaltar cómo la culpa pronto empieza a hacer parte del castigo de estos encerrados. Según Foucault (1967a), quienes padecían enfermedades venéreas, al ser parte de los insensatos, debían ser castigados para lograr la purificación de los desórdenes del corazón que poseían, requiriendo para esto los “grandes remedios”: iniciando con sangría, seguido por purga, baños, nuevamente purgas y finalmente una confesión, siendo así liberados del pecado. La locura en el siglo XVII, se junta con la culpabilidad, relacionándose con la medicina, por un imperativo moral, por lo cual se hace uso de la represión, coacción y obligación de salvación. Así mismo, se condena la incredulidad, ya que esto era un referente de orden de la época, y atentar contra la religión, resultaba un peligro. Además, en esta época se considera que así como la encarnación de Cristo, permitió la salvación de los hombres, el escándalo de la locura debía ser exaltado para la salvación de los locos. Aspecto que no sucedía con las otras formas de sinrazón.

Una manera de entender cómo en las prácticas contemporáneas se reflejan sus discursos frente a lo mental, está relacionado con la investigación que plasma Maria Isabel Gamboa(2009) en su libro “En el Hospital psiquiátrico, el sexo como locura”, pues este contiene un análisis que

realizó la autora, sobre la forma en que se aborda la sexualidad en el hospital. Gamboa plantea que en el hospital psiquiátrico la sexualidad es un tema importante, que en diversas ocasiones resulta adquiriendo el carácter de patológico, y tratándose conforme a lo que estaría “correcto”. Frente a esto Paulina Malavassi (2010), comenta que para Gamboa, el HNP (Hospital Nacional Psiquiátrico) de Costa Rica, es una institución en la cual se juntan y reproducen discursos discriminatorios de la respectiva sociedad, y en el cual los psiquiatras, realizan un dictamen sobre las personas, al igual que los fallos que se realizan en los tribunales, basándose más en los prejuicios de la cultura con su componente religioso, que en la ciencia. “Bajo esta premisa, el psiquiatra no es más que un productor/reproductor de las relaciones de poder imperantes”. (Malavassi, 2010, p.153) Aspecto que permite identificar como hay un poder enmascarado en los discursos, y cómo hay unas intenciones detrás de las formas de poder ejercidas.

En este proceso se puede destacar, cómo la sociedad es la que va juzgando a las personas, pues se genera un cambio en la historia de la Sinrazón. Si bien, la “nef de fous”, llevaba personajes abstractos, ahora, estos locos, pasan a ser personajes concretos que son juzgados por la sociedad en la que viven. La sinrazón pasa a ser un hecho humano. La locura adquiere una particularidad que le da un lugar especial, y es el escándalo. Previamente el mal se debía exponer como castigo, en esta época por la vergüenza que acarrea, debe suprimirse con el internamiento.

Hasta este momento, se ha podido identificar cómo la locura ha pasado a ser parte del internamiento, siendo encerrada y juzgada por la sociedad. Se ha destacado la aparición del Hôpital Général no como un lugar médico sino como una estructura semijurídica y administrativa que juzga, controla y corrige. Se ha mencionado el surgimiento de una nueva ética

de trabajo; las nuevas significaciones de la pobreza que trajo consigo el internamiento; el trato a los internos en primera instancia como sujetos morales; la reorganización del mundo ético y moral que implica el internado; la eliminación de los asociales, la pérdida de individualidad de la locura y la unión entre la culpa y la locura. Así mismo, se ha destacado cómo hay un saber atravesado por un poder, con unas intenciones, y cómo los discursos de la sociedad van influenciando los cambios en la noción de locura. A continuación, se procede a identificar los cambios en la noción de locura, vivenciados durante el siglo XVIII.

1.2.2 La noción de locura en el siglo XVIII.

De acuerdo con Foucault (1967a), durante el siglo XVIII el internamiento continúa siendo un problema de orden social, sostenido por una moralidad administrada, ya que el interno se ve en primera instancia como un sujeto moral. En esta época, donde la ociosidad es algo inaceptable, y encerrada, se libera a quien tiene las facultades y el deseo de trabajar. Quienes practicaban formas de sexualidad inaceptables en la época, profanaban lo sagrado y practicaban el libertinaje o el pensamiento libre, eran encerrados y condenados, pues estas formas correspondían a los deseos del corazón, es decir a la sinrazón. La condenación moral y la sanción al escándalo, se vivenciaban día a día. La homosexualidad, que previamente se encontraba entre la cotidianidad, pasa a ser parte de las formas de amor que se encontraban entre la sinrazón, y por ende a ser castigada, pues atentaba contra los intereses de la familia y generaba un escándalo público. Es importante comprender que en el siglo XVIII, la familia burguesa tenía gran poder, y todo lo que no acataba a su interés, pasaban a ser parte de la sinrazón (este aspecto cambia a finales del siglo XVIII). Frente a estos aspectos, se hace necesario ahondar sobre la homosexualidad, el internamiento, y la familia.

En relación a la homosexualidad, resulta pertinente retomar el libro de Gamboa (2009), mencionado en el apartado anterior, con el respectivo comentario que realiza Malavassi de este (2010). Malavassi, refiere que para Gamboa, a lo largo de los años, la psiquiatría implementó diversas herramientas con el fin de poder diagnosticar la homosexualidad, las cuales estaban basadas en particularidades tanto de aspecto físico como de comportamiento y pensamiento, que fuesen opuestas a la heterosexualidad, la cual era considerada como la norma. Así mismo, comenta que aparentemente en 1970 la psiquiatría cambia la percepción sobre los homosexuales dejando de encasillarlos, debido a las presiones de la época de las agrupaciones que defendían los derechos de los homosexuales. No obstante, esta autora comenta que en Costa Rica, teniendo como base aspectos religiosos, aún se recurre a terapias “reparativas”, y tratamientos con el fin de corregir a los homosexuales, evidenciando así su diagnóstico entre los trastornos mentales. Esta situación es comparable con experiencias que se viven en diversos países, donde en diferentes ocasiones las personas son encasilladas por su orientación sexual, y se ven obligadas por sus familias a recibir un proceso terapéutico con el fin de “convertirse” a heterosexuales.

Ahora, abordando un poco el internamiento como tal, en lo que respecta al asilo con su internación, ese lugar de confinamiento marcado por la medicina, es importante entender que éste aparece como un poder para someter al loco a un orden, a una disciplina, a un régimen, a una exclusión, dándole al loco un lugar fuera de las ciudades. Y a su vez, yendo más allá de esto, al ordenar las prácticas y la vida cotidiana. En el Poder Psiquiátrico (2005), Foucault, menciona cómo el asilo debe funcionar separado, cerrado e independiente de las presiones familiares, y a su vez, debe reproducir la realidad misma, para lo cual tendrá en cuenta la existencia de unos elementos de la realidad que el médico le impondrá al loco, y que se convertirán en la cura del

loco, en la medida en que logre aceptarlos y adoptar la realidad impuesta. El loco deberá aceptar la voluntad del médico quien posee un poder superior a él; deberá aceptar su identidad impuesta; su enfermedad, la maldad contenida en la locura; y la obligación de costear sus propias necesidades. Mediante el poder asilar, se harán valer para el loco esas realidades como la realidad. Produciendo para esto en el asilo, la apariencia de un espacio familiar, con el fin de asegurar una “cura”.

En ese proceso, Foucault (2005), también aborda lo concerniente a la familia, para lo cual menciona cómo la familia es la que fija a los individuos a las instituciones, generando que circulen de una a otra, ya que las otras instituciones adquieren el deber de suplir o sustituir lo que la familia no pudo hacer, con el fin de favorecer procesos como los de adaptación y socialización, lo que genera la aparición de las funciones psi (psiquiatría, psicopatología, psicología, psicología, psicoanálisis, etc), que no solo emitirá el discurso planteado por la familia, sino que se encargará de controlar todas las instituciones.

Siguiendo La historia de la locura en la época clásica (Foucault, 1967a), se hace necesario resaltar lo referente a la locura como “escándalo” que surge en esta época, mencionando para esto la relación con la animalidad, que destaca el autor. En primera instancia, el confinamiento al mostrar a la locura como espectáculo, como escándalo público, hace que ésta deba exhibirse a sí misma, lo que genera que el asilo adquiera una perspectiva de zoológico. No obstante, este proceso ocurre como parte de la vergüenza que produce la internación, por lo cual el internamiento pasa a ser un derecho de las familias para escapar del deshonor. El loco pasa de ser considerado un enfermo, a un animal, cuya bestialidad debe ser dominada por la Doma y el

embrutecimiento. Herramientas pedagógicas como los azotes de nervios de buey, eran utilizadas para castigar a los locos que no respetaban las órdenes, y el buen trato para los que eran sumisos.

Estas prácticas disciplinares del siglo XVIII, que de una manera u otra, hoy perduran, se introducen científicamente en el siglo XX, dentro de la Terapia Conductual, con las técnicas de condicionamiento operante, planteadas por Skinner, específicamente con el castigo directo. Para este, se aplica un estímulo aversivo, con el fin de eliminar determinado comportamiento, como lo mencionado anteriormente de aplicar azotes de nervios de buey, en caso de que se rehusaran a comer; y el Reforzamiento positivo en el cual se alienta la repetición de determinada conducta al dar una recompensa o un refuerzo, como en el siglo XVIII que para fortalecer el comportamiento de los sumisos, se les permitía sentarse al lado del institutor. Según Skinner (1994), la probabilidad de que una persona responda de determinada forma debido a la historia de refuerzos recibidos, puede cambiar cuando cambian las contingencias. La persona reforzada, desarrolla un sentimiento de confianza, mientras que la castigada, si bien se sentirá atraída a comportarse de manera castigable, evitará el castigo realizando otras cosas, pudiendo desarrollar sentimientos de vergüenza, pecado o culpa.

Bustamante (2014), plantea que las instituciones vinculadas al poder (ejército, iglesia), conocen el papel del poder en la definición del saber, y por ende se basan en la obediencia, mientras que sectores libres (arte, locura), viven la independencia de saber y poder, por ende se basan en la desobediencia, en el cuestionamiento por las estructuras de poder. Así mismo, menciona cómo la obediencia resulta central en el funcionamiento cotidiano, como la obediencia

de los pacientes a sus médicos. No obstante, resalta el control que hay en esto, y la importancia de la desobediencia, del cuestionamiento.

Teniendo en cuenta el recorrido histórico que se ha llevado hasta el momento sobre la noción de locura, se hace necesario identificar cómo un evento envuelto entre la cotidianidad pasa a ser patológico, y por ende a requerir de herramientas de castigo y corrección, pues de acuerdo con Foucault (1967a), el paso a lo patológico, se relaciona con la inmersión de la culpa en una creencia cotidiana de la época, siendo estos aspectos que se salían de lo aceptado; los extravagantes, los que pasan a ser los signos inequívocos de la enfermedad con la psiquiatría del siglo XIX. A su vez, es importante resaltar cómo el internamiento está ligado a un orden moral, a una locura percibida como defecto, a un control de expresión y represión del pensamiento, a través de la coacción moral, generando así que formas cotidianas pasen a ser parte de la sinrazón.

Vera (2004), plantea que previamente al diagnóstico, la palabra locura, estaba inmersa en el lenguaje cotidiano y se aplicaba sin ningún tipo de rigor. Si bien no se podía definir la palabra locura, sí era reconocible el loco. El uso de esta palabra podía llegar a resultar denigratorio, sin embargo, no generaba que esta persona quedase encasillada en un diagnóstico psiquiátrico. Esta autora plantea que el tener un diagnóstico como el de esquizofrénico o psicópata, genera un estigma social negativo y un tratamiento correctivo, pasando así el loco a ser considerado enfermo mental, y el psiquiatra a tener el poder sobre el loco, cuyo discurso solo verificaba el diagnóstico.

Un cambio importante de mencionar a nivel histórico de la noción de locura, es el generado a nivel jurídico, ya que previamente, el reconocimiento de la locura en el derecho canónico y romano se relacionaba con un diagnóstico médico. Con Zacchias, se planteaba que era el médico quien decidía finalmente quién estaba loco. No obstante, esto cambia con Breuteil, en 1784, pues él plantea que el internamiento requiere de un procedimiento jurídico de interdicción, lo que genera que el poder esté en manos de la autoridad jurídica y las familias, y no en el médico. De acuerdo con Foucault (1967a), la experiencia de la época clásica de la locura, se vive de dos formas. La primera, está relacionada con el sujeto de derecho y la incapacidad e irresponsabilidad que posee al considerarse un enfermo, y por ende de necesitar del Otro (Revisar anexo 3), el curador, quien tiene poder sobre el loco. La segunda, referente a lo social, destaca al loco como un extranjero, que es responsable de sus actos, y que carga con una culpa moral, por lo cual, él es el Otro, el excluido. En el derecho, la locura al afectar la sinrazón, libera al loco de la culpa, mientras en el internamiento la locura no lo libera de nada, por el contrario, lo relaciona con una mala voluntad, y por ende lo culpa. De acuerdo, con el autor, la locura pasa a ser una manifestación de la separación ética de la razón y la locura.

Con lo que respecta al planteamiento del hombre alineado como incapaz y loco, se puede hacer referencia al concepto que actualmente se conoce como inimputabilidad. Según Jaime Gaviria (2005), en psiquiatría, el trastorno mental es una entidad psicopatológica, con gran importancia a nivel clínico que requiere intervención médica, no es un término exacto, pero su uso permite designar un conjunto de síntomas clínicamente reconocibles, asociado con un malestar e interferencia en la funcionalidad. No obstante, este autor plantea que en derecho, un trastorno mental, es una especie que permite fundamentar el atributo de la inimputabilidad, ya

que las figuras de trastorno mental e inmadurez psicológica planteadas en el estatuto penal, caracterizan un estado de excepción al procedimiento penal ordinario, desde que se den las condiciones de inimputabilidad exigidas según la normatividad. El Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000), define el mencionado concepto de inimputabilidad en el artículo 33, de la siguiente forma:

Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares. No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental. (p.96.)

Ahora bien, de acuerdo con Foucault (1967b) en el siglo XVIII, tratar de definir la locura, era algo que se escapaba, pues era tan difusa, que precisamente eso era lo que hacía reconocible al loco, y teniendo en cuenta que para la época, era fundamental el método sintomático de la medicina, y lo observable, es claro, que la locura no encontraba lugar allí. El hombre razonable, era capaz de reconocer al loco al observarlo como el otro, como el que era diferente a sí mismo, teniendo así el deber de señalarlo y pronunciarlo. Vera (2004), menciona que aun en la actualidad, la noción de loco continúa siendo un enigma, con parámetros de diagnóstico que son relativos.

La locura, en su percepción negativa, era la Razón afectada por la Sinrazón. El loco pasa a ser así un objeto de análisis. Según Rosa Aksenchuk (2009), con la psiquiatría el loco pasa a ser un objeto de investigación, y así también será ante la mirada del médico, siendo necesario esperar hasta el trabajo de Sigmund Freud, para tener en cuenta el discurso de la locura, con su sentido.

De acuerdo con Bustamante (2014), algunas de las máscaras que adquiere el poder son la objetividad, la neutralidad, la razón y la cordura. Así mismo plantea que todo lo que el saber puede decir sobre la naturaleza no deja de tener una intención, y ser una construcción artificial, pues nunca puede abarcarla en su totalidad. El saber pretende que se crea que la naturaleza responde a unas leyes que la ciencia ha descubierto, pero éstas en realidad, representan una forma de poder, de dominación, que en resumen, resultan un intento de reducirla a “un objeto muerto”. Así pues, el autor menciona que la objetividad pretendida por el saber, no resulta ser más que una parte limitada de la realidad, la que permite ser dominada. La situación con la naturaleza, es similar a lo que sucede con la locura, un intento de dominarla por formas de poder, que generan una reducción de la totalidad de la noción.

En lo que respecta a las clasificaciones de la época, el orden de la vegetación era lo que primaba, por ende, con Boissier de Sauvages, se da el paso de lo botánico a lo patológico, pasando así la locura a ser considerada enfermedad. De acuerdo con Foucault (1967b), para que la locura pudiese ingresar en la nosología, necesitaba no solo de su percepción negativa, como defecto o desorden, sino también de la posibilidad de reconocerse a partir de sus manifestaciones, lo cual fracasa. La razón era el contenido de la percepción del loco, el principio de análisis de la locura entre las diversas enfermedades. En la locura siempre se encontraba razón, quedando así la locura como ausencia de la misma y presencia de razón, ya que la sinrazón, devela que la verdad que esconde la locura, es que es razón (Foucault, 1967b). Así pues, el autor plantea que la locura pasa de ser signo de otro mundo a la expresión del no-ser, teniendo el internamiento como función, el de revelarla como la nada, corregirla, o suprimirla, aniquilándola.

En la época clásica se presentan entre las clasificaciones, formas de locura como: la demencia, la manía y la melancolía y la histeria e hipocondría, que son claves para la psicología moderna, y las cuales ingresaron en el Manual diagnóstico de trastornos mentales, prevaleciendo en el actual, a excepción de la histeria.

En este punto se hace importante destacar otros giros relevantes en la noción de locura, como el reposicionamiento del loco como personaje social. Además, el confinamiento se fortalece, adquiriendo sus propios poderes y generando terror. Surge un nuevo mal, y con este el temor a que se esparza (fiebre de las prisiones), el cual afecta a la medicina. Así mismo, se busca situar y precisar la locura, por lo cual se reconstruyen las celdas de la Salpêtrière, se reconstruye el asilo. Aspectos que se abordarán a continuación.

Foucault (1967c), destaca que la Sinrazón que había sido apartada en las prácticas del confinamiento, reaparece dotada de un poder que es establecido para generar duda, incertidumbre. Un poder que sin duda interroga en secreto pero de forma inminente los discursos de la razón y del orden presentes en el siglo XVIII. Pero más que provocar dicha interrogación subversiva, se logra percibir un esfuerzo por producir la “renegación de la sociedad”, reflejada ésta, en “el vestido desgarrado, la arrogancia en harapos, una insolencia que se soporta, y cuyos poderes inquietantes se acallan por medio de una indulgencia divertida” (Foucault, 1967c, p.11.). Se puede decir entonces, que es la primera vez, desde el “Gran Encierro”, la sinrazón empieza a ocupar un lugar importante en la familiaridad del contexto social, es decir, el loco logra posicionarse como un personaje social susceptible de

interrogación, como un personaje que pondrá en tela de juicio el orden infranqueable de la sociedad de la época clásica.

Cabe destacar que en dicha época se vislumbra un modelo disociativo basado en prácticas excluyentes, puesto que el loco debe mantenerse aislado de la sociedad con el fin de garantizar el control y mantener el orden social. Es así como el miedo y la angustia, se constituyen en los dispositivos que reforzarán y justificarán la existencia de las prácticas de confinamiento ya que “se teme siempre el ser internado”. El confinamiento, para entonces, ha adquirido sus propios poderes, poderes disciplinares que formalizan prácticas virtualizantes, que con el tiempo se encargarán de posicionar el terror como el máximo gobernante en dicha sociedad.

Es así como en el siglo XVIII surge un miedo inusual. Miedo animado por todo un discurso sobre la moral: “La gente se aterra de un mal bastante misterioso que podría esparcirse, según se dice, a partir de las casas de confinamiento para amenazar en breve a las ciudades. (Foucault, 1967c, p.12.). En este punto resulta interesante mencionar el conflicto al que se vio abocada la medicina de la época frente a la cuestión de las fiebres y cómo este aspecto puede compararse con la sinrazón y el efecto que este fenómeno causaba en dicha época.

Menciona el autor en su obra “El nacimiento de la clínica” (1963), en su capítulo “Las crisis de las fiebres” que es Pinel quien se da al análisis de las clasificaciones de las enfermedades orgánicas realizadas por sus antecesores para argumentar que es a partir de la anatomoclínica que se logra privilegiar la nosología como herramienta clasificatoria, y que es a partir de la anatomía patológica que es posible ordenar de forma monográfica las enfermedades médicas.

Pero... ¿En dónde radica el problema de la verdad en la ciencia médica?... A partir de la aparición de las fiebres y de aquella imposibilidad de ubicar nosográficamente la patología y la lesión, donde la “sede” de la fiebre no tiene localización sino manifestaciones fisiológicas como son: fases de frío, pulso, calor, sudor en correlación al organismo como inflamación, movimientos acelerados del sistema nervioso y movimiento de sangre; inicia el inconveniente para la medicina moderna, ya que la fiebre sólo se manifiesta mas no está en una región orgánica específica. En este sentido ¿Cuáles son las enfermedades que se deben considerar especialmente como orgánicas? Sin duda, lo que está en cuestión, era la noción de fiebre esencial y no la organicidad. Ahora bien, con relación a la sinrazón, ¿Dónde puede esta ubicarse? ¿En qué órgano puede alojarse? ¿En qué órgano deberá buscarse la lesión?... Es así, como en lo aparente y no en el rigor del saber médico es donde la sinrazón afronta a la enfermedad y se aproxima a ella, por no decir que ocupa su lugar. Mucho antes de que sea expuesto el problema de saber en qué medida lo insensato es patológico, se había formado, en el lugar del confinamiento y por una alquimia esencial, “una mezcla entre el horror de la sinrazón y las viejas obsesiones de la enfermedad” (Foucault, 1967c, p.14.).

Es necesario resaltar que en el siglo XVIII nace un movimiento decisivo que pretende tratar de situar la locura de manera cada vez más precisa y más rigurosa en lo que respecta a su desarrollo y su evolución histórica, aun cuando en esta época la sinrazón era el contratiempo del mundo.

Frente a esto, se inicia la reconstrucción de las celdas de la Salpêtrière. Lo que se pretende para este momento, es la creación de un asilo que, sin dejar de conservar sus funciones

primordiales, sea modificado de tal manera que el mal habita allí por siempre, sin llegar a esparcirse y a contaminar el resto de seres existentes; un asilo que contenga por completo a la sinrazón y que la ofrezca como espectáculo, pero como un espectáculo que la muestre en su máxima expresión y en su franca naturaleza pero que no amenace a los espectadores, que no exista riesgo alguno de contagio.

Así pues, se puede identificar cómo formas que se encontraban entre la cotidianidad pasan a ser inaceptables, siendo la condenación moral, la sanción al escándalo, especialmente el que afecta el interés de la familia, las que introducen el paso a lo patológico, al neutralizar la eficacia de las creencias de la época, haciéndolas culpables, pasando a la prohibición, la represión y el control, envueltos en el régimen de orden y disciplina del espacio asilar. En este, se experimenta claramente el conocimiento del poder en la definición del saber, y por ende se basa en la obediencia, en la imposición del poder del médico sobre el “loco”. Así mismo, se ha abordado el loco como personaje social y de derecho; la definición difusa de la locura que hacía reconocible al loco, y la presencia de razón en la “locura”. Se ha destacado el reposicionamiento del loco como personaje social, que puede poner en tela de juicio el orden establecido en la sociedad de la época clásica, produciendo esto, un temor que ha generado la reconstrucción del asilo para evitar que el mal de la locura pudiese esparcirse.

Ahora, en lo que concierne a los tratamientos centrados en el cuerpo del loco, se puede tener en cuenta que si bien la terapéutica de la locura no se aplicaba en los hospitales, dado que su función no era corregir, sino aislar, en la época clásica, sí se da un tratamiento centrándose en el cuerpo de loco, para sanar sus fibras nerviosas: la consolidación, la purificación, la inmersión y

la regulación del movimiento (Foucault, 1967). Durante el siglo XIX, se va inscribiendo la locura con la culpabilidad, al aparecer métodos de tipo moral: miedo como castigo, alegría como recompensa. Se va organizando la psicología entorno al castigo y ésta, psicología surge separando a la locura de la sinrazón. Así pues, se procede a abordar los cambios experimentados en la noción de locura durante el siglo XIX.

1.3 La noción de locura en la Modernidad

El siglo XIX, conocido por sus fuertes cambios y revoluciones a nivel económico, político y filosófico, que desatan reorganizaciones de las ideas planteadas en las anteriores épocas, es también el siglo, en el cual se destaca el trabajo de Pinel, y el nacimiento de la psiquiatría. Aspectos que traen consigo una serie de cambios para el concepto de locura, y de reconciliaciones entre planteamientos realizados previamente.

De acuerdo con Foucault (1967), el siglo XIX, reconoce al alienado, al hombre social en interdicción del sujeto jurídico, como incapaz y loco. Frente a esto es importante mencionar, que en el momento en el que Breteuil plantea la interdicción, coincide con el momento en el que comienza a surgir la psiquiatría con Pinel, en el que se busca tratar al loco como un ser humano. Con Pinel, la separación entre ética y razón mencionada previamente, comienza a relacionarse con la moral, apareciendo lo que se conoce como locura moral, una locura involuntaria, externa a la razón, una enfermedad. Este aspecto hace que se experimente con horror las experiencias previas del internamiento y el trato que se les dio a los locos.

A partir de las experiencias del clasismo, se forma en el siglo XIX, lo que el positivismo conoce como alienación mental, se forma la experiencia moral de la sinrazón, la base del conocimiento “científico” de la enfermedad mental (Foucault, 1967). En este siglo, se continúa relacionando la locura con la animalidad y la coacción moral, prevalece. Aun cuando la sinrazón debe ser dominada en el internamiento, las prácticas cambian, ya que con el afán de la objetividad, se cree hablar de una única locura, asociada a la ética de la sinrazón y al escándalo de la animalidad. De acuerdo con Sanjurjo y De la Paz (2012), para Pinel es muy importante el retorno a la naturaleza como herramienta terapéutica, ya que la naturaleza es la ordenadora de los desórdenes entre esos, la locura. Para él, la locura requiere de unas barreras que puedan contener el desorden, necesitándose para esto un espacio ordenado, lo más natural posible. Según Foucault (1967), la naturaleza de la locura está en ser una razón secreta, en existir por y para ella. En el siglo XIX, el conflicto entre el individuo y la familia, pasa a ser un asunto privado, un problema psicológico.

En la actualidad existen diversas teorías que plantean que trastornos como el TOC (trastorno obsesivo compulsivo), tienen un componente hereditario y se pueden desarrollar por pautas de crianza obsesivas de los padres, es decir, que la familia puede influir en el desarrollo de las psicopatologías. De acuerdo con Tobón (2008), existen diversos factores que pueden influir en la aparición de un trastorno psiquiátrico, como lo son: genéticos, biológicos, ambientales y socioculturales. Este autor plantea que un proceso de crianza negativo, puede influir negativamente, pudiendo generar una presentación posterior de problemas emocionales y de comportamiento.

De acuerdo con Foucault (2002), en el siglo XIX, se cambia el castigo del cuerpo por la corrección de las almas, a través del encierro, en el cual se controla y se hace a los individuos más “dóciles y útiles”, como producto del desarrollo del siglo XVI al XIX. El autor plantea que del siglo XVII al XVIII se desarrolla la disciplina en los hospitales, el ejército, las escuelas, los colegios o los talleres, como forma de someter los cuerpos, de dominar y manipular las fuerzas humanas, a través de la vigilancia, las clasificaciones, rangos, exámenes, ejercicios entre otros. Según Foucault, si bien el siglo XIX, inventó las libertades, les dio de sólida base, la sociedad disciplinaria que sigue rigiendo y de la cual se depende hoy en día.

Pinel (1809), en su preocupación por la moral pública de su país, teoriza sobre vicios y virtudes, y considera la inmoralidad y el libertinaje, excesos pasionales, como causas de alienación. Según Charland (2010), cuando Pinel intenta explicar las causas de la locura e implementar el tratamiento moral, le es necesario tener en cuenta los aspectos éticos contenidos en las pasiones. Montiel (2010), indica que Pinel, se propuso eliminar los vicios y pasiones que eran inadecuadas para la sociedad, teniendo en cuenta para esto que “la autoridad y la ascendencia «moral» del médico ante el alienado se convierte en estrategia fundamental del manejo del loco y de la locura.” (p.16).

De acuerdo con Foucault (1967), el tratamiento moral, el miedo y la coerción, aparecen no tanto como instrumentos para intimidar, sino como medios terapéuticos por sí mismos. Un miedo que genera un sentimiento de culpabilidad y con ello una conciencia moral, que permiten organizar la locura. Montiel (2010), indica que el tratamiento moral, y la respectiva práctica en el espacio asilar, surge para normalizar, para convencer al loco de su error, recurriendo para esto a una cierta racionalidad que existe en el loco, y que puede permitir su cura. Según Eraso (2002),

el tratamiento requería de introducir un orden moral y un régimen disciplinario, promovidos principalmente por el médico. Un tratamiento que se basaba en un programa pedagógico que necesitaba de comprensión y castigo físico, y que asemejaba al loco con un niño que necesitaba ser reeducado en sus costumbres, y hábitos sociales.

En lo que respecta a los cambios producidos en las clasificaciones, según Foucault (1967), las viejas clasificaciones se cambian por una relacionada con la afinidad de los síntomas, causas, relación con el tiempo, evolución progresiva de un tipo hacia otra, dejando el deseo de abarcar todo lo relacionado con la enfermedad, por su sitio. No obstante, el positivismo de clasificar según lo evidente o lo manifiesto, es desviado por las denuncias morales de la época que aparecen entre la locura y las señales de la misma. El autor plantea que en la época clásica se consideraba que era en la imaginación donde estaba la sinrazón y se encontraba la síntesis entre el loco y la locura. La imaginación perturbada o desviada, es la conocida como delirio, y es en esta donde se forman nexos entre locura y sinrazón, abarcando así en una misma experiencia, a la sinrazón, la locura y los locos.

Retomando lo concerniente a las clasificaciones, Foucault plantea que en el siglo XIX, algunos temas de clasificación se conservan, teniendo únicamente cambios en su nombre. Pinel toma las categorías de vesanias existentes de melancolía, manía, demencia e idiotez, y añade hipocondría, sonambulismo e hidrofobia. Esquirol, añade la monomanía a la serie de manía, melancolía, demencia e imbecilidad. Así mismo, se descubre la parálisis en general, se separa la neurosis y psicosis, se edifica la paranoia y demencia precoz, y en el siglo XX: se cierne la esquizofrenia.

Así pues, entre los acontecimientos relevantes del siglo XIX, se puede encontrar el nacimiento de la psiquiatría con Pinel, quien busca tratar al loco como ser humano, como un enfermo, por lo cual se presencia con horror el trato previo que se les había dado a los locos. Se menciona en este proceso a la locura como razón secreta, y cómo se considera que al hacer perdurar cierta racionalidad que hay en el loco se puede llegar a la cura. En este proceso también se ha destacado el cambio de castigo del cuerpo a la corrección de las almas. Se ha abordado lo concerniente al tratamiento moral, al orden moral y el régimen disciplinar que lo acompaña, junto con el miedo y la coerción como tratamientos terapéuticos que al ejercer culpa permiten la adquisición de una consciencia moral. Un tratamiento ejercido principalmente por el médico, para “reeducar” al loco, una concepción de locura como enfermedad.

A manera de conclusión, se puede resaltar que en el transcurso del capítulo se ha podido identificar el recorrido histórico de la noción de locura, en la Edad Media, el Renacimiento, la Época clásica y la Modernidad, realizando en este proceso algunos contrapuntos con la actualidad. Así mismo, se ha resaltado la existencia de poderes que influyen en los cambios de la noción de locura, según la época, como el feudalismo (Edad Media), o las familias (Época clásica), que marcaban los comportamientos aceptados, y a partir de los cuales se denominaba locura lo que atentara contra sus intereses. Además, se ha mencionado cómo expresiones de sexualidad cotidianas como la homosexualidad, pasan a ser juzgadas y consideradas como parte de la locura en la Época clásica. Es decir, se ha realizado un recorrido que permite identificar cómo la locura surge a partir de expresiones y creencias cotidianas que se encuentran y se actualizan entre la sociedad, y que por inmersión de la culpa, poderes, y diversos acontecimientos, pasa a ser patologizada, y a ser considerada enfermedad, a ser un objeto de

estudio, que al igual que la naturaleza, en un intento por ser dominada, en el poder enmascarado por la objetividad, la neutralidad y la cordura, se ha reducido su magnitud a una realidad limitada.

A través de este apartado se han establecido contrapuntos actuales sobre el modo de tratar la locura como la situación vivenciada en el HNP de Costa Rica en el cual se reflejan los discursos sobre lo mental en sus prácticas contemporáneas, siendo el psiquiatra un “productor/reproductor” de las relaciones imperantes de poder y de los discursos discriminatorios de la sociedad. A su vez, se ha destacado cómo aún se encasilla a las personas por su orientación sexual y se recurre a terapias “reparativas” y tratamientos que buscan corregir a los homosexuales. Se ha mencionado cómo algunas prácticas disciplinares del siglo XVIII, se han introducido en el siglo XX dentro de la TC, perdurando en la actualidad como parte de tratamientos psicoterapéuticos. Así mismo, se han abordado aspectos actuales de la relación entre la locura y el derecho a través del concepto de inimputabilidad, así como indicadores de lo que se considera que en la actualidad influye en la aparición de un trastorno psiquiátrico.

En este proceso se ha mencionado cómo la locura aparece como una de las formas de encarnación del mal, reemplazando a la lepra, y siendo excluida, incluso del ejercicio de la razón. Se ha destacado cómo la locura ha perdido su individualidad; la razón se ha separado de la sinrazón, y el loco ha pasado a ser juzgado por hombres razonables que la podían reconocer y señalar porque era diferente a ellos, porque era identificado como lo otro, lo diferente. No obstante, también se ha podido encontrar cómo la locura es presencia de razón, la sinrazón es razón oculta.

Así mismo, se ha descrito cómo el internamiento ha surgido con la apariencia de servir a los “pobres”, siendo que en realidad, buscaba administrar, juzgar, controlar y corregir, generando una nueva ética de trabajo y un reajuste del mundo ético, en el cual el interno en primera instancia era considerado un sujeto moral, pues ingresa la unión entre locura y culpa. En este proceso, se ha reconocido el espacio asilar como un régimen de orden y disciplina, en el cual no sólo el médico impone un poder sobre el loco, sino que se ordenan las prácticas de la vida cotidiana, pues se reconoce el papel del poder en la definición del saber, un poder ejercido con determinadas intenciones. Un internamiento, en el cual se ha logrado infundir temor, siendo el miedo y la coerción los que forman los tratamientos terapéuticos que a través de la culpa llevan a la consciencia moral, el tratamiento moral, en el cual se da el paso del castigo físico a la corrección de las almas. Un internamiento que ha pasado de encerrar y eliminar asociales indistintamente, a guardar seres que causaran escándalo, a ser un zoológico en el que la locura debía exponerse a sí misma, a pretender la “cura” de “enfermos”, y a requerir una reconstrucción para evitar que el mal que albergaba pudiese expandirse.

A través de este recorrido se puede identificar cómo cada época postula una idea de anormalidad que define qué significa estar loco. El loco ha sido el diferente de las épocas, ya sea porque tenía comportamientos inadecuados para la sociedad regida con unas normas impartidas por un poder, o porque decía la verdad (en el Renacimiento el loco era considerado como poseedor de la verdad), o porque cuestionaba y ponía en tela de juicio el orden establecido en la respectiva época. Es decir, el loco ha sido el que cuestiona el poder, el que no logra encajar en la norma, el “desobediente”, el que requiere del exilio y del encierro, para mantenerlo controlado,

para aislarlo y corregirlo, hasta que su reeducación lo pueda llevar a “reingresar” a la sociedad, a la “cura”, a la “normalización”, a la adaptación.

Finalizando, la pretensión de este capítulo ha sido permitir identificar el recorrido histórico de la noción de locura, con las respectivas condiciones de emergencia, destacando la existencia de un poder que influye en los respectivos cambios de la noción. A través de este capítulo, se ha buscado generar un cuestionamiento por esa noción cuya historia se desconoce o se ha dejado a un lado, por esas prácticas que imponen su saber y su poder, pretendiendo una adaptación, y dejando a un lado el sujeto hablante, sin escucharlo o callándolo, pues su palabra solo “la tienen en cuenta” para reafirmar su diagnóstico.

Capítulo II: Las Terapias Cognitivo-Conductual: adopción del modelo médico.

Abordar la concepción de locura en tiempos actuales se considera, por algunos funcionarios de la salud mental, una empresa infructuosa y hasta innecesaria, es por ello, que la homologación equívoca de dicha noción con las concepciones de anormalidad y enfermedad mental se muestra más pertinente a la hora de abordar el sufrimiento psíquico de los seres humanos. En este sentido, la Psicopatología, se ha visto enfrentada, al igual que la noción de locura, a transformaciones esenciales muy importantes. En sus inicios el abordaje conceptual de lo que se entendía como enfermedad mental, se basaba en un interés epistemológico importante: proponer un cuerpo teórico- explicativo acerca del fenómeno de la enfermedad mental. Hace ya un buen tiempo, esta base epistemológica quedó relegada y el análisis descriptivo, soportado en criterios estadísticos, de la conducta patológica, empezó a sustentar dicho discurso. Es así como el DSM, surge como un efecto de dicho desplazamiento y logra establecerse como un compendio de datos estadísticos que servirán de referencia para determinar el diagnóstico exacto de los síntomas que padece el individuo; “la forma como éstos evolucionan durante la enfermedad; las estadísticas en cuanto al pronóstico y la prevalencia de la misma; a los subtipos y trastornos asociados, y a los criterios para hacer un diagnóstico diferencial” (García y Castro, 2008, p588), dejando así al descubierto un afán insólito por instaurar una “fisiopatología psicológica”.

Es necesario destacar que la utilización ingenua y acrítica de dicha herramienta (DSM) irá a determinar prácticas fundamentales en la clínica psicológica, siendo el diagnóstico una de las más significativas, a partir del cual el psicólogo irá a determinar y a seleccionar qué técnicas “terapéuticas” (enmarcadas generalmente dentro de los presupuestos de las Terapias Cognitivo-Conductuales, como es el caso de la “Reestructuración cognitiva”) le llevarán a un proceder

curativo supuestamente “eficaz” para contrarrestar trastornos psicológicos como: la depresión, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de adaptación entre otros.

Las implicaciones y los efectos de los desplazamientos discursivos anteriormente mencionados en el quehacer clínico del psicólogo y el posicionamiento de ciertas técnicas “terapéuticas” como abordaje exclusivo de ciertos trastornos, serán los ejes fundamentales que se abordarán en el siguiente capítulo.

1.1 Enfermedad mental y enfermedad orgánica

Entre una medicina que realiza su diagnóstico diferencial a partir de la anatomía patológica, que permitía localizar el origen de la enfermedad en los órganos y las estructuras corporales, y una psiquiatría que realiza un diagnóstico dicotómico, que refleja su poder sobre la razón, en el dictamen de quien está y quien no está loco, quién es anormal, y quien es normal, se encuentra la neurología, y con esta el surgimiento del “cuerpo neurológico”, una clara posibilidad para la psiquiatría de situar en lo real del organismo el padecimiento psíquico.

En el curso “El Poder psiquiátrico”, consagrado a finales de 1973, y principios de 1974, Foucault (2005), menciona que en un intento por obtener un diagnóstico absoluto, la psiquiatría instaura una prueba que le permite calificar o excluir lo entendido por locura con su calificativo de enfermo, traduciendo la demanda de quien ingresara al asilo a un lenguaje patológico, encajando así tanto los motivos de consulta como los síntomas de la enfermedad. No obstante, en este proceso surge una ambición aún mayor, la de poder ubicar dónde se encontraba la enfermedad a partir de una causa orgánica. Es decir, de acuerdo con el autor, surge el “cuerpo

neuroológico”, como consecuencia de la imposibilidad con la que se encontraba la psiquiatría para localizar la enfermedad mental en un cuerpo a partir del cual pudiera descubrir una lesión, un cuerpo susceptible de localización anatomopatológica, un cuerpo que permitiese una intervención directa sobre él y que garantizara una cura fehaciente; al igual que se realizaba en medicina, en el afán de hacer aparecer un cuerpo. Este cuerpo, trajo consigo el “espíritu de la localización”, en el que bastaba la ubicación de una parte de la enfermedad, para generar una investigación que permitiese su manipulación, tratamiento y posterior “cura”. Aspecto influenciado por una medicina centrada en la justificación de la enfermedad, que trae consigo una psiquiatría que construye el padecimiento de forma orgánica, y una neurología que basa su estudio en la localización de las enfermedades mentales, lo cual tiene como efecto un desplazamiento de lo psíquico a una causa orgánica. Se reemplaza la palabra del paciente, por la mirada médica, dejando de importar así, el padecimiento del sujeto.

Foucault (1984), en su curso de 1954, “Enfermedad mental y personalidad”, plantea que a través de la historia, la enfermedad mental y la enfermedad orgánica, se han visto entremezcladas, quizás porque ha existido un afán en emplear tanto el mismo método como los conceptos de la enfermedad orgánica en la mental, o de tener como base de las dos una “patología general o meta-patología”. Es decir, según el autor, en ambas, se ha tenido en cuenta la agrupación de signos que den cuenta de la enfermedad (sintomatología) y la evolución de la misma con sus variantes respectivas (nosografía).

Esto se puede demostrar, si se tiene en cuenta que en el Manual Diagnóstico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada (Asociación Americana de psiquiatría, 2000), se menciona que

el término “trastorno mental” implica una distinción entre los trastornos “mentales y los físicos”, indicando a su vez, que a través de los diversos manuales no se ha encontrado una definición que especifique los límites del concepto, ni que logre englobar todas sus posibilidades. En el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición o DSM-V (Asociación Americana de psiquiatría, 2014), se encuentra la siguiente definición:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de psiquiatría, 2014).

Frente a esto, se hace necesario definir el concepto de “síndrome”, que aparece en la definición mencionada. De acuerdo con la Real Academia de la lengua española (22.ª ed, 2012) un síndrome es un “Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad”. Esta definición, resulta muy interesante, ya que da cuenta de la influencia médica en la definición de trastorno mental, previamente citada; pues esta palabra obedece a un concepto utilizado en la medicina, que se encuentra en la definición de trastorno mental, para indicar que el trastorno mental es una enfermedad, y que en éste, se presentan determinados síntomas. A su vez, en la definición de trastorno mental del DSM- V, se indican algunos aspectos de lo que no sería un trastorno mental. Lo cual muestra la persistencia de la dificultad para dar cuenta con su definición en la actualidad. Ahora, en lo que respecta a la enfermedad orgánica, se pueden encontrar definiciones como:

“Cualquier enfermedad que ocasiona cambios detectables u observables en uno o más órganos corporales” (Enfermedad orgánica, s.f.). Frente a esto se hace necesario realizar una distinción ambas enfermedades, pues como lo indicaría Foucault, resulta insuficiente considerarlas como una unidad.

En el curso de “Enfermedad mental y personalidad” mencionado previamente, Foucault (1984), plantea tres cuestiones, que respaldan su argumento de que la enfermedad mental y la enfermedad orgánica, responden a métodos y conceptos diferentes. En primer lugar, el autor se cuestiona sobre el hecho de que sea la fisiología el modelo a seguir para la medicina mental, ya que si bien resulta muy útil para la medicina orgánica, sus principios no pueden ser aplicados a lo psíquico. El autor respalda esta idea, mencionando que la fisiología, apoyándose en principios de causa y efecto, ha pretendido determinar los principios físicos del funcionamiento de un órgano. No obstante, esto resulta insuficiente en lo mental, pues si bien el modelo mecanicista ha servido para estudiar el comportamiento, no permite determinar el “sentido” que posee la conducta humana, pues existen diversos elementos y situaciones que influyen en la vida psicológica.

En segundo lugar, en lo que respecta a la diferenciación entre lo normal y patológico. En medicina, se ve como patológico, una reacción normal y adaptativa del cuerpo ante situaciones específicas. En psiquiatría, este problema no es tan fácil de aclarar, pues el solo pretender definir la personalidad, ya resulta complejo para establecer un límite entre lo normal y lo patológico. En tanto que lo que para lo orgánico puede ser una alteración del sistema, en lo psicológico podría ser una manifestación de la singularidad del sujeto. Así pues, el tercer y último problema con el que Foucault se encuentra es el referente a la relación del enfermo con el medio, ya que en

medicina se puede resaltar la individualidad del enfermo y aislarlo según su enfermedad. No obstante, esto no es posible cuando de una enfermedad mental se trata, pues cada individualidad depende del medio en el que se encuentre. Como lo expresa el autor: “la patología mental debe liberarse todos los postulados abstractos de una metapatología...es el hombre real quien sustenta su unidad de hecho”. (Foucault, 1984, p.24). Es decir, se debe permitir que sea el sujeto quien hable.

La enfermedad mental no debe comprenderse solo desde las funciones abolidas, sino también desde las actividades de reemplazo que surgen, pues la enfermedad no solo quita algo al enfermo, también le da posibilidades. En la enfermedad mental se presenta un proceso regresivo, se presentan reacciones similares a las de una edad anterior, una regresión que permite ordenar y que debe ser tomada en cuenta como uno de los aspectos descriptivos de la enfermedad. Foucault plantea, que en una descripción estructural de la enfermedad es importante la historia del individuo, y las estructuras abolidas y liberadas de la enfermedad. La enfermedad, es otra forma de negación de la realidad, en donde expresa las acciones de huida y defensa como respuesta a la situación que vivencia el individuo. La enfermedad mental entonces surge cuando ese conflicto que presenta el individuo, provoca una reacción imprecisa de defensa, cuando no puede controlar, a nivel de sus reacciones las contradicciones de su medio. Se sitúa en medio del conflicto entre las estructuras sociales y la vida psicológica del individuo, entre la contradicción de la estructura de la experiencia social y la conciencia de esa contradicción. Es decir, en la contradicción generada entre las circunstancias sociales y el vínculo que se establece con la historia psíquica del individuo. Siendo estos aspectos los que dan lugar a la expresión de la patología, y no la oposición fisiológica planteada por Pavlov, en la que se tienen en cuenta la

inhibición y la excitación, como principios necesarios para obtener una respuesta del organismo, pretendiendo controlar así la psiquiatría el conflicto psíquico desde una intervención bioquímica añorando de esta forma recuperar el equilibrio orgánico.

Así pues, pretender entender la enfermedad mental a partir de la enfermedad orgánica resulta reduccionista, e inadecuado, siendo entre otros aspectos, un efecto de la influencia de la medicina clásica en la psiquiatría. Al desplazar lo psíquico a lo orgánico, y entenderlo a partir de la fisiología, se anula la existencia del sujeto, se deja a un lado la angustia, ese algo que va más allá del cuerpo, que está presente aun antes del síntoma de la enfermedad, que se encuentra precisamente en la contradicción misma del sujeto, en su división. Así mismo, al arrebatarse el síntoma al sujeto, su defensa, se le deja frágil, y se le estaría negando la posibilidad de que tomase posición frente a su síntoma, frente a una enfermedad que no solo le quita sino también le da algo y frente a su angustia misma. Pues como lo expresa Foucault (1984), en su curso de “Enfermedad mental y personalidad”, las enfermedades mentales lo son de toda la personalidad; se originan en las condiciones reales de desarrollo y existencia de la personalidad y tienen su inicio en las contradicciones que surgen en la relación con el medio.

1.2 De la psicopatología al DSM: la transición de la negación de la locura.

Teniendo en cuenta la discusión realizada en el apartado anterior acerca de la enfermedad mental y la enfermedad orgánica, se hace necesario realizar algunas precisiones respecto de la primera concepción. En este sentido, se puede decir que el concepto de lo mental es una invención que obedece a la pretensión de cientificidad que rige a la psiquiatría, entendida ésta como un saber-poder que genera discursos y prácticas sobre la locura, sustentados

principalmente en la psicopatología y en la idea de normalidad que ésta misma instituye (Foucault, 2005).

A partir de lo anterior, se hace necesario destacar los planteamientos de Michel Foucault (2005), quien en su curso “El poder Psiquiátrico” realizado en 1973 resalta el papel que desempeñó la Neurología con relación a la psiquiatría. Como ya se había mencionado en el apartado anterior, la Neurología logra posicionarse dentro del discurso del saber de la medicina como una ciencia que pudo otorgarle un cuerpo biológico a lo psíquico, es decir, aportó bases teóricas para que lo mental ingresara en el dominio de lo orgánico. Esto le permitió emprender un análisis de la epilepsia, basado en la certeza de los valores de una superficie que se supone insana; reconocida esta afección en el siglo XIX, como uno de los síntomas histéricos más importantes. Es a partir de este análisis biologicista, que la historia misma logra revelar a la Neurología, el engaño de la mirada médica, puesto que este síntoma en muchos casos no correspondía con una lesión cerebral como en principio suponía dicha ciencia. En este sentido, se puede decir que es la historia misma la que le demuestra a la ciencia en general, que existe una relación íntima entre el cuerpo y el lenguaje, es decir, es el cuerpo de la histérica el encargado de pronunciar el malestar de lo no dicho.

Es así como la histérica logra marcar un nuevo orden en los médicos y neurólogos, teniendo en cuenta dos aspectos; primero, los aparta necesariamente de la concepción del cuerpo anatomopatológico para enfrentarlos al cuerpo sexual, del cual es posible asumirlo, no como un cuerpo enfermo y mucho menos como una forma de la locura, y segundo, le manifiesta al orden médico, que lo psíquico obedece a un complejo de energía determinada que puede ser

transmitida, transformada y diferenciada en sistemas o instancias, y que la coexistencia de dichos sistemas no debe interpretarse en el sentido anatómico que le conferiría una teoría de las localizaciones cerebrales (Laplanche, 1996). Es por esto que intentar desplazar lo mental con respecto de lo psíquico será tan inadecuado como infructuoso para el sujeto que intenta

A partir de lo mencionado anteriormente y de lo que se planteó en el primer apartado, se puede señalar que la concepción de lo mental está permeada por el orden médico y por el poder científico, lo cual permite pensar que lo mental corresponde a una visión biologicista, en la que el cerebro es el cuerpo orgánico del malestar psicológico y la intervención sobre este objeto de estudio será el garante científico de la Psiquiatría. Esta cuestión logra introducir una interrogación interesante, ¿Puede la concepción de lo mental homologarse al concepto de lo psíquico?, es claro que son dos términos en esencia, totalmente diferentes y el considerarse sinónimos no es más que un avatar del entrecruzamiento discursivo del orden médico y el poder científico. Como ya se había mencionado, la psicopatología entra a jugar un papel fundamental en toda esta dispersión discursiva. En principio, habrá que subrayar que es la Psicopatología el fundamento esencial de la Psiquiatría Clínica, en tanto, rama de la medicina encargada del diagnóstico, investigación y tratamiento de las enfermedades mentales, es por ello que todos sus esfuerzos se han enfocado en determinar la naturaleza, las causas, síntomas y tratamiento de la enfermedad mental. (Rodríguez, 2013).

En este sentido, se hace necesario hacer un recorrido sucinto del desarrollo de la Psicopatología, a partir de la obra de Elba Domenech “Introducción a la Historia de la Psicopatología” publicada en 1991, el cual responderá al interés de rastrear de una manera básica

las condiciones de emergencia de dicho discurso y cómo fue permeada por varios discursos que en la época, se posicionaban dentro del orden económico, político y social.

Es necesario indicar que este recorrido histórico iniciará desde el siglo XVII hasta nuestros tiempos, resaltando, en un primer momento los aportes suscitados en el siglo XVII y en la época de la Ilustración, los cuales se ubican en el campo de la filosofía; en este sentido, es necesario señalar que es René Descartes quien a través de su “*Traité des passions de l’ame*”, logra establecer por un lado, la noción de que el espíritu puede conocerse mediante la introspección, y por otro, intenta localizar el alma en la glándula pineal, lo cual expone un dualismo al ligar un hecho material concreto con un concepto inmaterial espíritu.

Siguiendo a Domenech (1991), resulta pertinente señalar, que el pensamiento filosófico de Descartes, generó algunos movimientos encabezados por autores como Mueller, Baruch Spinoza y Gottfried Leibniz. Este último formuló la teoría “Armonía Preestablecida” a partir de la cual fundó el paralelismo psicofisiológico entre alma y cuerpo. Supone que los actos del alma se explican a partir de causas mentales, sin que estén relacionados en principio con los del cuerpo, no existiendo por tanto una relación de causa entre lo anímico y lo físico. A partir de lo anterior, se puede decir que las aportaciones que surgen en el campo de la filosofía, con respecto al estudio de los problemas psicológicos, se enfocan hacia dos direcciones: por un lado el análisis de las sensaciones y la percepción, y por el otro el abordaje del alma. Aquí es necesario indicar, que esta última ya no se estudia tanto en su esencia (como se hacía en el pasado) sino en sus relaciones con el organismo.

Por otro lado, se puede señalar como una de las contribuciones más importantes del siglo XVII para el conocimiento de la psicopatología, un estudio de carácter morfológico, situado en la obra de Thomas Willis “Cerebri anatome” que data del año 1664. Esta investigación se configura como una fijación definitiva del conocimiento de unas estructuras, que permiten concebir de una manera muy completa lo que es el cerebro, en una dimensión macroscópica.

Domenech plantea que ya en la época de la ilustración, la cual se sitúa en el siglo XVIII, se puede evidenciar un “progreso” muy importante en las concepciones sobre la enfermedad mental. Se destacan aun, tres enfoques teóricos principales, de un lado la filosofía, por otro la medicina, con un incremento notable del nivel del saber, y por último, los aspectos sociales, los cuales van tomando más acciones con respecto a la concepción de la enfermedad mental. A lo largo del siglo irán creciendo los conocimientos que permitirán la gestación de la gran revolución psiquiátrica del final de siglo, con la eclosión de la obra de Pinel, quien se esforzará en otorgarle al enfermo mental un trato más “humanizante”.

Por su parte, se hace necesario destacar el progreso de la Psicología dentro del marco histórico del siglo XVIII, el cual presenta una raíz ampliamente filosófica. En este sentido es posible señalar la influencia de dos grandes líneas de pensamiento: la filosofía francesa y la filosofía alemana.

Es importante señalar que según Domenech, en Francia se halla en este momento en la cima de su poder político, su cultura ocupa el primer lugar en Europa y su influencia es básica y decisiva. Es así como Julien Offray de la Mettrie expone con particular detenimiento el cerebro y

postula que todas las características de la vida psíquica se explican en función de las estructuras cerebrales, igualmente propuso un modelo del hombre- máquina, a partir del cual desarrolló al máximo las ideas de la medicina “iatrofísica” permeando de manera significativa el campo de la psiquiatría.

Por otra parte y haciendo énfasis en la filosofía alemana, la autora menciona que la obra de Emmanuel Kant constituyó un aporte interesante en el campo de la Psicología, ya que fue este filósofo quien preparó el terreno para la instauración de investigaciones psicológicas objetivas, otorgándole a la psicología el estatuto de ciencia descriptiva, que él mismo acometió dentro de una obra que, paradójicamente, se llama Antropología.

Por su parte, se destaca en la psicopatología moderna una influencia significativa del cómo establecía la medicina su saber en dicha época. Sin duda en la psicopatología de entonces, las orientaciones biológicas predominarán ya de modo definitivo sobre las estrictamente filosóficas (al igual que la psiquiatría de la época). En este punto, se hace necesario mencionar los aportes realizados por Michel Foucault (2004) en su obra “El nacimiento de la clínica” publicada en 1963, con respecto a la medicina. El autor menciona que el conocimiento producido por ésta, deja de basarse en las metáforas lingüísticas, que un momento sirvieron para nombrar la enfermedad, para ser ésta última, nombrada a partir de su ubicación corporal y de sus elementos históricos y evolutivos.

En este sentido se hace necesario destacar con relación al método anatomopatológico, el cual se imponía para esos tiempos, expuesto por Foucault (2004) que éste se centraba en el análisis de

la enfermedad de los tejidos, acción que solo podía materializarse a través del estudio detallado de cadáveres, es en este punto donde inicia a cambiar realmente el lenguaje del médico, es decir, la forma en la cual era nombrada la enfermedad, dejando de lado la “subjetividad médica” y estableciendo así nuevos “universales objetivos”. Es en este punto, en el que se hace visible aquello que era imperceptible en la humanidad del enfermo y por ende, irá a ser nombrado por el médico, para otorgarle así una existencia en tanto entidad orgánica, en tanto enfermedad del órgano. En este sentido Foucault plantea que, el médico debía iniciar antes que nada, con una clasificación concienzuda tanto de los tejidos como de las patologías que en ellos pudieran presentarse y para hacer esto posible la medicina decidió servirse del modelo de la clasificación de la botánica, que inspiró de cierta manera el surgimiento de un elemento imprescindible en el quehacer médico, el “ojo clínico”, cuya mirada locuaz era fundamental, pues ésta lograba reconocer las distintas patologías, su localización, sus características esenciales, su intensidad y su posible evolución para luego nombrarlas con gran precisión.

De acuerdo con el autor, es posible mencionar que la mirada médica alcanza una perfección que hace visible la realidad del objeto, a condición de mantenerse lejos de imprecisiones propias de los sentidos y la imaginación. Sin embargo, ante la mirada locuaz de los médicos de la época, surgieron entidades reacias a la clasificación y por ende a la asignación de un nombre que les garantizara su existencia; es así como la medicina de la época se ve frente a “un algo más” imposible de localizar en una geografía orgánica.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que el enfoque vitalista y localizacionista que fundamenta a la medicina, parece haber permeado la psicología contemporánea de una manera

inminente, ya que su quehacer clínico, pudiera decirse, está sustentado en la premisa “no hay enfermedad sin sede” puesto que hasta la patología psicológica debe ser susceptible de localización, se debe conocer el origen orgánico de la misma con el fin de intervenir eficazmente, garantizando al mismo tiempo la exclusión de la subjetividad y acallando el decir de aquel sujeto que sufre, acallando la palabra que pudiese nombrar el significante amo que rige su propio goce, su padecimiento.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se puede decir que, en épocas actuales se ha pasado del arte de curar a la ciencia de curar, la cual no es ajena al desarrollo de las Neurociencias, ya que estas han dedicado sus esfuerzos en localizar el sustrato biológico, tanto de la más simple función psíquica como de los procesos sociales a los que también consideran inmediatamente dependientes de aquellos que, en las neuronas, alcanzan altísima complejidad.

En este sentido, se puede señalar que la Psicología también ha considerado que “es menester colocarse y, de una vez por todas, mantenerse en el nivel de la espacialización y de la verbalización fundamentales de lo patológico, allá de donde surge y se recoge la mirada locuaz que el médico posa sobre el corazón venenoso de las cosas” (Foucault, 2004, p.5), ya que esto le garantizaría su estatuto de “ciencia”, al mismo tiempo que provoca la eliminación inminente del síntoma del sujeto, en tanto posibilidad que el sujeto tiene, para construir un saber relacionado con lo que, singularmente, le causa malestar.

No es casualidad entonces, que en la actualidad, los psiquiatras y psicólogos al servicio de estos, pasen a obedecer a los dictados de la medicina científica –reino de la biología molecular, la medicina biológica, e incluso, la informática-, obediencia en la que, a su manera, los

psicoterapeutas que se inscriben en las corrientes cognitivas también se enrolan. En este sentido, es posible evidenciar la anulación del sujeto en tanto el sujeto no es idéntico al individuo, como no es idéntico al hombre neuronal, ni al sujeto cognoscente que en efecto somos. El irreductible sujeto del psicoanálisis, ese que se configura como un desecho para la Ciencia, ese que desobedece a la norma y se concibe como “loco”, está más allá de todos los cálculos del orden científico.

Domenech (1991), señala con respecto a la psicología del siglo XIX, tres fases suscitadas en esta centuria; la primera en que existe todavía una gran influencia filosófica; la segunda es que predomina el interés por las cuestiones de la fisiología (psicología fisiológica) y una tercera fase es que ésta ya tiende a valorarse como una ciencia independiente. Esta fase viene marcada sobre todo por la obra de Wilhelm Wundt.

Por otra parte, la autora plantea que en el siglo XX, después de la crisis prolongada de la sociedad soviética y de la guerra, la psicología se revitalizó parcialmente. En 1947 se llega a un periodo de una nueva pavlovización, esto es la valoración máxima del reflejo como explicación teórica. Prosiguen los trabajos en el campo de la fisiología del sistema nervioso central, siguiendo la orientación de Pavlov. Así se investigan en particular los aspectos filogenéticos y las funciones subcorticales.

Ahora bien, en épocas actuales, la psicopatología es definida como “una ciencia, en tanto, conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico”

(Rodríguez, 2013). Sin embargo, esto no significa, que este mismo grupo de fenómenos, no puedan configurarse en objetos de estudio de otras ciencias como la Biología, Neurología, Psicofarmacología, entre otras. Este aspecto resulta importante para entender que detrás de concepciones como la de salud mental, por ejemplo, se configuran un sinnúmero de discursos provenientes de ciencias que persiguen intereses totalmente diferentes, pero que al unirse bajo el pretexto de generar conocimiento sobre un fenómeno específico, determinan prácticas dotadas de poder sobre los sujetos, que irán a conducir de cierta manera la vida de los individuos por un lado, y a mantener el orden médico-científico por el otro.

Con relación a lo anterior, se considera que la Psicopatología, debe ser entendida como un área de estudio de la salud mental surgida en un contexto particular, debido a ciertas necesidades, intereses y objetivos definidos de acuerdo al contexto social, político y económico en el cual esta se pensó (Moreira, 2005).

Pero ¿Qué es lo que se entiende por salud mental en nuestros tiempos?, según la Organización Mundial de la Salud (2013):

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Aquí es necesario resaltar que, al plantear lo que debe reconocerse como un “estado de bienestar” necesariamente implica establecer qué es lo patológico o lo anormal, definir qué es lo

que amenaza tan necesario equilibrio, con respecto a lo mental. En este sentido, se puede afirmar que “la salud implica un poder normativo que instala un determinado orden en el que está contemplado lo patológico” (Canguilhem, 1976, p. 108). El entender entonces, la locura como una enfermedad, necesariamente conlleva a pensar en la posibilidad de normalizarla, luego de clasificarla y ubicarla en el lugar que le corresponde dentro del cuerpo disciplinar de la Psiquiatría y de la Psicología.

Ahora bien, se hace necesario indagar la función que desarrolla la Psicopatología dentro de la Psicología. Siguiendo lo propuesto anteriormente, se puede señalar que si la Psicopatología, parte del conocimiento de los rasgos “característicos” de los individuos ofrecidos por la Ciencia Psicológica, es posible que logre indicar una comparación y una clasificación de las personas de acuerdo con unas necesidades y unos objetivos particulares, consiguiendo así una valoración, incluso de tipo moral, al relacionarlas con la “normalidad” estadística, con las características de la mayoría (Milion, 2005).

Esta valoración estadística de rasgos personales considerados patológicos suele ser la fundamentación atórica de herramientas como el DSM, que a su vez produce un modelo sindrómico que se desentiende por completo de la etiopatogenia y que se encarga de generar definiciones que parten de los hechos observables. De este marco se desprende como efecto la reducción clasificatoria de los DSM III, II (R) y IV, reducción en la que se puede reconocer el modelo esquiroliano. En efecto, mientras Kraepelin clasificaba una enfermedad no solo en el ámbito de lo observable sintomático en el momento de la evaluación, sino que atendía a la “diacronía” de la enfermedad: su inicio, su desarrollo, su fase terminal, y trataba de precisar su

etiopatogenia, Esquirol desconfiaba de las teorías en tanto para él lo etiológico y la patogenia eran inaccesibles, por lo que prefería limitarse a los hechos observables.

De este modo han llegado a clasificar el compromiso neuronal o bioquímico de las diferentes estructuras cerebrales, listas para la acción del psicofármaco, cuya capacidad de regular los sistemas neurotransmisores los convirtió en los agentes ideales de los cambios psíquicos. Una vez, establecido el desequilibrio neuroquímico que supone cada uno de los trastornos clasificados, la declaración del trastorno solo espera la prescripción del fármaco. La efectiva desaparición de los signos mórbidos bastará para confirmar la validez del diagnóstico. La confianza en el fármaco, insuflada por los laboratorios que obtienen del marketing clínico sus mejores éxitos comerciales y sus fabulosas ganancias, oculta la grave problemática que surge de su aplicación; los fracasos, los efectos indeseados, el retorno de los síntomas, la serie de las consecuencias para el sujeto.

1.3 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Dentro del campo de estudio de la psicología existen concepciones propias sobre los fundamentos que la soportan como ciencia, al grado de proclamarse como tal sin necesidad de una reflexión sobre su propia constitución, previa a toda aplicación psicoterapéutica. (Ramírez, 2010)

El epígrafe anterior, en el cual el autor hace alusión a la psicología cognitivo conductual, resulta muy útil para orientar este apartado y comprender de una mejor forma el recorrido que se realizará, no obstante, será este mismo el que dé cuenta de la importancia del epígrafe. En este

apartado se hará un breve recuento de los orígenes y fundamentos teóricos de la Terapia Cognitivo-Conductual, abordando aspectos de su definición, epistemología, características, entre otros que resultan útiles para comprender su proceso terapéutico en la actualidad. A través de los años, herramientas similares a las brindadas por la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), han sido usadas para solucionar problemas conductuales. Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A (2012) recopilan las técnicas y terapias más representativas de la Terapia Cognitivo Conductual en su texto “Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales”, destacando en este proceso el entramado conceptual de ésta, y su estado actual. Además, estos autores, recogen algunos antecedentes de procedimientos similares a los implementados en estas terapias, que se utilizaban siglos atrás, incluso antes del nacimiento del conductismo. Por ejemplo, mencionan que durante el primer siglo del surgimiento de Roma, Plinio el Viejo, buscaba curar a los que abusaban del alcohol colocándole en sus vasos, arañas muertas en descomposición, siendo esta en la actualidad una técnica conocida como condicionamiento aversivo. Así mismo los autores plantean que en el siglo XVIII, a el “niño salvaje de Avervron”, se le enseñó a hablar con técnicas conocidas actualmente como modelado, instigación, refuerzo positivo, entre otras. También en el siglo XIX, un médico francés utilizó técnicas similares a lo que se conoce como parada del pensamiento, para tratar los pensamientos obsesivos.

Cyril M. Franks, señala en el prólogo que realiza del segundo volumen, del “Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos” (Caballo, 1998), y el cual a través de los años se ha destacado por ser un texto muy importante para la psicología; que en los años cuarenta, en Estados Unidos y Reino Unido, existía solo una psicoterapia aceptada para el tratamiento de los trastornos funcionales, la psicoterapia dinámica, la cual se limitaba a la

práctica psiquiátrica, teniendo como únicas alternativas las intervenciones físicas como la terapia electroconvulsiva y las medicaciones con psicofármacos. El autor plantea que el poder médico regía la época, por lo cual únicamente los médicos con licencia podían realizar la psicoterapia existente, la terapia dinámica. No obstante, a pesar de que esta terapia no se debía cuestionar, Cyril, indica que un pequeño y reconocido grupo de psicólogos, entre los que se encontraban los conocidos Eysenck y Wolpe, que trabajaban en investigación y medición tradicional en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, buscaron una alternativa más reforzante, desafiando a sus compañeros médicos.

Cyril plantea que después de comprobaciones iniciales en este campo, se llega al condicionamiento de Pavlov y a la metodología de las ciencias naturales, encontrándose con resistencia tanto de psiquiatras como psicólogos, pues para ese entonces la Técnica conductual no era un desafío para la terapia psicodinámica, ya que si bien requería menos sesiones, al basarse exclusivamente en el condicionamiento, era simplista y se dirigía tan solo a pacientes limitados tanto verbal como culturalmente. No obstante, el autor plantea que esta situación cambia radicalmente con la publicación de Wolpe en 1958 de la psicoterapia de inhibición recíproca y la desensibilización sistemática o DS (Revisar anexo 4), con su respectivo procedimiento clínico y explicación neurológica, generando que la terapia Conductual comience a tener en cuenta las interacciones cognitivas.

La Terapia de Conducta (TC), surge a mediados de los años cincuenta del pasado siglo, como alternativa a las psicoterapias imperantes, especialmente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda conducta ya sea adaptada o desadaptada es aprendida y por ende con los

principios del aprendizaje se puede modificar, generando que los terapeutas pasen a indagar la conducta observable y el ambiente en el que se produce. (Ruiz, et col., 2012).

Los trabajos de los fisiólogos rusos de comienzos de siglo, que pasaron de la neurofisiología al campo de la psicología, contribuyeron al desarrollo del conductismo y la terapia de la conducta, pues estos fisiólogos aplicaron la metodología objetiva a las cuestiones psicológicas, generando interpretaciones mecanicistas de los procesos subjetivos y la conducta manifiesta. Un personaje en particular que tuvo gran influencia en el desarrollo de las posteriores teorías del aprendizaje del conductismo fue Sechenov (1829-1905), ya que a su criterio, los reflejos se desarrollaban por medio del aprendizaje, y eran un punto de unión entre la neurofisiología y la psicología. Para él la actividad psíquica estaba determinada por la estimulación ambiental y los mecanismos reflejos. Sechenov, se guió por la metodología de la fisiología para evitar la imprecisión que a su parecer tenía la psicología. (Ruiz, et al., 2012). La TC se posiciona sobre la metodología experimental de Pavlov (1849-1936) y su interés en los reflejos para comprender la actividad cerebral y la conducta. De acuerdo con Paul Stallard (2007), quien escribe el texto “Pensar bien-sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo- conductual para niños y Adolescentes”, Pavlov demostró que después de algunos apareamientos, respuestas como la salivación que se producían en forma natural, o como una emoción (ej:el miedo), podían ser condicionadas a estímulos específicos como el sonido de la campana o situaciones. Pavlov, aparte de hacer una de las primeras influencias con su gran aporte del condicionamiento clásico, tuvo varios aportes significativos, según lo menciona Kazdin en “Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta” (1991), como la importancia de la objetividad de la investigación, la demostración de la gran importancia que tiene el aprendizaje

en la conducta animal y el haber logrado generar un modelo metodológico y un modelo de investigación de la conducta humana.

Las aportaciones sobre el aprendizaje del siglo XX, sirven de bases para la estructura de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). De acuerdo con Ruiz, y sus colaboradores (2012), los fundamentos teóricos del campo conductual que se convirtieron en la base para el posterior desarrollo de la TCC son: la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico; el conexionismo de Thorndike, en el que a través de sus experimentos con animales (ratas, gatos, pollos, etc) demostró que el aprendizaje es el proceso de adquirir nuevas conexiones, y que es posibles modificar conexiones inadecuadas y eliminar las inútiles; el conductismo de Watson; los desarrollos de los neoconductistas como Hull, Gutrie, Mowrer y Tolman; y el análisis experimental de la conducta planteado por Skinner, quien subraya el papel de las influencias ambientales en la conducta.

Frente a este último (B.F Skinner), se hace necesario destacar su trabajo, ya que este resulta esencial para el desarrollo y formalización de las ciencias del comportamiento. En la introducción que realiza B.F Skinner (1985) en 1976 de su novela *Walden Dos*, escrita años atrás (1945), el autor plantea que a través de ésta, decidió narrar la forma en la que él concebía que un grupo de unas mil personas, podrían resolver los problemas que se le planteaban en su vida diaria, recibiendo ayuda de algunas técnicas de la conducta. El autor menciona que su libro comienza a ser valorado aproximadamente doce años después de su primera publicación de 1948, ya que la “ingeniería de la conducta” que menciona en su texto, deja de ser ciencia ficción, pues durante los años cincuenta y sesenta comienza a realizarse un acercamiento a la aplicación

de un análisis experimental de la conducta, a los problemas prácticos, como se planteaban su texto, ya que “la tecnología de la conducta había dejado de ser una quimera de la imaginación” (Skinner, 1985, p.6).

A su vez, este libro resulta muy importante, pues permite notar un entrecruzamiento discursivo entre la ciencia, la política, y la economía, y aspectos que hoy en día se encuentran dentro de la Salud mental, con las respectivas prácticas disciplinares que se implementan para mantener el orden público; ya que el autor parte de mencionar que el aumento de los lectores de su libro, se relacionaba con los problemas a nivel mundial como el agotamiento de recursos, contaminación, superpoblación, posibilidad de un holocausto nuclear, entre otros, que se vivenciaban en la época y que precisamente con un cambio de conducta humana podrían mejorar, ya que se podría fomentar el uso de métodos anticonceptivos más seguros, al igual que el consumo de cereales en vez de carne.

En su texto, Skinner plantea que en una comunidad pequeña, los problemas más importantes de la vida diaria, así como aspectos que se relacionan con la economía y el gobierno, logran resolverse, adaptando a las personas a unas “nuevas formas de vida menos devoradoras y por tanto menos contaminadoras” (Ibíd, p.9), a través de las contingencias; pues el análisis experimental de la conducta demuestra que lo importante es la relación contingente entre los bienes y la conducta, y por tanto, aspectos como los gastos innecesarios incitados por contingencias de reforzamiento, se pueden corregir (Skinner, 1985). Debido a esto es que “una comunidad como Walden Dos es salud, educación, bienestar social” (Ibíd, p.12), ya que no se requiere ni un nuevo líder político ni un nuevo gobierno, sino que lo que se necesita es aumentar

el conocimiento de la conducta humana, y nuevas formas en que se pueda aplicar esto al proceso de planificación de prácticas culturales (Skinner, 1985). Es decir, como lo indica Mario Páez (2013), Skinner, fue el psicólogo norteamericano que gestionó la ingeniería comportamental o ciencia comportamental, la cual le permitió desarrollar formulaciones técnicas dirigidas a un planteamiento, sustentación y aplicación que favoreciera un orden social, centrado en la importancia de regular el comportamiento de los organismos humanos.

Ahora, con el fin de tener más claro el recorrido histórico de la Terapia Conductual y poder abordar a nivel general las generaciones que la han conformado, resulta pertinente mencionar que Ruiz, y sus colaboradores (2012), plantean que la evolución de la TC se puede entender en sus tres generaciones. La primera, que abarca los procedimientos terapéuticos derivados de los principios del condicionamiento clásico y operante. La segunda, en la que se tornan importantes las variables cognitivas en los modelos de comportamiento y se realizan acercamientos terapéuticos que las convierten en el foco de intervención. La tercera, referente al momento de desarrollo de la TCC, con sus perspectivas terapéuticas tanto constructivistas (apartadas del paradigma mecanicista y asociacionista que fundamentan las primeras terapias cognitivas e influenciadas por las teorías del aprendizaje constructivista) como contextuales (la aplicación de los nuevos desarrollos del análisis conductual).

Alrededor de 1970, se desarrolla la segunda generación que trae consigo una heterogeneidad en la Terapia Conductual, que ya se había iniciado en la primera generación. Se genera una transformación de la TC por la necesidad de ampliar los factores incluidos en el modelo de la conducta y abrirse hacia los aspectos cognitivos y sociales, que permitiesen superar las

deficiencias y limitaciones contenidas en las teorías del aprendizaje para explicar el comportamiento humano, es decir, se comienzan a tener en cuenta otros campos (Ruiz, et al., 2012). De acuerdo con el libro de Wolpert (1992) titulado “The unnatural nature of science”, en esta época resulta de gran importancia el desarrollo de procedimientos de intervención que fuesen efectivos, por lo cual se genera un distanciamiento entre la ciencia y el hacer clínico. Se distancian los clínicos de la investigación básica que se realizaba sobre el aprendizaje, generando la ausencia de progreso en las bases teóricas de la TC que se mantiene actualmente (Ruiz, et al., 2012).

Rodríguez B, y Vetere, G. (2011), destacan en el “Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad” que Gilbert y Robertson (2010), en sus respectivas investigaciones, mencionan que las bases filosóficas de la terapia cognitiva se pueden rastrear en los orígenes de la filosofía occidental y oriental. A manera de ejemplo, Rodríguez y Vetere resaltan dos frases que se relacionan ampliamente con la conceptualización que la TCC tiene de los fenómenos mentales: “Somos lo que pensamos. Todo lo que somos surge con nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos creamos el mundo” (Siddartha Gautama) y “El hombre no es movido por las cosas, sino por la visión que tiene de ellas” (El enchiridión de Epiceto). Así mismo, Meichenbaum (1995), resalta que existen tres metáforas básicas que tratan de describir las cogniciones de los pacientes y el proceso terapéutico que han adoptado las terapias cognitivas: la metáfora del condicionamiento, la metáfora del procesamiento de la información y la metáfora narrativa. Teniendo como rasgo común entre los modelos, el considerar la cognición como elemento determinante de la conducta.

Con el fin de entender de una mejor forma, el nacimiento del enfoque cognitivo, resulta pertinente mencionar que Milagros Sáiz, Dolors Sáiz, Maria Pedraja, Agustín Romero y Javier Marín (2009) plantean en su texto “La psicología en la segunda mitad del siglo XX” que la psicología cognitiva surge en los años cincuenta, en una década con un gran intercambio de ideas entre psicólogos, ingenieros, informáticos, lingüistas, filósofos y otros personajes, que realizaban reuniones científicas centrándose en problemas del conocimiento, información y comunicación. Así mismo, estos autores resaltan que paralelamente, el conductismo experimentaba una fase de crisis “resultados anómalos en las investigaciones, críticas, debates internos sobre temas de fondo” (Ibíd, pag.23), facilitando el surgimiento de una nueva orientación. No obstante, siguiendo a Sáiz y sus colaboradores (2009), si bien la psicología cognitiva surge en los años cincuenta, será hasta los setenta donde se consolidará, y es debido a esto, que resulta importante destacar que esta psicología nació paralelamente en dos ámbitos geográficos distintos: en Inglaterra, en donde las investigaciones aplicadas a los factores humanos, permitió el surgimiento de modelos de procesamiento de información; y en Estados Unidos, específicamente por las grandes contribuciones que se dieron en 1956, aun cuando predominaba el conductismo.

Siguiendo a Sáiz y sus colaboradores, entre los acontecimientos relevantes que se dieron en este año, se pueden encontrar reuniones científicas como La Conferencia celebrada en verano en el Dartmouth College (New Hampshire), la cual se considera el nacimiento de la Inteligencia artificial, y el simposio posterior a esta que se dio en el Massachusetts Institute of Technology (MIT), que es considerado el momento en el que se funda la psicología cognitiva, y en el cual se destacan contribuciones como: el desarrollo de un programa de ordenador, el “Teórico Lógico” de Newell (físico) y Simon (economista y psicólogo), el cual era una simulación del

razonamiento humano en la demostración de teoremas matemáticos; la propuesta de una gramática transformacional de Chomsky, que requería que el humano pudiese operar con representaciones simbólicas, teniendo en cuenta ciertas reglas, que permitieran convertir la idea que quería expresar en una determinada frase gramatical; y el señalamiento planteado por George A. Miller (psicólogo), de la capacidad limitada del ser humano, para procesar información (Íbíd, 2009).

De acuerdo con Lopera (2006), la psicología cognitiva norteamericana, tiene entre sus antecedentes, las investigaciones relacionadas con la inteligencia artificial y la creación del ordenador, con el fin de poder simular o superar la inteligencia humana. Si bien el autor señala que este enfoque al buscar reintroducir el concepto de psiquismo, bajo el término “mente”, se aleja del conductismo radical y su estudio riguroso naturalista de la conducta humana; también indica que se puede decir que esta perspectiva es una continuación del conductismo, ya que no solo acoge el esquema estímulo-respuesta, agregándole los procesos cognitivos, sino que “busca una aproximación que pueda tener la precisión matemática y el control predictivo como antaño pretendía el conductismo.” (Lopera, 2006, p.83).

Según Lopera, el estudio del programa computacional, del modelo computacional, con el que el enfoque cognitivo pretendía explicar los diferentes procesos psicológicos, a través del lenguaje de la informática, dándole precisión a la descripción conductual, se realizaba “con el propósito de predecir y controlar los actos humanos” (Íbíd. p.84). Es decir, aunque el conductismo tuvo un decline, sus propuestas metodológicas, con la experimentación que se realizaba en el laboratorio y las propuestas positivistas, fueron asumidas por los psicólogos cognitivos estadounidenses como propias (Villar, 2003).

Frente a esto es importante mencionar que tanto la Terapia Conductual, como la Terapia Cognitiva, han presentado críticas a lo largo de los años. La primera por la ausencia de una teoría unificada de aprendizaje, diversas controversias sobre el papel de las variables cognitivas, su naturaleza, un pragmatismo clínico apartado del debate teórico, así como los diversos cuestionamiento que surgieron en relación a la analogía del aprendizaje animales y humanos, por el gran aspecto reduccionista que este planteaba, siendo esta una de las causas del surgimiento de la orientación cognitiva en su inicio (Ruiz, et al., 2012). La segunda, la Terapia Cognitiva, siguiendo a Ruiz, y sus colaboradores, ha presentado objeciones debido a la falta de un marco teórico unificador, de una definición y precisión utilizados desde su enfoque, la falta de datos sobre la existencia de cambios a nivel cognitivos (en estructuras, procesos y contenidos) después de las terapias, como también, algunas dificultades metodológicas asociadas a la evaluación de las cogniciones y de los cambios producidos a través de los procedimientos cognitivos. No obstante, estas terapias le dan un gran impulso a la TC en los años 70.

Teniendo en cuenta este recorrido, y algunas de las críticas que estas terapias han recibido, se puede comprender con mayor facilidad, la TCC. De acuerdo con el importante libro de Vicente Caballo (1997), el primer tomo del “Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos” el cuál se ha destacado por ser muy representativo para los psicólogos, y por sus valiosos planteamientos, con vigencia actual, la terapia conductual siempre ha utilizado estrategias cognitivas en sus tratamientos; no obstante, el hacer uso del término “cognitivo-conductual”, lo hace más visible. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) surge en los años sesenta y setenta, como una añoranza de conjugar la eficiencia que tenían las técnicas y

procedimiento de la TC con los recursos que brindaban las terapias cognitivas (Stallard, 2007). Con respecto a esto, favoreciendo un mayor entendimiento de la unión entre lo cognitivo y lo conductual, es necesario comprender que de acuerdo con Bobadilla Ramírez (2011), la cumbre del conductismo se da con Skinner, durante la década de los cincuenta y sesenta, no obstante, a partir de 1970, comienza su declive, ante la dificultad de aplicar las técnicas que este modelo planteaba, a los humanos. Siguiendo al autor, en el afán de lograr conseguir versiones que se pudiesen aplicar a la realidad humana, el conductismo comienza a diluirse al necesitar acoger factores internos en sus técnicas, generando así un tránsito a lo que se conoce como cognitivo-conductual; aspecto que genera que la psicología recupere su sitio en el espacio científico de los Estados Unidos (Ramírez, 2011).

Ahora, siguiendo el “Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud”, realizado por Hernández y Sánchez (2007), resulta importante entender que la TCC al tener en cuenta procedimientos conductuales, pretenden modificar la conducta con intervenciones directas, y al utilizar procedimientos cognitivos, intenta modificar esa conducta y las emociones respectivas, modificando la evaluación y las pensamientos automáticos, ya que se considera que es un aprendizaje previo el que está generando consecuencias desadaptativas. La TCC, es considerada una de las formas de psicoterapia más difundidas en la actualidad (Caballo, 1997), contando con gran evidencia empírica (Caballo, 1997; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Hernández, Sánchez, 2007, Cano, s.f) y experimental sobre su eficacia y efectividad en diversos problemas y trastornos psicológicos (Ruiz, A. et al, 2012), teniendo un gran crecimiento como sistema terapéutico en la psicología, en la psiquiatría, así como en otras áreas de la salud, (Hernández, Sánchez, 2007), ya que cuenta con aplicación clínica a una gran cantidad de

problemas médicos (Caballo, 1997), utilizándose en ocasiones en asociación a los tratamientos farmacológicos de diversos trastornos (Ibáñez, Manzanera, 2012).

De acuerdo a Kaplen y sus colaboradores (1995), citado por Stallard (2007), las intervenciones de la TCC tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas que son desadaptativas, a través de la modificación de los procesos cognitivos. Ya que siguiendo a Stallard, la TCC se basa en la relación que existe entre las cogniciones (pensamientos), los afectos (sentimientos) y las conductas (forma de actuar), por lo cual se busca desarrollar habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas, interesándose en comprender la forma en que se interpretan las experiencias, para así poder modificar las distorsiones o déficits que se generan durante el procesamiento cognitivo, pues la TCC considera que la psicopatología es el resultado de determinadas anormalidades que ocurren en este procesamiento, y están asociadas con los mencionados déficits cognitivos.

Intentar definir la TCC, ha resultado muy complejo a lo largo de los años, pues es difícil identificar un enfoque unitario (Kazdin, 1991), por lo cual algunos autores (Ruiz, et al, 2012), consideran que puede ser más adecuado definirla a través de las características que comparten las intervenciones que se realizan desde esta, como se mostrará a continuación.

Los tratamientos cognitivo conductuales, abordan los problemas actuales, se centran en el presente (Stallard, 2007), no obstante, tienen en cuenta algunos antecedentes que puedan estar influenciando la situación actual (Ruiz, et al, 2012). En este proceso el papel del terapeuta consiste en alentar al paciente a lograr una mayor comprensión de sus problemas y descubrir formas alternativas de pensar y actuar, en un plazo limitado de sesiones que no suele prolongarse

a más de 16 sesiones, aunque generalmente se requieren menos sesiones (Stallard, 2007). La TCC trabaja con respuestas físicas, emocionales cognitivas y conductuales desadaptadas, que han sido aprendidas y que se han incorporado como hábitos en la vida del individuo, y de las cuales sí se puede ejercer control (Ruiz, et al, 2012). Así mismo, las intervenciones se fundamentan en que los afectos y la conducta están determinados en su mayor parte por las cogniciones, por ende hay un gran interés en cuestionar las distorsiones que puedan existir (Stallard, 2007), ya que cogniciones, emociones y conductas están interrelacionados y se afectan mutuamente (Hernández, Sánchez, 2007; Bas, 1992). Finalmente, como última característica a destacar, se encuentra que la TCC constituye un modelo estructurado y objetivo que orienta al paciente durante el proceso de evaluación, cuyos objetivos y metas de intervención se van revisando permanentemente. Además se enfatiza la cuantificación y utilización de escalas (ejemplo: medir la frecuencia de conductas inapropiadas) (Ruiz, et al, 2012; Stallard, 2007), pues la TCC posee un carácter auto-evaluador durante el proceso, con continua referencia a la metodología experimental y la validación empírica de los tratamientos, ya que se ha adoptado el conductismo metodológico como eje de la TCC (Ruiz, et al, 2012).

Al estar la práctica clínica de la TCC guiada por el empirismo, y la redemonstración de la eficacia y efectividad de sus intervenciones, el diseño de protocolos para intervenir y la evaluación de sus resultados, han pasado a ser el eje central de su práctica e investigación, apartándose de la fundamentación conceptual y de la discusión epistemológica (Ruiz, et al, 2012). En "La Psicología: Mito Científico", un libro que pone en tela de juicio la anhelada "neutralidad" y "cientificidad" de la psicología, Delule (1972) menciona que las críticas que se han realizado a la psicología, han sido primordialmente a la psicología experimental.

Ramírez (2010), indica que para Deleule la psicología se ha “enfrascado” en la apropiación de métodos y técnicas teniendo ideales de ciencia, pero, sin darle claridad a su objeto de estudio, aspecto que se encuentra con el paradigma positivista, que se caracteriza por ubicar una construcción teórica en la que se conceptualiza lo empírico como lo primordial. Paradigma, en el que lo importante es la objetividad y el conocimiento a través del método científico, que se apoya en la posición epistemológica que define la objetividad por la capacidad que debe tener el método para descubrir la realidad en base a teorías, como la terapia conductual que encuentra su base empírica al operacionalizar términos que permiten demostrar su validez, reduciendo la amplitud y discusión del origen de un término a su aplicación y medición, generando una acumulación de datos de investigación, en la cual lo empírico sobrepasa la formación de un saber en el cual su aplicación está determinada por la predicción (Ramírez, 2010). Según el autor, al agregar al esquema conductual, la psicología cognitiva, es decir al generarse la TCC, se aumenta el concepto de comportamiento a tres componentes: cognitivo, afectivo y motor; no obstante, cada una de sus intervenciones está mediada por un esquema del método científico, lo que indica que “en cada paciente se buscará demostrar una efectividad general, lo que hace pensar que cada persona debe ser pasada en sus resultados por un esquema de validez y eficacia que trasvasa su singularidad.” (Ramírez, 2010).

Frente a esto, el autor plantea que se generan efectos en la clínica como la separación entre sujeto y objeto, aspecto que supone y reproduce que el experimentador es el sujeto del conocimiento, el que sabe; y que por ende el objeto de conocimiento es el sujeto que se presta para el estudio, teniendo así el clínico un saber sobre el otro, como el saber del médico. Por ende,

siguiendo al autor el accionar del paciente requiere de una permanente consulta con el especialista, ya que es este quien tiene la posición de saber. Aspecto que se asemeja a la situación planteada en el capítulo anterior (“Recorrido histórico de la noción de locura”), en la que el psiquiatra imponía un poder sobre el loco.

Finalizando, la TCC consta de un proceso de autodescubrimiento y experimentación guiado convenientemente (Stallard, 2007), que busca obtener los objetivos clínicos convenidos (Bas, 1992) y aboga por un modelo de aprendizaje, con el que se pretende adquirir nuevas habilidades, formas alternativas de pensar y actuar. Es decir, al estar basada la TCC en el principio del aprendizaje, en el que un aprendizaje anterior ha generado una determinada conducta desadaptativa para el momento o el contexto, se le enseña al paciente a reaprender nuevas formas en que pueda responder ante las diferentes situaciones, disminuir el malestar o la conducta no deseada, orientándolo así en la adquisición de conductas adaptativas (Hernández, Sánchez, 2007) que se mantienen a través de un reforzamiento cognitivo emocional y conductual (Lega, Caballo y Ellis, 1997). Además que en general la naturaleza de la TCC es educativa, y en los procedimientos se cuenta en su mayoría con módulos educativos (Ruiz, et al, 2007).

El recorrido realizado durante este apartado y estos últimos aspectos mencionados, no solo permiten tener mayor claridad del recorrido histórico que dio lugar a la TCC y observar a través de éste las dificultades que contienen éstas al haber partido de terapias que traían consigo problemas de unidad en sus teorías, generando unos efectos en su proceder clínico, sino también permiten retomar nuevamente el capítulo realizado anteriormente, ya que así como a el loco se encerraba, para aislarlo y corregirlo hasta que su “reeducación” lo llevase a “reingresar” a la

sociedad, a la “cura”, a la “normalización” y la adaptación. A través de la TCC, la cual ha dejado a un lado la importancia del debate epistemológico, justificándose por medio del empirismo, al adoptar el modelo médico, al arraigarse al método científico, y partir de la neurología y la fisiología como se planteó a través del recorrido, se busca que el paciente nuevamente pueda adaptarse a la sociedad, al sistema, adquiriendo para esto patrones de pensamientos y comportamientos más adaptativos y apropiados, haciendo uso de diversas técnicas tanto conductuales como cognitivas, que al igual que sucedía con la locura, contienen el afán de “normalizar”, de controlar el pensamiento y la expresión. En el siguiente apartado, se expondrá a manera de ejemplo, a través de una de las técnicas de la TCC, estos aspectos, con el fin de poder destacar de una mejor forma lo mencionado.

1.4 Revisión de la técnica: Reestructuración Cognitiva.

En épocas actuales es posible evidenciar un afán imponente, en el campo tanto práctico como teórico de la psicología, por generar modelos “terapéuticos” eficaces para el tratamiento de ciertas patologías. Dichos modelos, lejos de configurarse como herramientas en pro de una clínica de la escucha, en la que la singularidad y el síntoma del sujeto “enfermo” son considerados como posibilidades para construir un saber acerca de su propio padecimiento; parecen orientarse hacia el mantenimiento de una clínica de la mirada, hacia una clínica que basa sus intervenciones en lo observable, en lo que puede comprobarse empíricamente, en lo que puede equipararse únicamente a la conducta humana. Sin duda, los modelos terapéuticos empleados por la psicología, especialmente los de la TCC, específicamente la “Reestructuración Cognitiva”, conforman un cuerpo discursivo que se encarga de disciplinar el pensamiento y el actuar del sujeto contemporáneo, por un lado, en pro de una funcionalidad y un equilibrio que

asegure el sostenimiento de un orden económico cada día más esclavizante, y por el otro, la exclusión del sujeto mismo, en tanto ser constituido por el sufrimiento y por el lenguaje, a través de la homogenización del padecimiento humano y de las formas de abordarlo. Con el fin de ilustrar lo planteado anteriormente se hace necesario analizar los principios en los que la técnica de la “Reestructuración Cognitiva” basa su práctica y las implicaciones que tiene dicho abordaje en la intervención clínica.

Se puede decir entonces, que esta orientación disciplinar que ha adoptado la psicología desde sus inicios, está muy relacionada con una de las funciones que desde siempre ha desempeñado, *diagnosticar*. En un intento por producir discursos útiles para abordar lo normal y lo patológico, las técnicas “terapéuticas” que la psicología ha diseñado, se han apoyado en la utilización de un mecanismo discursivo poderoso como es el DSM, ahora en su V versión, que pretende describir y explicar la enfermedad mental a partir de criterios estadísticos que logran generalizar la experiencia humana; el cual mantiene la lógica de “producir” los trastornos que deberán nombrar a todos y cada uno de los individuos existentes; adoptando sistemas de vigilancia y panópticos que permitan mirar, observar y controlar constantemente el cuerpo, comportamiento, mente y pensamiento del ser humano. ¿Pero qué efectos puede tener tan útil manual en la forma actual de hacer clínica?, los efectos se sitúan en dos vías, por un lado, la evidente anulación del sujeto, en tanto se privilegia la enfermedad o la patología; es decir, en tanto se escucha la enfermedad y no la forma singular en la que el sujeto la padece y la nombra, y por el otro se orientan con relación a los beneficios económicos que reportan las farmacéuticas al evidenciar un aumento significativo en el consumo de fármacos para el tratamiento de trastornos como el

TDAH, la depresión, esquizoafectivos entre otros; puesto que el siglo XXI es el siglo de “niños y mujeres útiles”, es el siglo de hombres “productivos y felices”.

Sin duda, cada día son más numerosos los intentos por unificar la diversidad de psicoterapias, basados en la repetida observación de la existencia de elementos comunes en todas ellas, y en la heurísticamente razonable tendencia a combinar técnicas efectivas de distintas procedencias, es por ello que en la actualidad hablar de la psicoterapia cognitivo-conductual resulta un gran “avance” para la psicología contemporánea (Gonzales de Rivera y Rodríguez, 1998).

Ahora bien, la psicoterapia Cognitivo-Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso del cambio conductual. Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes del aprendizaje. En algunos casos, estas cogniciones son consideradas como respuestas a reforzar, mientras que en otros se consideran determinantes causales de reacciones autonómicas y comportamentales (“Técnica de la Reestructuración Cognitiva”, s.f).

De acuerdo con el texto “Técnica de la Reestructuración Cognitiva” (s.f), los principios esenciales del modelo-cognitivo conductual pueden resumirse en los siguientes: Los principios esenciales del modelo cognitivo-conductual pueden resumirse en los siguientes:

1. Las cogniciones son productos de carácter verbal, y la sistematización del cambio

Cognitivo-conductual requiere la reformulación semántica de los contenidos cognoscitivos, por lo tanto dichos contenidos deben hacer parte del plano de la realidad consciente.

2. La conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explicitadas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de cierto comportamiento, es por ello que se requiere atender las verbalizaciones de los estados internos.

Ahora, dentro de este enfoque terapéutico se encuentra la reestructuración cognitiva, la cual se posiciona como una técnica psicológica, cuyo objetivo es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre las demás personas. La utilización frecuente de dicha técnica se sustenta en el axioma “Lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta”, y es por esto que su finalidad es asegurar el control de pensamientos que pueden interferir negativamente en la vida de una persona (“Técnica de la Reestructuración Cognitiva”, s.f). Dicho modelo se presenta como una alternativa eficaz para contrarrestar los diversos trastornos de la personalidad, es por ello que Aaron Beck (1990), uno de los grandes exponentes de dicha corriente, propone que las conductas y emociones surgen del procesamiento o interpretación de los acontecimientos realizada por una persona en base a sus esquemas cognitivos, creencias, supuestos nucleares, etc.

Ahora bien, a modo de ilustración del modelo terapéutico descrito, se ha elegido presentar el trastorno histriónico de la personalidad el cual se caracterizan por pautas de conductas

estereotipadas, rígidas e inadaptadas que se basan en formas de esquemas cognitivos, estereotipados y evidentemente disfuncionales. En consecuencia resulta fundamental en los pacientes con estos trastornos la modificación de sus cogniciones disfuncionales y de sus estrategias conductuales disfuncionales.

En primer lugar, como el diagnóstico es fundamental para proponer el tipo de intervención a realizar con el paciente y las técnicas terapéuticas a emplear, se deben tener muy claros los criterios diagnósticos propuestos por el DSM para identificar dicho trastorno.

En segundo lugar, siguiendo a Obst (2004), se deben identificar los aspectos cognitivos del cliente. Generalmente este trastorno se caracteriza por: distorsiones cognitivas (pensamiento dicotómico, razonamiento emotivo y generalización); creencias nucleares (“soy incapaz de cuidarme a mí mismo”, “las otras personas son indispensables para mi supervivencia”); las demandas que los clientes pueden presentar (“necesito agradar a todos”; y la estrategia conductual que presentan (seducir, deslumbrar, impresionar).

En tercer lugar, el autor expone unas estrategias dirigidas al terapeuta con el fin de garantizar una intervención efectiva y una modificación comportamental significativa, a saber: el terapeuta deberá centrarse en enseñarle al cliente a pensar, deberá enseñarle a usar el registro de pensamientos disfuncionales, a identificar, a expresar puntualmente, a discutir y a controlar sus pensamientos. El autor señala que , una forma de facilitar el proceso es usar recursos como la dramatización verbal de sus pensamientos y su discusión; igualmente puede hacer experimentos conductuales breves para explorar cambios conductuales y ensayar nuevas conductas

adaptativas. Así mismo el autor, a modo de sugerencia para el psicoterapeuta recomienda que en la intervención terapéutica es necesario des-catastrofizar el “rechazo”, es decir, debe ayudar a su cliente a manejar funcionalmente o adaptativamente sus emociones. El terapeuta no debe confiar en las intervenciones verbales de su cliente y no debe dar por sentado que el cliente vive en un entorno razonable.

Frente a lo anterior se puede evidenciar un afán por estandarizar y homogenizar, por un lado, las características singulares de la personalidad y los modos en que éstas se manifiestan en la realidad, y por el otro, el proceder del terapeuta, quien debe ceñirse a un sinnúmero de recomendaciones que le “asegurarán” una intervención eficaz y un ejercicio objetivo sobre le “enfermedad”, que al mismo tiempo, excluye de forma incuestionable toda manifestación subjetiva, pues en dichas intervenciones no se tiene en cuenta que el malestar psíquico no corresponde en primera instancia con su manifestación sintomática singular, desconociendo al mismo tiempo, que dichos síntomas están determinados en cierta medida, por la estructura psíquica en la que se apoyan, y esta estructura es de carácter relacional, existencial, debido a que se construye de manera singular a partir del encuentro del sujeto con lo real, de la relación con el Otro y con la ley, a partir de su vivencian del ser en el mundo, que deja en él huellas psíquicas constitucionales susceptibles de elaboración y construcción. Igualmente, surge el cuestionamiento acerca de la posición del sujeto frente a la construcción de su propia verdad con relación a sus “SOY”, “NECESITO”, “ESTOY”, “SON”; qué posibilidades tiene el individuo, asistido desde dicho modelo, de responsabilizarse de su padecimiento, cómo es que estas técnicas logran homologar los pensamientos con las conductas pretendiendo una “reestructuración” de sus modos singulares de sufrir; cómo es que el terapeuta debe desconfiar

de toda intervención verbal por parte de su cliente porque el discurso del sujeto puede resultar una amenaza para la técnica misma y cómo es que se pretenden un cambio conductual sin otorgarle un espacio al sujeto del lenguaje para que a partir de éste y solo de éste logre construir un saber y un sentido frente a sus pensamientos sintomáticos. No cabe duda de que el interés por estandarizar las manifestaciones sintomáticas de los seres humanos ha producido un sinnúmero de prácticas deshumanizantes, que privilegian el espacio para una objetividad violenta y anulan sin reparo algo lo esencial del ser humano: su singularidad.

A manera de conclusión, se ha realizado un recorrido de la psicopatología al DSM, abordando previamente conceptos que permiten entender con mayor claridad los cambios generados, y destacando a su vez un recorrido por las TCC, teniendo en cuenta sus repercusiones clínicas en la actualidad. A través de este capítulo se ha podido identificar cómo resulta reduccionista entender la enfermedad mental como enfermedad orgánica, siendo esto un efecto de entrecruzamiento de discursos, entre estos, de la influencia de la medicina clásica. Al pretender dominar lo psíquico, al igual que se pretendía dominar la locura, se genera un reduccionismo, enmascarado en objetividad. Es decir, al desplazar lo psíquico a lo orgánico, al adoptar la medicina orgánica y la fisiología que la sustentaba, a lo mental, se alimenta el afán del localizacionismo que le arrebató al sujeto la posibilidad de tomar una posición frente a su síntoma, su enfermedad (que no solo le quita algo sino también le da), y su angustia misma. Ya que como se ha mencionado, las enfermedades mentales, no son una cuestión de localizar un órgano y tratarlo, son de toda la personalidad.

Así mismo, en el transcurso de este capítulo se ha descrito cómo este afán de “ciencia”, de instaurar una “fisiopatología psicológica” ha afectado también la psicopatología, la cual pasó de

contar con un cuerpo teórico-explicativo acerca del fenómeno de la enfermedad mental, a relegar su epistemología al análisis descriptivo, en el cual la estadística se toma como hecho, y el DSM surge como un efecto de dicho desplazamiento, teniendo que abarcar cada vez más diagnósticos en sus manuales, porque al igual que en la locura, formas cotidianas que se encuentran entre la sociedad, pasan a ser categorizadas, de acuerdo a los intereses de la época, y en esta época, el poder farmacéutico ejerce un gran control.

Estos aspectos claramente han permeado en las TCC, que desde sus orígenes con la TC, al arraigarse a la fisiología y la neurología, han enmascarado su poder en la pretensión de objetividad y neutralidad. Es decir, al caer en la adopción del modelo médico en sus prácticas, han dejado a un lado la importancia de la epistemología y la reflexión por su teoría, y se han centrado en el empirismo y en arrojar datos que demuestren la eficacia de sus técnicas; técnicas que son definidas por el diagnóstico, y que contienen las prácticas disciplinares científicas avaladas en la actualidad, para “normalizar”, y reingresar a los individuos a la sociedad. Prácticas que contienen dispositivos que disciplinan el pensamiento, a través de la adquisición de patrones de pensamiento y comportamiento más adaptativos y apropiados para la sociedad, haciendo uso para esto tanto de técnicas cognitivas como conductuales.

A su vez, a través de este capítulo se ha indicado cómo las ciencias del comportamiento se formalizan científicamente en el siglo XX con Skinner, pero se encuentran al servicio de una política, y contienen una función disciplinar, con el fin de favorecer el orden público, lo cual se evidencia en las TCC en general. Pues así como el internamiento apareció como un poder para someter al loco a un orden, a una disciplina, a un régimen y a una exclusión, en el cual el

psiquiatra ejercía un poder sobre el loco; las TCC aparecen para tomar este lugar, con la máscara de la “ciencia”, para ayudar a sostener el sistema, para controlar el pensamiento y la conducta, para excluir con sus técnicas que pretenden homogenizar al sujeto, y cambiarlo por su malestar, por un diagnóstico. Impidiéndole al sujeto que tome una posición frente a este. Este punto es clave para comprender el sentido de este capítulo, pues la cuestión no es crear una polémica sobre las TCC. El punto es generar un espacio de reflexión y consciencia de lo que está sucediendo en estas prácticas clínicas donde en realidad no existe un sujeto, sino un objeto que depende de las indicaciones del psicólogo y que debe ser reingresado al sistema. La invitación es a tener en cuenta al sujeto hablante en las prácticas, aspecto que se continuará abordando en el siguiente capítulo.

Capítulo III: Locura y salud mental: un abordaje desde el Psicoanálisis y las TCC

Se puede decir que es en el siglo XX, con la obra “La interpretación de los sueños” escrita por Sigmund Freud, con la que el Psicoanálisis aparece ante el mundo, sin embargo la emergencia de dicha disciplina cuenta con la influencia de varios acontecimientos que se mencionaran brevemente a continuación, teniendo en cuenta el texto “Esquema del psicoanálisis” publicado por Freud en 1923:

En un primer momento, se puede señalar que el interés original del Psicoanálisis se orientaba hacia una comprensión de la naturaleza de las enfermedades denominadas en aquella época como “funcionales”, puesto que el abordaje médico de las mismas había resultado insuficiente, ya que para entonces, no existía un tratamiento terapéutico válido para dichas enfermedades. Es necesario resaltar que los neurólogos de aquella época pertenecían a una corriente biologicista en la que los hechos químico-físicos y patológico-anatómicos eran la única explicación que le otorgaban a las enfermedades “funcionales”. Sin embargo, ante el factor psíquico no hallaban respuesta alguna, fue por ello que prefirieron remitir dicho asunto al saber de curanderos, místicos y filósofos, reconociendo de esta manera la inaccesibilidad problemática a lo concerniente con la tan presente histeria de la época (Freud,1993).

En un segundo momento y al parecer decisivo, el cual inicia entre los años 80 y 90, los fenómenos del hipnotismo ingresan en el dominio de la medicina de la época y una vez fue reconocida la autenticidad de dichos fenómenos se logran establecer dos cuestiones respecto de los mismos: en primer lugar, se llegó a la conclusión de que ciertas alteraciones somáticas eran el resultado manifiesto de ciertas influencias psíquicas, activadas en el caso correspondiente. Y

segundo, la conducta de los pacientes, después del estado hipnótico, dejaba al descubierto estados anímicos correspondientes a una manifestación de elementos inconscientes. Se puede decir entonces, que es a partir de la hipnosis, que lo inconsciente logra mostrarse por primera vez tangible, corpóreo y logra establecerse e como objeto de estudio. Es así como el hipnotismo se presenta como un fenómeno significativo en la génesis del psicoanálisis (Freud, 1993).

La hipnosis demostró igualmente, a partir de las experimentaciones de Charcot, ser un auxiliar importante para el estudio de las neurosis, sobre todo de la histeria. Fue Charcot quien formuló a manera de hipótesis, que ciertas parálisis, presentes como síntomas en las histéricas, surgían a partir de un trauma, al cual era posible acceder por medio de estados hipnóticos. Pero fue Janet, discípulo de Charcot, quien pudo demostrar con ayuda del hipnotismo “que las manifestaciones patológicas de la histeria dependían estrictamente de ciertas ideas inconscientes (ideas fijas)” (Freud, 1993, p.273). Dicho autor logró caracterizar la histeria por una incapacidad estructural de mantener en conexión los procesos psíquicos, de la cual resultaba una disociación de la vida anímica.

A partir de estos resultados y estudiando numerosos casos clínicos junto con Joseph Breuer, comenzaron a desarrollarse las primitivas teorías que evolucionaron hasta formar el cuerpo teórico actual del psicoanálisis. Tras su experiencia clínica, Freud planteó la teoría de que el malestar de sus pacientes, tenía como causa una experiencia traumáticas, deseos y fantasías reprimidas e inconscientes de carácter sexual, socialmente inaceptables.

En un momento posterior, Freud decide renunciar a la hipnosis, pues considero que dicha técnica no era de por sí susceptible de ser aplicada en todos los casos. Por otra parte, se reconoce como insuficiencia de dicha práctica el hecho de que tras un lapso de recuperación, luego de haber sido aplicada, los síntomas aparecían nuevamente, imponiendo la tarea de reiniciar el tratamiento(Freud,1993).

Por otro lado, se puede decir que el Psicoanálisis se erige como un discurso que le otorga a la subjetividad y a la singularidad un lugar privilegiado, en el que el sujeto se configura como un ser activo, encargado de emprender un camino hacia la “ascesis subjetiva” y de responsabilizarse de lo que dicho caminar implica; es el sujeto del psicoanálisis un ser libre de identidades impuestas, libre de significantes patologizantes que nombran su existencia, pero responsable de su modo de gozar y de vivir.

El psicoanálisis está de lado entonces, del sujeto del lenguaje, de aquel que simboliza su padecimiento particularmente, de aquel que no espera ser nombrado, sino más bien busca nombrarse a partir de un no saber, a partir de su propio deseo de saber. Es el sujeto “loco pero no psicótico” que el psicoanálisis acoge, de aquel ser que se juega su existencia entre las paradojas de su psiquismo y las contradicciones del mundo en el que sobrevive.

Es por ello que en el presente capítulo, se abordará desde el cuerpo teórico del psicoanálisis aspectos que resultan relevantes para abordar y comprender la complejidad de la noción de locura, con el fin de exponer un abordaje que complementa lo que ya se ha planteado en los anteriores capítulos, brindándole así un espacio importante a concepciones esenciales como la

singularidad que, como anteriormente se ha demostrado, ha sido excluida e ignorada por otros discursos; y por el otro, realizar contrapuntos con las Terapias Cognitivo-Conductuales y su modo de proceder en la intervención clínica, para así destacar las consecuencias que dicho abordaje tiene con relación a la promoción de la salud mental por la que actualmente laboran los profesionales de las “ciencias” de la salud con tanto fervor.

1.1 Sobre la Singularidad desde el psicoanálisis

“dejar ser: dejar ser a aquel que se confía a ustedes, dejarlo ser en su singularidad... es la expresión del respeto a lo que cada uno tiene de singular, de incomparable” (Miller, 2008c)

Iniciar con este epígrafe, es fundamental, para comprender la singularidad desde el psicoanálisis, y lo que implica el respeto por la misma, en especial desde una práctica terapéutica. Miller (2008b), plantea en su curso “Cosas de finura en psicoanálisis V”, que lo que designa a la singularidad de cada uno, es el *sinthome* (Revisar anexo 5), es ese modo de gozar absolutamente singular que es irreductible, lo más propio del sujeto. Miller (2008c), refiere que lo singular no se parece a nada, que está fuera de todo lo que es común, destacando así que Lacan menciona que lo singular no tiene más extensión que el individuo. Además, indica que si bien se puede caer en un buscar hacer pertenecer a la singularidad a una clase, hay que tener precaución de ello, hay que cuidarse de querer hacer pertenecer al paciente a una categoría o diagnóstico, y es frente a esto que recurre a lo citado en el epígrafe. Pues el autor considera que es muy importante darle el permiso al otro para que sea “él mismo”, independientemente de los sistemas donde los terapeutas deseen inscribirlos.

Frente a esto, resulta pertinente señalar que Miller (1998) plantea en “El ruiseñor de Lacan”, que “No es lo mismo que el malestar sea sofocado por los nombres de trastorno que se producen, se multiplican y se diagnostican sin implicar al sujeto, que el llamado hecho al sujeto del malestar para que sea posible que lo simbólico, por medio de la palabra, toque lo real y pueda cernir su nombre de goce, como lo más singular” (p.8). Esta frase resulta muy importante para la presente investigación, ya que mediante el uso de manuales diagnósticos que están regidos por una moralidad, se aumentan los diagnósticos, con una pretensión de poder ahogar eso que busca hablar por cualquier medio, impidiéndole al sujeto que pueda expresar su síntoma a través del lenguaje, y que pueda construir algo sobre este. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) está empeñada en abarcar los diagnósticos existentes del DSM, en funcionar para todos, en seguir la norma social y cumplir su función disciplinar como normalizadora de la sociedad, como defensora de la moral “implícita” en las categorías de los manuales diagnósticos, dejando así a un lado la singularidad, callándole con técnicas que buscan una adaptación y normalización. Pues la utopía del DSM, la pretensión del diagnóstico automático hace parte de la época, de formular sin que se requiera pensar, pues bastaría con algunos signos que puedan ingresarse como datos sistematizados, en una máquina para diagnosticar (Miller, 1998).

Ante esto, es importante destacar que Miller (2008c) plantea que si bien desde el diagnóstico se pertenece a una u otra clase, desde lo singular un sujeto no es semejante a otro, por lo cual menciona que “el diagnóstico vendrá por añadidura”, ya que de entrada, “todo en un análisis está por obtenerse” (Lacan, 2012, p.556), pues cada análisis recoge la singularidad del momento y recibe las emergencias de lo singular. Debido a esto, Miller menciona que en el psicoanálisis, el analista debe olvidarlo todo, cada sesión previa, incluyendo las que corresponde al sujeto con el

que se encuentra en sesión. Razón por la cual el deseo del analista es precisamente obtener lo más singular, por ende el psicoanálisis no se rige por las normas sociales, sino por la norma singular (Miller, 2008a). Estos aspectos resultan muy interesantes, ya que mientras en la TCC el psicólogo basa cada sesión en la sesión anterior, en la historia clínica del paciente (incluyendo aspectos como las tareas que le ha asignado), implementando así técnicas de acuerdo al diagnóstico otorgado; en el psicoanálisis en cada sesión hay un encuentro con el sujeto y su singularidad, con un dejarse sorprender.

Así pues, siguiendo la orientación psicoanalítica, será el goce propio del *sinthoma*, el que indique el horizonte de la orientación hacia lo singular, siendo este a su vez, un goce que excluye el sentido, encontrándose así la exploración al inconsciente con un tope, deteniéndose fuera de sentido del goce. “Al lado del inconsciente está lo singular del *sinthoma*, donde eso no le habla a nadie” (Miller, 2008c). Frente a esto se hace necesario mencionar que de acuerdo con Miller (2008a), nadie puede estar en armonía con su naturaleza, al ser reflexivo y pensante, no obstante, mediante el análisis puede llegar a percibir su propio modo de gozar. Es decir el síntoma remite al goce, representa algo, y al dejarle hablar y escucharlo, el sujeto puede llegar a construir sobre su forma de gozar, sobre su singularidad.

A modo de conclusión parcial, es importante destacar que el psicoanálisis es defensor de la singularidad, de la diferencia absoluta, de la norma singular, de lo más propio del sujeto, mientras que el discurso del amo, el de la ciencia, quiere el “como todo el mundo” (Miller, 2008a), y es este el que corresponde a la TCC, en el cual el individuo que es particular, es el objeto de estudio, y el sujeto es precisamente lo que está por fuera del objeto. Es decir, mientras desde el psicoanálisis se defiende la singularidad y se considera que cada uno debe lidiar con su

goce; desde la TCC se ve el goce con horror, y se busca callar cualquier expresión de singularidad, mediante el diagnóstico y la implementación de técnicas disciplinares que generen que el individuo adapte sus pensamientos y comportamientos anormales, en patrones que se encuentren dentro de la normalidad.

1.2 Sobre la realidad psíquica y el fantasma

En épocas en las que la Psicología clínica de enfoque cognitivo-conductual, demuestra en su quehacer un desprecio evidente por considerar el carácter determinante que puede adquirir la actividad psíquica, y sobre todo, aquella que escapa a todo nivel de consciencia, en la configuración de los síntomas y en las formas singulares de padecimiento de los sujetos, se hace necesario señalar que “es preciso revertir la sobrestimación por la propiedad «conciencia»; es este un requisito indispensable para cualquier intelección correcta del origen de lo psíquico” (Freud,1984, p.80) y de la realidad no material desde la que el sujeto construye y vivencia el mundo exterior.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta principalmente los planteamientos del Psicoanálisis, se intenta resaltar la importancia de considerar el carácter objetivo e incluso determinante que para el Yo, instancia de la conciencia, adquieren ciertas formaciones psíquicas inconscientes, esto con el fin de demostrar una diferencia sustancial en la manera en la que las TCC, por ejemplo, conciben dichas formaciones, ya que dicho modelo incurre en el reduccionismo, de considerarlas una simple producción “imaginaria” y, por consiguiente, fenómeno no objetivable, no “real” (Roussillon,2007). Ya advertía Freud que: “lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real, nos es tan desconocido en su naturaleza interna

como lo real del mundo exterior, y nos es dado por los datos de la conciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales” (Freud, 1984, p.318).

Las dos concepciones anteriormente señaladas permitirán identificar los efectos prácticos y epistemológicos que se producen en el marco de la intervención clínica al intentar acoger el padecimiento del sujeto y en el ejercicio mismo de definir lo que debe considerarse normal o patológico, a partir de una realidad que se pretende objetiva y universal para todos los sujetos de estos tiempos. Es por ello, que se considera pertinente abordar dos conceptos fundamentales que hacen parte del marco teórico del Psicoanálisis, a saber: la realidad psíquica y el fantasma, los cuales permitirán interrogar los criterios con los que la Psicología de enfoque cognitivo-conductual pretende imponer una realidad objetiva e incluso estandarizada, a los sujetos que a ella acuden en busca de curación.

Así pues, se hace necesario señalar, desde un punto de vista epistemológico, tres tipos de realidad: la realidad material, la realidad biológica (que hace parte de la realidad material) y la parte independiente de la realidad biológica que es la realidad psíquica. Esta última, se establece como el objeto de estudio de la psicología; por tanto la consideración de la “realidad psíquica inconsciente” y de su impacto sobre la realidad psíquica correspondería con el objeto de estudio del Psicoanálisis (Roussillon, 2007). Es importante resaltar que la realidad psíquica está determinada por las exigencias propias de la actividad psíquica, por sus leyes y principios de funcionamiento, que hacen de ella una realidad singular, única y específica. Es necesario mencionar, que el presente abordaje pretende especificar que la realidad psíquica, la que halla su

reconocimiento en el psicoanálisis, se homologa a una realidad singular-fantasmática-deseada-subjetiva-alucinada-interior al aparato psíquico construida por cada psique y se opone por lo tanto a la realidad común-social-verdadera-objetiva-impuesta- exterior, siendo esta última generalizable e incluso universal(Puget,1994).

De acuerdo con Laplanche (1996), fue Freud quien introdujo al cuerpo teórico del psicoanálisis, con el fin de determinar el nivel de realidad específica de los procesos del psiquismo, el concepto de realidad psíquica, el cual denomina principalmente el deseo inconsciente y las fantasías que con él se relacionan. Freud en su obra “La interpretación de los sueños” de 1900 señala que: “si ya estamos frente a los deseos inconscientes en su expresión última y más verdadera, es preciso aclarar que la realidad psíquica es una forma particular de existencia que no debe confundirse con la realidad material (Freud, 1984, p.318). En este punto es necesario señalar el carácter “objetivo” de la subjetividad, la realidad subjetiva, la que nace en un psiquismo singular y complejo, y esto a expensas eventualmente de su interacción con la realidad exterior a la cual puede suplantar en un momento dado.

Para abordar el concepto de realidad psíquica es necesario entonces, ahondar en el concepto de fantasía (phantasie) en alemán, el cual en la obra de Freud adquiere un valor y una significación diferente a la que presenta el término fantasma en francés (fantasme) en la obra de Lacan. Se mostrará entonces, en un primer momento, cómo es que dicho concepto ha surgido en la obra Freudiana y qué consideraciones resultan pertinentes para comprender la singularidad del sujeto del psicoanálisis.

Lo que el concepto Freudiano de fantasía significa es una creación imaginaria en la que está presente el sujeto y que escenifica al mismo tiempo, bajo cierta deformación, la realización de un deseo inconsciente. Es necesario destacar que la fantasía se presenta bajo diversas modalidades: fantasías conscientes (sueños diurnos), fantasías inconscientes, que se configuran como estructura subyacente al contenido manifiesto del sueño y las fantasías originarias. (Laplanche, 1996).

De acuerdo con Freud (1984), los ensueños diurnos empleados por la elaboración secundaria pueden estar relacionados directamente con la fantasía inconsciente que constituye el “núcleo del sueño”. En este sentido las fantasías de deseo que el analista logra hallar en los sueños nocturnos muestran a menudo ser repeticiones, principalmente de escenas infantiles; es así como en más de una producción onírica su contenido manifiesto indica inmediatamente el verdadero núcleo del sueño, el contenido latente de dicha producción, la cual encuentra deformada a partir de una mezcla aparentemente ilógica con otro material. Por consiguiente, en el trabajo del sueño, la fantasía se halla en la elaboración secundaria. Los dos extremos del sueño y las dos modalidades de fantasías que en él se encuentran parecen, si no juntarse, por lo menos comunicarse interiormente y simbolizarse entre sí.

Por otra parte, se hace necesario destacar que dentro del contexto de emergencia de la noción de realidad psíquica, la concepción de trauma sexual y su valor etiológico. Aquí la discusión se desarrolla en torno a la oposición realidad histórica/fantasía. La neurosis según Freud, está íntimamente relacionada con un acontecimiento traumático “real”. Sin embargo, el proceso de las curas demuestran, que a medida que el neurótico va recordando y haciendo consciente los

recuerdos de las escenas de seducción sexual que resultaron traumáticas, se remonta el tiempo para llegar a escenas sobre las cuales no se puede afirmar si efectivamente ocurrieron o si fueron por el sujeto “inventadas”. Se puede decir entonces que estas fantasías se imponen al psiquismo con la misma fuerza de “realidad”, que los acontecimientos reales (Roussillon, 2007).

No hay que olvidar que, junto a las exigencias de realidad que la realidad exterior impone al psiquismo, hay que situar también las exigencias de la realidad provenientes de los mandos propios del psiquismo. Exactamente igual que la realidad exterior, la realidad psíquica contiene una “exigencia de trabajo” que se impone al psiquismo con el mismo nivel de exigencias o de imperativos categóricos que se presenta la realidad exterior (Roussillon, 2007). Aspecto que al reconocerse dentro del marco de la intervención clínica que realiza la Psicología, implica un modo de acoger el sufrimiento humano de una manera diferente; puesto que el esfuerzo estaría precisamente en otorgarle un lugar al sujeto que sufre bajo determinaciones inconsciente, al sujeto de la fantasía, al que su realidad psíquica le resulta más avasallante que la propia realidad material, al sujeto que se erige a partir de frustraciones originarias y de la infelicidad misma, al sujeto que se debate la existencia entre una pugna fundamental de deseos internos y exigencias frustrantes que la realidad externa se empeña en imponerle. Dicha concepción permitiría sin duda, abrirle un espacio significativo a la subjetividad dentro de la práctica clínica del psicólogo.

Ahora bien, teniendo en cuenta los planteamientos realizados por Lacan (2002) en su texto “La agresividad en Psicoanálisis” de 1956, se puede decir que el concepto de fantasma obedece a la interpretación que realiza dicho autor del concepto *de fantasía*, propuesto por Freud (anteriormente analizado); el cual fue sustentado en base a la concepción de “imago”, la cual

indica que es a partir de la imagen que se obtiene del otro, que se logra construir la imagen del propio yo, es decir, no es posible saber de sí mismo sin el otro.

Lacan en su Clase 1 del 16 de Noviembre de 1966, expone el concepto de fantasma bajo una formulación lógica en la que resalta la relación existente entre $e.\$$ (sujeto barrado) y el objeto (a). Aquí se hace necesario señalar algunas precisiones con respecto de las nociones anteriormente mencionadas. El $\$$ esboza una división fundamental en dos direcciones, “una división de la existencia de hecho” que expone la condición de ser o no hablado y “la división de la existencia lógica”, la cual se relaciona íntimamente con la producción y el manejo de significantes. Cabe señalar que él expone por un lado lo que lo fundamenta en tanto que está expuesto a determinaciones inconscientes, y por el otro la íntima relación que sostiene con el objeto (a). Por su parte, este último, presenta dos cuestiones interesantes a saber: expone una relación fundamental con el Otro y una fundamentación en una estructura lógica en la que revela la función del significante.

Ahora bien, retomando el concepto de fantasma, se puede señalar que se estructura como un lenguaje en tanto se encuentra relacionado íntimamente con la estructura del significante. Dicha noción expone a su vez, dos elementos que le constituyen, el deseo, que hace posible la articulación entre el sujeto del enunciado y el $\$$, que es el sujeto de la enunciación, y la realidad, definida esta como un “montaje de lo simbólico y lo imaginario” (Lacan, 1966, p.3.). Con relación a lo anterior se hace necesario destacar que el deseo se configura como elemento central de la realidad humana y “que no es más que entrepercibida, como la máscara fácil que es aquella del fantasma” (Lacan, 1966, p.5).

Según Elgarte (2007), la realidad quedará del lado de las construcciones fantasmáticas, que cada sujeto, singularmente ha fabricado; de los guiones que se desplazan entre lo imaginario y lo simbólico. En psicoanálisis se hablará entonces de realidades en plural de acuerdo a la subjetividad del que mira o escucha: historias, novelas, locuras necesarias para estar en el mundo.

Lacan (2002), ilustra el sentido de tal concepto a través del uso del espejo, puesto que es este un elemento en el que se proyecta una imagen que no es precisamente la imagen del *yo*, puesto que el *yo* es mutable, puede adquirir diversos matices, en consecuencia nunca es el mismo. Teniendo en cuenta el anterior postulado puede decirse que el sujeto neurótico, por ejemplo, se contempla en el espejo para *reencontrarse* más no para reafirmarse, ya que el *yo* siempre se ve diferente.

Es necesario destacar, que es el sujeto quien va construyendo una relación con su propio cuerpo, dicha relación se basa en el lenguaje, en las palabras con las que el otro logra revestir su cuerpo, es por esta razón que se puede decir que el cuerpo es hablado. En este sentido, las palabras van construyendo determinaciones que van a influenciar, en gran medida, el modo en el que el sujeto se relaciona con el Otro. Refiere Lacan (2004) que en el campo de la relación imaginaria, se configura relación invertida de aquella que anuda el Yo a la imagen del Otro. En este sentido el Yo se instaura como un semblante ilusorio, “ilusorio en que está asumido a los avatares de la imagen, es decir, librado a la función del falso semblante” (Lacan, 1966, p.6). Es decir, dichas determinaciones, permiten una construcción de la versión del Otro pero sin ser dicha versión el Otro en sí, tal y como es, luego el sujeto no se relaciona con el Otro sino con lo

que se cree que el Otro es. De acuerdo con lo anterior, puede decirse que “el fantasma es una construcción imaginaria-simbólica para responder ante el enigma del deseo del Otro, a la falta del Otro” (Elegarte, 2007, p.8) (Revisar anexo 6).

Se hace necesario resaltar que los montajes fantasmáticos son vacilantes y a veces caen, con la inevitable emergencia de angustia en tanto presentificación del *objeto a*; a partir de lo anterior se logra vislumbrar una función ambivalente, por un lado, el fantasma calma la angustia pero su debilidad enfrenta al sujeto a la angustia señal y su caída con la angustia inminente, con la experiencia de lo siniestro. En este sentido se puede señalar que el fantasma cumple una función importante en el sujeto, que es precisamente la de obturar y velar lo real, lo que se constituye como insoportable del Otro (Elegarte, 2007). Para ilustrar dicha premisa, se puede pensar en el otro como una pantalla en la que cada uno proyecta su propio fantasma, siendo éste último lo que logra percibir y capturar en el otro; de acuerdo con lo anterior se puede pensar en la frase expuesta por Lacan en su Seminario 5 “Tu eres aquel a quien odias” (Lacan, 1986, p.501), ya que lo que se ve en el Otro como insoportable difícilmente corresponde al Otro exactamente.

Ahora bien, una vez expuestos los aportes del Psicoanálisis con relación a las nociones de realidad psíquica y fantasma, se hace necesario resaltar que dentro del enfoque cognitivo-conductual, la manera de abordar la cognición es concordante con la postura racionalista y positivista que sustenta dicha corriente. Básicamente se mantiene la idea de que la realidad tiene existencia positiva y que es posible tener conocimiento objetivo de la misma, proponiendo al mismo tiempo que la realidad está ordenada de acuerdo a reglas que le son propias y que pueden extraerse en base a razonamientos lógicos (Kühne,2000). Para ilustrar este planteamiento, se dice que la psicopatología neurótica surge de la irracionalidad de las creencias y de las distorsiones

cognitivas en el procesamiento de la información. Consecuentemente la tecnología terapéutica que se desprende de esta concepción se orienta a explicitar, discutir y corregir dichas distorsiones cognitivas usando como referente la lógica y la realidad objetiva (Mahoney, 1997).

Teniendo en cuenta lo propuesto por Lacan (1966) y con el fin de realizar un contraste entre concepciones, se puede decir que el mismo fantasma se encuentra en estructuras neuróticas muy distintas y que permanece a una distancia singular de todo lo que se debate y se discute dentro del marco del análisis, en tanto que el esfuerzo de dicha empresa es precisamente traducir la verdad de los síntomas del sujeto, traducción que esté en el orden de la producción de significantes que puedan nombrar el modo singular de gozar del sujeto. En este punto, es posible destacar una condición más del fantasma, el cual deberá siempre, inscribirse en los registros de la estructura singular del sujeto, a saber: “para la fobia el deseo prevenido, para la histeria el deseo insatisfecho para la neurosis obsesiva el deseo imposible” (Lacan, 1966, p.120).

Siguiendo en el contexto de la aplicación de los presentes planteamientos en la clínica, Lacan (1966) considera que en el proceso de la cura psicoanalítica, debe otorgarse un lugar privilegiado a lo que ocupa en cada uno un “fantasma fundamental”, dejando al descubierto así el particular modo de gozar del sujeto, algo liberado del deseo del Otro y en relación con lo cual la construcción fantasmática se sitúa siempre como una formación de salvación.

1. 3 La Locura y la psicosis: diferenciación entre términos

En el presente apartado se busca diferenciar el uso de los términos “locura” y “psicosis”, utilizados en diversas ocasiones como sinónimos. En este proceso se destaca la visión de los

términos desde el psicoanálisis y de la TCC. A su vez, se tiene en cuenta, el abordaje sobre la singularidad, realizado en el apartado anterior, dando cuenta así que la locura es esencial y existe en cada sujeto.

De acuerdo con el texto escrito por Marcelo Ale “Cínica diferencial: locuras y psicosis” (s,f), el término “psicosis”, se solía usar como sinónimo de “enfermedad mental”, como perteneciente a una “afección psiquiátrica”, sustituyendo técnicamente, el término de “locura”. No obstante, como lo indica Pablo Muñoz, en la entrevista titulada “El concepto de locura no coincide con el de psicosis” que le realizó Carolina Duek en el 2007, la locura “no se deja apresar por la lógica con que se construyen las estructuras (neurosis, psicosis, perversión)”. La locura se sale de las lógicas, y por más que se ha pretendido hacer parte de los manuales estadísticos implementados por la TCC, bajo el concepto de anormalidad, sigue estando por fuera. Y es por esto que se hace necesario abordar una visión diferente de esta noción.

Una forma de entender la locura es a través de los diversos planteamientos que realiza Lacan. El autor, en su escrito “Acerca de la causalidad psíquica” (2002b) de 1946, menciona que la locura es la fiel compañera de la libertad, que cuenta con un acercamiento a la esencia de la subjetividad, y que se puede presentar en cualquiera de las estructuras clínicas. Lacan (2002b), parte de planteamientos de Freud como el instinto de muerte y las renunciaciones a las que el niño se ve enfrentado en la relación con el otro, para explicar que la estructura fundamental de la locura se da a partir de un yo alineado, y el sacrificio primitivo, esencialmente suicida. Es decir, la locura surge en la relación narcisista con el otro, en el modo delirante y la alienación imaginaria que se encuentra implícita en la relación con el otro. Así mismo, a través de este escrito Lacan

destaca que no se puede separar al fenómeno de la locura del lenguaje para el hombre, planteamiento que repercute en sus posteriores escritos, como en la teoría de los nudos que emplea en los años setenta.

En el Seminario 21 "Los no-incautos yerran o Los nombres del padre", Lacan (1973-74) menciona que el nudo borromeo está hecho de tres elementos, y por ende, lo Real aparece como un tercer elemento de lo Imaginario y lo simbólico; conformándose así la estructura como un anudamiento de estos tres registros. A través de este Seminario, Lacan explica que al cortar uno de los elementos que componen el nudo borromeo, se genera un desanudamiento, ya que se liberan los dos elementos restantes. Es decir, el nudo borromeo, la relación entre los tres registros mencionados, sostiene la realidad, así que al soltarlo, el sujeto queda a la deriva, pues se ha generado un desanudamiento, y es por esto que es importante que el sujeto tenga una forma de anudamiento. Frente a esto, resulta pertinente mencionar que de acuerdo con Pablo Muñoz (comunicación personal, 2007), a través de la teoría de los nudos, Lacan destaca que la diferencia entre la locura y la psicosis, está en que la locura se define como un desanudamiento de los tres registros (Real-simbólico-imaginario), en oposición a la psicosis que está conceptualizada como una manera particular en que se anudan los tres registros, distinto al de la neurosis.

Ahora, otra perspectiva muy interesante desde la orientación psicoanalítica, que permite dar cuenta de la universalidad de la locura es la de Miller, quien a través de sus clases "Todo el mundo es loco", realizadas en el 2008, como parte de su curso de "la orientación lacaniana", resalta la generalidad de la locura y la particularidad de la psicosis, siendo esta última una estructura clínica. El autor menciona que "todos somos delirantes", que la locura es un delirio

que parte del saber y la articulación de significantes, es decir cuando se le encadena a un significante que está solo, un segundo significante. Lo cual da cuenta de la locura general con la que se cuenta, pues la producción de significados hace parte de la construcción como sujetos de lenguaje. Aspectos que se pueden complementar con los planteamientos que realiza Mario Elkin Ramírez, como parte de los cursos de introducción del proyecto Centro de Investigación y docencia, Nueva Escuela Lacaniana de Medellín, a través de “La psicosis en el texto de Jacques Alain Miller” (2014). A través de este, Ramírez, menciona que “nuestra locura consiste en pensar que el lenguaje se refiere a las cosas, que hay un referente cosificado en la naturaleza que es aquel al que se refieren las palabras, los significantes cuando hablamos”. Es decir, el autor plantea que la locura neurótica está en el matar la palabra con la cosa o sustituirla por la cosa, y esto es un delirio compartido que hace soportable la realidad; la locura neurótica está en el pensar que no existe una brecha entre las palabras y las cosas, en el pensar que cuando se encadena un significante con otro, se obtiene un referente que se puede cosificar en una dimensión de realidad, permitiendo la producción de un sentido.

Frente a esto, resulta pertinente mencionar que Lacan (1984), en el Seminario 3: Las Psicosis realizado de 1955-1956, con el fin de realizar una distinción entre el neurótico y el psicótico, ejemplifica que cuando él dice la palabra “elefante”, no es necesario traer al mamífero con sus características propias al salón, pues basta el solo nombre para que todos sepan que se refiere a un elefante. No obstante, para el psicótico, esto no es así, ya que la palabra no reemplaza la cosa. Retomando las puntuaciones que realiza Ramírez en su curso, se hace necesario destacar que a través de éstas el autor indica que para el psicótico, la palabra no sustituye ni mata la cosa, pues él rompe con la referencia, es amo del lenguaje, no es engañado por el sentido como el neurótico,

ya que a diferencia de este no considera que no necesite la cosa para referirse a ella. Así pues, el autor menciona que mientras que el psicótico está completamente sumergido en el sinsentido, el neurótico evita encontrarse con ese vacío de sentido. El psicótico está libre de la demanda del Otro, mientras el neurótico no, el neurótico cree que va a encontrar eso que le falta en el Otro y por eso se lo demanda, mientras el psicótico no pasa por el Otro para esto, está libre de él, no tiene nada que pedirle.

Estos aspectos resultan de gran importancia, ya que no sólo permiten identificar una orientación diferente de la locura, muy lejana a una perspectiva moralizadora según el poder de la época y los prejuicios sociales, sino que permite dar cuenta el atravesamiento del lenguaje particular que indica que “todos somos locos”, y que conectándolo con el apartado anterior, genera una reflexión por la singularidad contenida en la locura, por ese modo incomparable que cada uno tiene de gozar. Ya que como lo indica Pierre Gilles (2011), en su texto “¿Quién está loco, y quién no?": Sobre el diagnóstico diferencial en psicoanálisis”, no se puede hablar de estandarización al finalizar el tratamiento, pues la identificación del síntoma, es de uno por uno, cada sujeto establece su parte en el lazo social con su propia solución, que permite una forma singular de goce, y que se enlaza a un sentido de responsabilidad con el mundo. Así mismo, esto permite retomar el curso de Miller (2008), “Todo el mundo es loco”, con el fin de comprender de una mejor forma lo que hay de común entre los apartados anteriores, ya que en este el autor expone que el *sinthome*, designa la unión que existe entre síntoma (forma de sufrimiento para el sujeto) y fantasma (medio de goce), que es ese modo de gozar singular propio del sujeto, dejando a un lado así la distinción entre la neurosis y la psicosis, al tener en cuenta un goce singular más allá de las categorías.

Estos aspectos resultan muy importantes, pues desde la perspectiva psicoanalítica el sujeto es responsable de sus actos y el delirio, como lo expresa el psicoanalista José María Álvarez, (Comunicación personal, 2014), es una defensa. De acuerdo con Álvarez, el delirio no es una enfermedad, sino un intento de solución y de reequilibrio, que permite hacer soportable la realidad, ya que el sujeto que delira “sabe que antes que el delirio hay una angustia terrible, un vacío y una perplejidad oceánica que es mucho peor” (Álvarez, comunicación personal, 2014), aspecto que permite comprender que el síntoma tiene una función. No obstante desde otras perspectivas, el delirio al ser considerado una manifestación de la enfermedad se debe silenciar. Y es esta última perspectiva la que acoge la psicología clínica cognitivo-conductual, la cual, como se ha mencionado en el capítulo anterior, toma como referente para su práctica, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, como herramienta moralizadora de respaldo para mantener el orden público y controlar la expresión de la singularidad, a través de la aplicación de técnicas que favorecen una adaptación social, patrones de comportamiento y pensamiento socialmente aceptados.

Frente a esto, es importante entender que el concepto de psicosis que se aborda desde el psicoanálisis, resulta muy diferente al de la TCC, ya que ésta toma una clasificación de trastornos psicóticos, entendiéndose estos como “trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones” (Medline Plus, 2013). Estos aspectos permiten traer a colación a Lagos, Figueroa, Hermosilla, Delgado y Reyes (2002), quienes en su informe titulado “Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento”, realizan un recorrido por la definición de psicosis, las causas con las que se le relaciona, y su tratamiento; teniendo en cuenta

en este proceso, perspectivas desde diversos enfoques de la psicología. Los autores plantean que “la psicosis es la pérdida del juicio de la realidad”, y que ésta, se puede producir por **causas biológicas**, por lo cual resulta de gran utilidad tener en cuenta otros parámetros de examen psicopatológico como la conciencia, el afecto, la atención, el curso del pensamiento, la sensopercepción, entre otros; al igual que la evolución y las formas que presente el curso del cuadro clínico. A continuación, se mencionan brevemente, aspectos relacionados con los trastornos psicóticos acogidos por la TCC.

1.3.1 La TCC: trastornos psicóticos.

Lagos y sus colaboradores (2002), siguiendo los planteamientos que se encuentran en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), mencionan que entre los síntomas característicos de los trastornos psicóticos, existe una gran variedad de disfunciones cognitivas y emocionales, entre las cuales se puede encontrar el exceso de las funciones normales o la disminución de las funciones normales. Dentro de las primeras, están las ideas delirantes (distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial), alucinaciones (distorsiones de la percepción), lenguaje desorganizado, y el comportamiento gravemente desorganizado o comportamiento catatónico. Dentro de las segundas se encuentran el aplanamiento afectivo, alogia (pobreza de habla) y abulia (falta de voluntad o iniciativa).

Es decir, los trastornos psicóticos abarcan una gran variedad de síntomas, cuyas causas desde esta perspectiva, pueden tener un origen biológico, genético, neurobiológico, entre otros aspecto que permiten justificar ese “estar fuera de la norma”. Además, por su misma amplitud, existen diversos diagnósticos que hacen parte de estos trastornos. Así pues, teniendo en cuenta el Manual

Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada (Asociación americana de psiquiatría, 2000) o DSM- IV- TR, se pueden distinguir diversos subtipos de trastornos psicóticos, como: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias, y trastorno psicótico no especificado. Cada uno de estos, cuenta con características y síntomas, al igual que la duración de la sintomatología, que permiten un diagnóstico diferencial.

Ahora, partiendo de que la TCC se rige por los planteamientos del DSM, se hace pertinente entender la forma en que abordan los trastornos psicóticos en su intervención. De acuerdo con la investigación de Cuevas y Perona (2002), titulada “Terapia cognitivo-conductual y psicosis”, en lo que respecta a los síntomas psicóticos, la TCC busca potenciar estrategias de afrontamiento que favorezcan la modificación de las creencias delirantes y la prevención del deterioro social, o posteriores recaídas. Estos autores plantean que la TCC tiene la pretensión de reducir los delirios y las alucinaciones, en frecuencia, intensidad y duración; además de reducir otros factores que se puedan presentar como el sufrimiento, la ansiedad, depresión y la incapacidad asociada a estos síntomas. Mediante la terapia cognitivo conductual, se busca identificar los pensamientos y las creencias, revisar las evidencias que puedan existir como fundamento de las creencias, promover la auto-monitorización de las cogniciones, identificar la relación entre pensamientos-afecto y conducta, y detectar a su vez, los sesgos de pensamiento (Lagos, et col, 2002).

Para la psicología cognitivo-conductual, la locura se encubre dentro de la anormalidad, lo que implica que tanto locos como psicóticos, expresen un discurso que no debe ser escuchado;

porque desde esta perspectiva, ellos no pueden dar cuenta de sí mismos. Estos aspectos se pueden identificar en el concepto de inimputabilidad abordado en el primer capítulo de esta investigación, y que da cuenta de ese despojo de la responsabilidad al que se enfrentan, pues un diagnóstico ha tomado su posibilidad de lenguaje, y el medicamento la muestra de su desubjetivación; pasando a estar en manos de los médicos, psiquiatras y psicólogos, personajes que hablan por los locos y psicóticos, sin preguntarles qué tienen por decir, pues su función es disciplinar, es normalizar esa “enfermedad”, es modificar esas ideas delirantes que puedan tener, pues es un imperativo social el ser funcional. Esto último, permite introducir el siguiente apartado, en el cual se abordará lo concerniente a la salud mental y la abolición de la subjetividad que trae consigo.

1.4 La Salud mental y la abolición de la subjetividad

“Cuanto más se gestionan recursos con el criterio prioritario de la eficacia a corto plazo, más el síntoma se hace escurridizo en su singularidad, más retorna de manera insidiosa como segregado del sistema, más este retorno repetido exige al sistema más y más recursos”

(Bassols, 2011, p.244).

“La salud mental, antes que nada, es una cuestión de sujeto, donde la palabra no puede ni debe ser eliminada” (Castro, 2013)

El afán de abarcarlo todo, de tener cada vez más y más recursos para abarcar las diferentes posibles patologías que se van generando, solo deja entrever, que por más que se pretenda dominar la singularidad, ésta siempre encontrará un síntoma por medio del cual se pueda

expresar. A través de la investigación “Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental”, Ximena Castro (2013) realiza una reflexión crítica sobre ciertos discursos y prácticas propias, implementadas en el campo de la prevención y la atención en salud mental, teniendo en cuenta en este proceso, la intervención psicológica en el campo de la salud mental, en la sociedad actual. A su vez, su investigación trae consigo una reflexión sobre la subjetividad, buscando reivindicar su lugar, ya que es guiada por la siguiente tesis “las prácticas de intervención en salud mental en el mundo contemporáneo, dominado por las exigencias de gestión, estandarización, evaluación y medición, paradójicamente excluyen la dimensión de la subjetividad” (Castro, 2013).

Para sustentar esto, la autora realiza un recorrido por el panorama de salud mental en la sociedad actual; la gestión de la salud mental; lo concerniente al DSM y las clasificaciones; la medicalización; y el imperativo de felicidad con sus respectivos ejemplos. Debido al recorrido de su investigación y teniendo en cuenta el riguroso abordaje que realiza Castro, resulta importante dedicarle un espacio con algunas de sus ideas, en esta investigación.

Desde sus inicios la Organización Mundial de la Salud (2004), ha considerado que el bienestar mental, hace parte de la definición de salud., siendo una parte integral de esta, pues es fundamental para el funcionamiento efectivo del individuo dentro de una comunidad. La OMS, ha definido la salud mental como:

...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (2004, p.14).

Es decir, en la definición se puede identificar un discurso económico que contribuye a un orden público, y en el que están implicados aspectos como la funcionalidad, productividad y las normas sociales bajo las cuales el individuo se debe regir. Castro (2013), en su recorrido por el panorama de salud mental en la sociedad actual, menciona que a partir de la definición de salud mental de la OMS, se desprende lo concerniente a la salud mental como un asunto de la salud pública, donde la primera favorece a la salud en general, la calidad de vida, a la sociedad y la economía, ya que incrementa el funcionamiento social, el capital social y la productividad. La autora señala que esta perspectiva resulta de gran valor ya que se resaltan “parejas conceptuales”, esenciales dentro de esta formación discursiva, como lo son: salud mental y derechos humanos; salud mental y capital social; salud mental e indicadores (de gestión y evaluación); y salud mental y atención primaria. Aspectos que dan cuenta de entrecruzamientos discursivos, entre política, sociedad y economía, generando como efectos, la abolición del psiquismo, la desobjetivación.

Así mismo, estos aspectos permiten retomar el texto de Skinner (1985), mencionado en el capítulo anterior, ya que como se había abordado a través de la “ingeniería de la conducta” planteada por el autor, y el acercamiento a la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de contaminación, superpoblación, agotamiento de recursos entre otros, que se iban presentando en la época, se pueden identificar estrategias de Salud mental, a través de la implementación de técnicas disciplinares que favorecieran el control de los problemas, como lo serían uso de métodos anticonceptivos más seguros. Ya que como lo plantea el autor, resulta de suma importancia conocer la relación contingente entre los bienes y la conducta, pues a partir de estos se puede optar por estrategias de reforzamiento para corregir los comportamientos. Es

decir, desde la perspectiva del autor entre más conocimiento se tenga de la conducta humana, mayor será el orden social. Lo cual no solo da cuenta del entrecruzamiento de discursos políticos, económicos y sociales, sino que a su vez, permiten identificar con mayor claridad la función de orden que tiene la TCC al servicio de la Salud mental.

Para comprender mejor estos aspectos, se hace importante señalar dos conceptos relevantes en el abordaje de la salud mental como lo son, la gestión y la evaluación. Términos que cada vez, se han entremezclado más entre la cotidianidad, y que siguiendo a Castro (2013), el término 'gestión' es el nombre que en la actualidad se le da a aquello que debe funcionar de acuerdo con una norma estadística; y la política, la cual hoy está reducida a la gestión, requiere de la lógica de la evaluación continua para poder justificar su eficacia. Frente a esto, resulta necesario mencionar que de acuerdo con Bassols (2011), la evaluación tiene el poder de la validez que le han otorgado los políticos y los expertos, favoreciendo así que sea un gran complemento para la gestión y no solo un instrumento.

En este punto resulta importante recordar la relación existente entre el saber y el poder, desarrollada en el primer capítulo, y las intenciones con las que se ejerce el poder, por quien lo tenga, en nombre del saber; ya que de acuerdo con Castro (2013), la evaluación es un modo actual por el cual un poder (político, administrativo, internacional o local), ejerce su fuerza sobre los saberes y las prácticas culturales, definiendo en este proceso la norma de lo verdadero. Es decir, bajo la máscara de la objetividad, y la neutralidad, de la precisión que exige la evaluación, se esconden las intenciones del ejercicio del poder, y el anhelo de control de quien lo ejerce,

además que la evaluación está inmersa en los aspectos de la cotidianidad, y el poder con que se ejerce se implementa con una sutileza, que puede pasar desapercibido.

Frente a estos aspectos, resulta pertinente mencionar el discurso del amo planteado por Lacan, para comprender con mayor claridad el control “implícito” en herramientas como la gestión y la evaluación. A través del Seminario XVII, “El reverso del psicoanálisis”, Lacan (1992), plantea cuatro discursos, que permiten que el lazo social sea posible, que se ordene el vínculo social humano: el discurso del amo, el discurso de la universidad, el discurso de la histérica, y el discurso del analista. Por medio de estos, Lacan destaca una nueva dimensión del goce en relación con los medios de producción, destacando en este proceso el plus de gozar, como un resto que se ha perdido, que no puede ser sustituido por nada, y que hace que el sujeto sobrepase sus límites, para lograr la satisfacción a toda costa. Con respecto al discurso del amo, Lacan menciona que el discurso de la ciencia opera como este discurso, pretendiendo una universalización y homogenización del sujeto, un “para todos”. Aspecto que se puede vivenciar en la actualidad, ya que bajo el imperativo de “felicidad”, y de “bienestar”, planteado como parte de la salud mental, se esconde el afán de homogenizar a los sujetos, y los modos de gozar que le son propios en su singularidad, partiendo de estrategias de mercadeo y criterios estadísticos, que entre otros aspectos, toman en cuenta los conocimientos sobre la conducta para imponer determinados intereses, que asegure un movimiento de masas uniforme, lo cual fracasa, pues la singularidad siempre encuentra la forma de manifestarse.

Es decir, como lo indica Castro (2013), el poder político ubica su deseo de normalización y adaptación en la relación gestión-evaluación, destacando a su vez, que a pesar de los intentos de

homogenización del goce con la fórmula de 'para todos', y la gran inversión en las políticas de promoción de salud, éstas continúan fracasando, pues la singularidad sigue escapándose de esta pretensión de igualdad. Frente a esto, resulta importante mencionar las TCC, ya que éstas desarrollan programas de promoción de salud mental, buscando que se disminuyan los comportamientos no adaptativos (consumo de sustancias psicoactivas, suicidios, etc.), a través del desarrollo de habilidades cognitivas y emocionales que promueven un comportamiento “saludable”, una normalización teniendo en cuenta un estándar.

Teniendo en cuenta estos aspectos, resulta importante mencionar que de acuerdo con Galende (1997) en su libro “De un horizonte incierto”, en el cual entre otras, desarrolla el proceso de subjetividad-cultura; debido a las políticas neoconservadoras del Estado, éste deja a un lado sus funciones de garante de la solidaridad social, retirándose así, en cierta medida, de la atención pública en salud y la protección social, generando que la salud se reduzca a un objeto de consumo. Aspecto que se puede leer también en Bassols (2011), ya que este autor realiza una crítica al reduccionismo científicista, que reduce al sujeto como un objeto que se puede cuantificar, un objeto consumible que hace parte del mercado. Así mismo, Castro (2013), parte del supuesto lacaniano de que el saber de la ciencia como saber del experto, ocupa el lugar del amo dentro del discurso social, generando unos efectos sobre el sujeto como la creación de nuevas enfermedades como parte del movimiento del mercado, en el que los sujetos sanos pasan a ser enfermos y la toma de decisiones por parte de las empresas sobre aspectos como la duración de los tratamientos, la frecuencia que deben tener y sus métodos, sin tener en cuenta la singularidad. Frente a esto, se hace necesario mencionar que Miller (2008) en “Todo el mundo es loco”, plantea que el tiempo, aun siendo una cantidad, no se puede cuantificar, ni calcular con

antelación, ya que está en contacto con el goce propio del sujeto. De acuerdo con esto, se puede decir que la salud mental, se mueve dentro de la lógica actual del “time is money”, de las exigencias de eficiencia y la productividad, de la normalización y la adaptación, bajo manuales y técnicas que abolen al sujeto.

No se puede dejar fuera del abordaje sobre salud mental, al DSM, ya que sus estudios comparativos y estadísticos precisamente resultan esenciales para la salud mental y sus políticas. No obstante, esto ha traído consigo implicaciones como el uso generalizado y automático del diagnóstico, llegando incluso al autodiagnóstico a través de cuestionarios en línea; o el asumir como etiqueta personal el diagnóstico como el “soy bipolar” (Castro, 2013). Aspectos que generan que el sujeto pase a ser una categoría, en la que a su padecer se le suele atribuir una causa neurológica, biológica, genética, neurocientífica, entre otras, impidiendo que el sujeto pueda dar cuenta de su síntoma, pues nadie le ha dejado hablar, por el contrario, se le ha callado bajo la etiqueta de un diagnóstico, acompañado por un medicamento que favorezca su normalización.

De acuerdo como Chávez, Benitez, Ontiveros (2014), en su investigación titulada “La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar I), la terapia cognitivo-conductual, es una de las terapias que resulta útiles en el tratamiento del trastorno bipolar, permitiendo complementar el tratamiento con fármacos estabilizadores del ánimo, y favoreciendo así un alivio de los síntomas depresivos, un restablecimiento del funcionamiento social, y la prevención de nuevos episodios afectivos. Es decir, cumplen una función normalizadora, de reinserción del individuo a la sociedad, y al imperativo de productividad como

funcionalidad y bienestar, previniendo a su vez, nuevas expresiones de la singularidad del sujeto, expresada sintomáticamente.

Frente a esto, se hace necesario resaltar que “la pretensión de objetividad, a través de la observación y la medición, se jerarquiza sobre lo subjetivo, que pasa a ser obstáculo para el desarrollo del conocimiento científico y que por eso debe ser evitado a toda costa” (Castro, 2013). A partir de esto, Castro (2013), menciona que el DSM aparenta estar sostenido en la objetividad de no tener supuestos teóricos, valores, ni creencias en las respectivas clasificaciones. Aspecto que resulta ser una apariencia, ya que si se retoman los capítulos anteriores, se puede recordar el imperativo moral, de discriminación social y de exclusión que carga consigo el DSM y por ende las prácticas que se basan en este.

Este aspecto, permite traer a colación a Laurent (2011), quien a través de su texto “La ilusión del científicismo y la angustia de los sabios”, plantea que “la ilusión científicista consiste en soñar que un día, pronto, será posible calcular todo de una actividad humana reducida a comportamientos objetivables” (Laurent, 2011). Así mismo, el autor menciona que en el anhelo de saberlo todo y poderlo controlar, se acumulan datos, se tienen en cuenta herramientas estadísticas sin un saber clínico previo, a través del cual se consume la medicina centrada en la evidencia, en la que expertos estadísticos calculan variables que les darán o el éxito o el fracaso de sus tratamientos, a partir de comparaciones de muestras homogéneas; es decir, se opta por la acumulación de datos, en lugar del acogimiento de los sujetos individuales. En este proceso el autor plantea, cómo el uso de la “prueba estadística”, ha tenido fines de mercadeo, de creación y ventas de información clínica. A su vez, destaca que la adopción de protocolos universales de

prescripción, ha traído como efecto la destrucción de la creatividad y espontaneidad terapéutica de la psiquiatría, a un mecanicismo y uniformidad. Pues como lo indica Castro (2013) la medicina sostenida en la evidencia de la estadística, se legitima como otro de los derivados del discurso científico, anulando así al sujeto, al igual que lo hacen las neurociencias y la genética.

Ahora, de acuerdo con Laurent (2000) en “Psicoanálisis y Salud mental”, el mundo contemporáneo está regido por el imperativo de reducción de costos y optimización de recursos, como mandato de la economía que se ha convertido en un modo de vida, del que la medicina y la salud mental hacen parte. Debido a esto, el autor plantea que se promueven praxis como la vigilancia y la evaluación, generando como efecto que los médicos deban buscar un lugar en asociaciones médicas, que administren sus procedimientos, permitiéndoles que se ajusten al control y al estándar, asegurando así el acceso a la asistencia. En este proceso, Laurent, destaca que en la salud mental, el control se ejerce a través de la reinserción de la psiquiatría en el sistema de asistencia general y las buenas prácticas, con el fin de que teniendo en cuenta el diagnóstico se pueda realizar una repartición especializada de enfermedades mentales, controlando costos y medicamentos, posibilitando así el surgimiento de instituciones clasificadas por su nivel tecnológico; definiendo así el estado tanto de qué se hace cargo, como la forma en que promoverá el medicamento. Con respecto a esto, resulta muy importante resaltar sobre lo concerniente a la medicalización.

De acuerdo con Castro (2013), la expansión del consumo tanto de medicamentos de la medicina en general como de los medicamentos psiquiátricos, a situaciones cotidianas que previamente no eran consideradas patológicas (duelo, disfunciones sexuales, tristeza), es un

efecto de la transición entre el uso del medicamento teniendo en cuenta un objetivo curativo, a el uso del medicamento como condición de estar en el mundo, como un nuevo estilo de vida. Es decir, actualmente los psicofármacos, “vienen preparados” para aplicar a la jornada completa de los individuos. Pues como lo plantea Castro (2013), la Ritalina, medicamento utilizado para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), pasó a ser un medicamento altamente consumido en las instituciones y universidades cuando los estudiantes notaron el aumento de su rendimiento a nivel estudiantil, cuando lo consumían. Aspecto que da cuenta, del control que posee la medicalización, además del silencio que provee, ya que diagnósticos como estos, se dan entre otras razones, por no tener en cuenta la singularidad de los estudiantes que se tienen en el salón, y el afán de normalizarlos a todos, y en lo posible, de que no se cuestionen.

Dicho aspecto permite traer a colación a Miller quien refiere que “la salud mental es el orden público” (2007, p.119). Aspecto que permite identificar de que las herramientas o estrategias implementadas para favorecer la salud mental y el “bienestar”, cuentan también con una función de mantenimiento del orden social. Así mismo, este planteamiento, permite entender que mientras no se exprese la singularidad, que es el sinónimo de desorden en esta época, no existirá una amenaza para el discurso del amo, que deba ser disciplinada, pues no se estaría desafiando el orden social, y el régimen económico-político imperantes encubiertos en la promoción de la salud mental.

Gran parte de los programas de prevención y promoción de la salud están basados en el modelo cognitivo-conductual, y es a partir de esto que Castro menciona, que la psicología de la salud resguarda la equivalencia de salud mental, racionalidad y normalidad, permitiendo que la

salud pública, pase a ser vigilante de la salud mental, en la que el sujeto-máquina que procesa información debe desarrollar su memoria y atención, aboliendo su singularidad. Ya que de acuerdo con Nepomiachi (2004), “la salud mental”, y lo que se toma como su ideal, apela desde las terapias conductistas a imperativos de adaptación, a exigencias de plena satisfacción, dejando a un lado “lo imposible”, que hace parte de la condición humana. Es decir, las terapias conductistas, se dedican a promover el aprendizaje como indicador de salud, “si entendemos que estar sanos es estar adaptados a la realidad” (Nepomiachi, 2004).

Así pues la salud mental, es un imperativo de orden social, de orden público, que se justifica en instrumentos como la evaluación, que se toman como ciertos por la “validez” estadística que los respaldan, pero que en realidad esconden un ejercicio de poder y control, por mantener la normalización de los individuos. Ya que bajo estas circunstancias, no se puede hablar de sujeto, pues el sujeto es callado con el diagnóstico, la medicalización y las diversas causas médicas, o de otras áreas, que se le dan a su padecer; y en este proceso la TCC cumple a través de sus diversas técnicas y métodos una contribución al orden imperante.

A manera de conclusión parcial, se puede mencionar que a través de este capítulo se abordó una mirada diferente a la que se había venido trabajando, y es la concerniente a la singularidad; teniendo en cuenta en este proceso la perspectiva del psicoanálisis. A pesar de los diferentes intentos que se han realizado para encasillar la locura, se ha encontrado, cómo el goce sigue siendo esa singularidad que se sale, que no se deja controlar, que hace parte de cada sujeto, lo más propio de sí, y es por esto que cada día aumentan más los diagnósticos, porque precisamente la “ilusión científica”, está en pretender abarcarlo todo, en anhelar dominar la singularidad al

igual que se intenta hacer con la naturaleza. Destacando en este proceso que el sinthome, permite identificar ese modo singular propio como el común existente entre el síntoma y el fantasma, que va más allá de las categorías de neurosis-psicosis.

Así mismo, se ha abordado el porqué de la expresión “todos locos, pero no psicóticos”, la cual da cuenta del atravesamiento del lenguaje, y la gran diferencia entre la psicosis abordada desde el psicoanálisis y la abordada desde la TCC. Donde la TCC al tomar el delirio como una idea delirante, una idea irracional, considera que debe ser modificada. Es decir, contiene fines disciplinares y de adaptación en su práctica, olvidándose de lo que el sujeto pueda tener por decir acerca de su síntoma, impidiéndole que tome una posición frente a este, ya que su palabra no es escuchada (por no decir que ni se le deja hablar), pues ha "perdido el juicio de la realidad".

Finalmente, se ha cerrado el capítulo con aspectos concernientes a la salud mental, como orden social imperante, en el que las TCC con sus programas de prevención y promoción de la salud mental, también contribuye a la normalización, adaptación de los individuos. A través de estas prácticas se excluye el sujeto, en medio del permanente crecimiento de diagnósticos de patologías que previamente no eran más que expresiones cotidianas de pensamiento o comportamiento, pero que por el imperativo de la época y la moralidad, han pasado a ser encasilladas. Frente a este, la singularidad, a pesar de los intentos, no logra ser dominada. Es decir, a través de este capítulo se puede reconocer cómo el sujeto continúa siendo excluido en prácticas disciplinares actuales, al igual que el loco lo era en la época clásica.

En la época actual, se ha velado la exclusión de la singularidad, bajo diversas máscaras como la objetividad, bajo términos respaldados por la estadística, como la gestión y la evaluación, que cada día se encuentran más inmersos entre las prácticas cotidianas, y que permiten que a través de la salud mental, se genere una homogenización que pueda mantener el orden social, disciplinando la amenaza de la singularidad. Aumentando en este proceso la angustia del sujeto, ya que con la exigencia de la “felicidad” como estilo de vida, donde un medicamento, transforma el estado anímico, no solo se silencia el sujeto, sino que se crea la ilusión de un estado de bienestar permanente, frente al cual en algún momento el sujeto se sentirá frustrado, pues le es imposible alcanzar, ya que convive con la angustia, que es esencial a su estructura. No obstante, si le dejase hablar, podría hacer algo con esta angustia, y dar cuenta de sus actos, y esta es la invitación que trae consigo el capítulo, comenzar a reconocer al sujeto.

Discusión

La locura según lo mencionaba Foucault, “ha sido posible por todo lo que el medio ha reprimido en el hombre de su existencia animal”(Foucault,1967.p.55) el sentido de dicho aporte señala en gran medida el carácter biologicista con el que el ser humano es concebido, el cual se establece como argumento más que válido para imponer y legitimar prácticas de segregación y control, como bien se ilustra en la obra mencionada y a partir de lo cual se puede decir, que la locura surge a partir de expresiones y creencias cotidianas que se encuentran inmersas dentro de un contexto cultural y social, que por efecto de los poderes que regían en la época y de los diversos acontecimientos socio-económicos ocurridos específicamente en ciertas épocas, ingresa la locura en el terreno de la patologización y empieza a ser considerada enfermedad, a ser un objeto de estudio, que aún en la actualidad y pese a los esfuerzos delirantes de la ciencia-positivista por nombrar de manera absoluta y universal nociones como la mencionada, solo ha logrado alejarse cada vez más de la esencia y de la lógica de lo que estructura a todo sujeto, a todo ser humano.

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario resaltar la aparición de un personaje muy importante en la historia de la aparición de la locura: El Psiquiatra, personaje que se logró establecer como un agente “productor/reproductor” de las relaciones dominantes de poder y de los discursos discriminatorios de la sociedad. Bajo la mirada vigilante del Psiquiatra, es que logra implementarse el internamiento como una estrategia en la que aparentemente se busca servir a los “pobres”, siendo en realidad, una práctica que buscaba administrar, juzgar, controlar y corregir al “anormal”, generando de esta forma, una nueva ética de trabajo y un reajuste del mundo ético, en el cual el “loco” en primera instancia era considerado un sujeto moral, pues

ingresa la unión entre locura y culpa. En este sentido, se puede decir que la psiquiatría se posiciona como delegada de un discurso de la discriminación, de la segregación y de la exclusión ejerciendo una función social fundamentada primordialmente en una defensa moral.

Por otro lado, se hace necesario señalar que el afán por instaurar una “fisiopatología psicológica” ha afectado también a la psicopatología, la cual pasó de contar con un cuerpo teórico-explicativo acerca del fenómeno de la enfermedad mental, a ceder su interés epistemológico al análisis descriptivo, en el cual el dato estadístico se toma como hecho, y a partir de dicho desplazamiento es como el DSM logra posicionarse como una herramienta que nombra de manera patologizante, formas cotidianas de vida que se encuentran entre la sociedad, obedeciendo fielmente a las demandas de consumo y control que el poder farmacéutico impone en estos tiempos.

Es posible señalar que, la psicopatología, al surgir dentro del contexto de la psiquiatría, ha contribuido en gran medida a la “normalización” indicando lo que es “deseable” y “bueno”, al señalar los valores, creencias y tradiciones correctos para cada sistema social (Parker, 2007).

Los aspectos anteriormente mencionados, han influido indiscutiblemente en las TCC, que desde sus orígenes con la TC, al arraigarse a la fisiología y la neurología, han enmascarado su poder en la pretensión de objetividad y neutralidad, el cual les ha permitido establecer técnicas disciplinares, que se presentan como terapéuticas, definidas a partir del diagnóstico, las cuales son avaladas por la ciencia-positivista para “normalizar”, “curar”, y reingresar a los individuos a la sociedad.

Sin duda dichas prácticas contienen dispositivos y elementos orientados a disciplinar el pensamiento, a través de la adquisición de patrones de pensamientos y comportamientos más funcionales y adaptativos para los individuos que sobreviven al servicio de una sociedad capitalista, regida por imperativos de consumo y productividad; haciendo uso de técnicas tanto cognitivas como conductuales. Pues así como el internamiento apareció como un poder para someter al loco a un orden, a la realidad impuesta por el Psiquiatra; las TCC aparecen para tomar este lugar, con la máscara de la “ciencia-positivista”, para ayudar a sostener el sistema capitalista, que exige a los sujetos producción, consumo y obediencia; y para controlar el pensamiento y la conducta, y para reemplazar la posibilidad de producir un saber acerca del modo singular en el que el sujeto sufre, por un diagnóstico que obtura toda posibilidad de construir un saber, de emprender un camino hacia una “ascesis subjetiva”.

Siguiendo los anteriores planteamientos, se puede decir que la salud mental, es un imperativo de orden social, de orden público, que se justifica en criterios como la productividad y en instrumentos de evaluación, fundamentados en la estadística; que oculta cierto ejercicio de poder y control, en pro de una “normalización” efectiva de los individuos. Bajo las pretensiones ocultas, es un discurso, que se supone vela por la integridad y por el bienestar del ser humano, el funcionario de la salud mental está orientado de manera ingenua, a eliminar al sujeto de toda escena terapéutica, puesto que éste es llamado al ser nombrado a partir de un diagnóstico, al ser medicado y al homologar su malestar psíquico con deficiencias en sus neurotransmisores o con lesiones en ciertas áreas cerebrales; sin duda en este proceso la TCC cumple a través de sus diversas técnicas y métodos una contribución al orden preponderante.

De acuerdo con los anteriores hallazgos nace la necesidad de proponer un modo de comprender la locura sin pretensiones absolutistas, más bien buscando un abordaje diferente de la complejidad del mundo psíquico del ser humano y de sus polisémicas formas de manifestarse, pudiera pensarse en la locura no como sinónimo de “alienación mental”, de “ausencia de juicio o razonamiento” o de “anulación subjetiva”, sino pensarla en términos de una contradicción estructural del sujeto, a partir de la cual surgen modos singulares de manifestar en la realidad externa dicho malestar; pensar la locura no como reducción del sujeto al no reconocimiento del si-mismo, implica abordarla como un cuestionamiento, como una interrogación existencial del sujeto, siempre activa y presente en el ser humano.

Conclusiones

En las diferentes épocas (Edad Media, el Renacimiento, la Época clásica y la Modernidad), se pudo reconocer la existencia de poderes que determinan los cambios de la noción de locura, como es el caso del feudalismo (Edad Media), o las familias (Época clásica), que marcaban los comportamientos aceptados, y a partir de los cuales se denominaba locura lo que atentara contra sus intereses.

El loco ha sido aquel personaje que no logra encajar en la norma, el “desobediente”, el sujeto que debe ser excluido y asilado porque representa una amenaza para el orden público y que al mismo tiempo debe ser corregido, hasta que su reeducación lo pueda llevar a una feliz y productiva adaptación, mientras su singularidad es acallada.

El médico no sólo impone, a través del poder que le otorga su prestigio, su propia realidad sobre el loco, sino que logra ordenar las prácticas de la vida cotidiana, pues se pudo reconocer que todo discurso proferido desde una posición de saber produce prácticas cargadas de poder, que se establecen dentro de una sociedad siguiendo ciertas pretensiones de control y exclusión.

Entender la enfermedad mental como enfermedad orgánica, resulta siendo un reduccionismo, producto de un entrecruzamiento discursivo y de la influencia directa de la medicina clásica en las prácticas de la Psicología. Es a partir de esto que surge un desplazamiento de lo psíquico a lo orgánico, al adoptar la medicina orgánica y la fisiología que la sustentaba, como modelo epistemológico válido para abordar lo mental, que logra alimentar el afán del localizacionismo que le arrebató al sujeto la posibilidad de tomar una posición frente a su síntoma, su enfermedad.

El orden psiquiátrico crea sus propios “enfermos” a partir del concepto de normalidad, por ellos mismos establecido, con el fin de ejercer control y poder sobre la vida de los sujetos. Lo anterior permite pensar la “enfermedad mental” como un efecto de un cruce discursivo que como problema social, pedagógico y médico participan en la implantación de la locura, de la singularidad, en el terreno de la rareza, de la patología.

El concepto de “Salud Mental” se ha establecido como el criterio a partir del cual se define actualmente lo “normal”, siendo este criterio el efecto de un amalgama discursiva sobre todo, entre el orden médico y económico, puesto que se propone la productividad como señal de funcionalidad y adaptación, que niega por un lado, el conflicto intrapsíquico que es estructural en el sujeto y por el otro, se establece como medida estándar para definir los sujetos anormales.

El diagnóstico que se profiere dentro del marco de intervención clínica, sobre todo con un enfoque cognitivo-conductual, a partir de herramientas como el DSM V, desresponsabiliza a los sujetos, los nombra al mismo tiempo que niega toda posibilidad de introducir una pregunta por la verdad histórica de sí mismo; obtura toda posibilidad de construir un saber acerca del enigma que rige la existencia de toso ser humano.

Se ha identificado en las TCC un arraigo especial en disciplinas como la fisiología y la neurología, que han enmascarado su poder en la pretensión de objetividad. Es decir, al adoptar el modelo médico en sus prácticas, han dejado a un lado la importancia de la epistemología y la reflexión por su teoría, y se han centrado en producir técnicas definidas por el diagnóstico, eficaces, de orden disciplinar, que promueven una estandarización del sufrimiento humano y con él la exclusión de toda manifestación de la subjetividad.

Es posible destacar que, a pesar de los incontables intentos que se han realizado por capturar, clasificar y nombrar la locura de una manera absoluta y universal, se ha encontrado, cómo el goce, que se configura a partir del encuentro del sujeto con lo real y que se establece como condición estructural en todo ser humano, sigue siendo esa singularidad que se escapa a todo nombramiento y que no es susceptible de control.

Referencias

Aksenchuk, R. (2009). La locura y sus razones. ¿Por qué lo “irracional” nos inquieta tanto?. Recuperado el 13 de Marzo de 2015 de: <https://rosak.wordpress.com/2009/12/11/la-locura-y-sus-razones/>

Alarcon, R. (1994). Honorio Delgado y el DSM-IV: Concordancias y Diferencias. *Revista de Neuropsiquiatría* [en línea]. 1994, vol 57, [fecha de consulta: 1 de julio de 2015]. Disponible en: <<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1338/1369>>.

Ale, M (s,f). Clínica diferencial: locuras y psicosis. APLP. Recuperado de: <http://www.aplp.org.ar/index.php/e-textos-10/249-clinica-diferencial-locuras-y-psicosis>

Álvarez, J (2014, Enero, 8). “El delirio de la locura es una defensa, un intento de reequilibrio del sujeto”. Recuperado de: <http://www.lacasadelaaula.com/es/jose-maria-alvarez-psicoanalista-el-delirio-de-la-locura-es-una-defensa-un-intento-de-reequilibrio-del-sujeto-2/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4^a ed., Texto rev. . Washington, DC: Autor

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5^a ed. Washington, DC: Editorial médica panamericana.

Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30, (2-3), 81-90.

Bas, F. (1992). Las terapias cognitivo-conductuales: una segunda revisión crítica. *Clínica y Salud*, 3, (2), 117-150.

Bassols, M. (2011). *Tu Yo no es tuyo. Lo real del psicoanálisis en la ciencia*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.

Bernal, H. (s.f). *Fundamentos de Psicoanálisis: Lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario*. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/639398.pdf>

Bobadilla, D. (2011) *El conductismo: historia de un fallido proyecto científicista*. Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

Bustamente, P. (2014). *Aprender a desobedecer*. Recuperado de: <http://www.hipo-tesis.eu/fscommand/hipo2/bustamante.pdf>

Butler, A., Chapman, J., Forman, F, Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26, 17-31.

Caballo, V (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos I: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

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.

Cano, A (s.f). *Tratamientos eficaces. SEAS*. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/trat_efi.htm

Castañeda, P (1998). *Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada*.

Castro, X (2013). “Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental”. *CS*. (11, 73–114). Universidad Icesi.

Charland, L. (2010). Science and moral in the affective psychopathology of Philippe Pinel. *History of Psychiatry*. PubMed. *21* (1), 38-53.

Chávez, E., Benitez, E., Ontiver, P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud mental*. (37, 2).

Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000). (Sin fecha). Recuperado el 10 de Marzo de 2015 de: http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/1_20130808_01.pdf

Cuevas, C., Perona, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*. 13(3). 307-342. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España.

Cyril. M. Prólogo. Caballo (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos II: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

Deleule, D. (1972). *La Psicología: Mito Científico*. Barcelona. Anagrama.

Descartes, R (1987). *Meditaciones metafísicas y otros textos*. Madrid: Greda.

Domènech, E. (1991). *Introducción a la historia de la Psicopatología*. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Elgarte, R. (2007). El fantasma, entre lo irrepresentable y lo representable. Recuperado de: <http://www.jornadashumha.com.ar/PDF/2007/El%20fantasma,%20entre%20lo%20irrepresentable%20y%20lo%20representable%20-%20Roberto%20Elgarte.pdf>

Enfermedad orgánica. (s,f). Diccionario médico. Recuperado de:
<http://www.onsalus.com/diccionario/enfermedad-organica/12024>

Eraso, Y. (2002). El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX. *Cuaderno de historia, serie economía y sociedad*, 5, 33- 63.

Evans, D (2007). Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano. 1 ed. 4 reimp. Buenos Aires: Paidós.

Forner, P. (2013). Los Desacoplados Hoy, Una reflexión sobre la obra Historia de la Locura de M. Foucault. (Tesis de Maestría). UNED, Madrid.

Foucault (1984). Enfermedad mental y personalidad. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1963). El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Argentina: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1967a). La historia de la locura en la época clásica, Tomo I. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1967b). La historia de la locura en la época clásica, Tomo II. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1967c). La historia de la locura en la época clásica, Tomo III. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2002). Vigilar y castigar, Nacimiento de la prisión. Argentina: Siglo XXI editores Argentina.

Foucault, M. (2005). El poder psiquiátrico. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura económica.

Foucault, M. (2015). Crítica y Aufklärung. En M. Foucault, F. Gros, & J. Dávila, Foucault, literatura y conocimiento (págs. 40-78). Caracas: Bid & co. editor.

Freud, S. (1984). La interpretación de los sueños. En Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1993). El esquema del Psicoanálisis. En Obras Completas. (p.2729-2741). Buenos Aires, Argentina: HyspaméricaS.A.

Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Gamboa, M (2009). En el Hospital Psiquiátrico: el sexo como locura. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Garma, A. (2009). La locura y la sociedad. A partir de Foucault. Recuperado de: <http://www.lacavernadeplaton.com/articulosbis/locura0910.htm>

Gaviria, J. (2005). La inimputabilidad: Concepto y alcance en el código penal colombiano. Revista Colombiana de Psiquiatría. [en línea]. 34 (1). Recuperado el 10 de Marzo de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34s1/v34s1a05.pdf>

Gilles, P. (2011). ¿Quién está loco, y quién no? : Sobre el diagnóstico diferencial en psicoanálisis. *Psicoblogging*. *Recuperado de:* <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:utPxGzdiKuMJ:psicoanalisis.blogspot.com/2011/04/quien-esta-loco-y-quien-no-1-sobre-el.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Goldman, B. (2013). *Psiquiatría y Psicoanálisis. El problema de la verdad sobre la mente y la locura.* Investigación Independiente. Recuperado de: http://www.academia.edu/9479118/Psiquiatr%C3%ADa_y_psicoan%C3%A1lisis._El_problema_de_la_verdad_sobre_la_mente_y_la_locura.

González, J, Rodríguez M. (1998). *Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivo-conductual.* *Psiquis.* 19 (7). Recuperado de: http://www.psicoter.es/art/98_A157_04.pdf

Hernández, N., Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud.* LibrosEnRed. Recuperado de: https://books.google.com.co/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Historia de la Psicología. (s.f). Recuperado de: <http://www.elalmanaque.com/psicologia/historia.htm>

Ibáñez, C, Manzanera, R. (2012). *Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I).* *Semergen*, 38 (06).

Kazdin, A (1991) *Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta.* En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Kühne, W. (2000). *¿De qué hablan los cognitivos cuando hablan de inconsciente.* Memorias de las Primeras Jornadas Clínicas del CAPs editadas por el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) y el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Lacan, J. (1966). *El Seminario, Libro 14. La lógica del fantasma, inédito.*

Lacan, J. (1973-74). El seminario. Libro 21: "Les non dupes errent", inédito.

Lacan (1984). El Seminario, Libro 3. Las Psicosis. Barcelona, España: Paidós.

Lacan, J. (1986): El Seminario. Libro 5. V. Las formaciones del inconsciente, inédito.

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

Lacan (2002). La agresividad en psicoanálisis. En Lacan y Tomás Segovia (Trad.). Escritos 1 (p.107-127). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Lacan (2002b). Acerca de la causalidad psíquica. En Lacan y Tomás Segovia (Trad.). Escritos 1 (pp 142-183). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Lacan (2012). Otros escritos. Buenos Aires: Paidós.

Lagos, A., Figueroa, V., Hermosilla, Delgado., Reyes, P. (2002). Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento. *Apsique*. Recuperado de: <http://www.apsique.cl/node/142>

Landa, P (2013). Algunas Consideraciones sobre la Adopción del Modelo Médico en Psicología: el Caso de las Terapias Empíricamente Fundamentadas. *Revista colombiana de psicología*, 20 (1), 107-115.

Laplanche, J, Pontails,J.(1996). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J, Pontails,J.(1996). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. Puget, J. (1994). La realidad psíquica o varias realidades. *Revista de psicoanálisis*. LI, 3, 87-95.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.

Laurent, E. (2011). La ilusión científicista, la angustia de los sabios. *Revista Freudiana*. (62), Barcelona.

Lega L., Caballo, V. y Ellis A. (1997). *Teoría y Práctica de la Teoría Racional Emotiva-Conductual*. Madrid y México: Siglo Veintiuno.

Lopera, J. (2006). Psicología Ascética y Psicología Epistémica. *Acta colombiana de psicología* 9 (2), 75-86.

Malavassi (2010) Comentario sobre el libro: en el hospital psiquiátrico. El sexo como locura, de María Isabel Gamboa Barboza. *Revista historia*. (61-62), 151-154.

Medline Plus (2013). Trastornos psicóticos. Medline Plus. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/psychoticdisorders.html>

Meichenbaum, D. (1995). Cognitive behavioral therapy in historical perspective. En B. Bongar y L.E. Beutler (Comps.), *Comprehensive textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Miller, J. (1998). "El Ruiseñor de Lacan", Conferencia Inaugural ICBA. Buenos Aires, Argentina.

Miller, J. (2007). *Salud mental y orden público*. En: *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona, España: ELP/RBA Libros.

Miller, J. (2008). Todo el mundo es loco I y II. En *La orientación Lacaniana*. *Revista Lacaniana de psicoanálisis* 11.

Miller, J. (2008c a). Cosas de finura en psicoanálisis: Curso del 19 de noviembre de 2008. AMP.

Miller, J. (2008 b). Cosas de finura en psicoanálisis V: Curso del 10 de diciembre de 2008. AMP.

Miller, J. (2008b c). Cosas de finura en psicoanálisis VI: Curso del 17 de diciembre de 2008. AMP.

Montiel, L (2010). Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. *Frenia. Revista de la historia de la psiquiatría*, 10 (1), 11-27.

Muñoz, P (2007, Abril, 30). “El concepto de locura no coincide con el de psicosis”. *Elpsitio*. Recuperado de: <http://www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=1684>

Muñoz, P (2008). El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan. *Scielo*. 15. Buenos aires.

Nepomiachi, R. (2004). Imagen, satisfacción y desubjetivación. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 11 (12), 2–3.

Obst, J. (2004). Introducción a la Terapia Cognitiva: Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos. Buenos Aires, Argentina: C.A.T.R.E.C.

Ocádiz, E. (2014). Apuntes: Construcciones Lacanianas 1. Grafo 3. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9AMZQHrhOIOJ:www.hablarser.com.mx/%3Fpaged%3D3%26tag%3Ddeseo+%&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente y práctica*. Informe compendiado. Departamento de salud mental y abuso

de sustancias de la OMS: Organización Mundial de la Salud, Fundación Victorian para la promoción de la salud y la Universidad de Melbourne. Ginebra.

Orlando, S. (2013). Normalización y locura. “La enfermedad mental es una construcción política”. El Amanecer, n°26, noviembre 2013. Recuperado de: <https://periodicoelamanecer.wordpress.com/2014/04/07/normalizacion-y-locura-la-enfermedad-mental-es-una-construccion-politica/>

Páez, M (2013). Libertad y Dignidad: Formaciones discursivas del entrecruzamiento entre el orden de la política y la ciencia. *La tercera orilla, UNAB*.

Pinel, P (1809). Tratado médico y filosófico de la alienación mental. 2ª edición. Paris: Brosson.

Ramirez, J. (2010). Más allá del mercado: La diferencia entre las TCC y el psicoanálisis. Imago agenda. Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1199>

Ramírez, M (2014). La psicosis en el texto de Jacques Alain Miller”. NEL. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=UxJYU-0q4WI>

Real Academia Española (2012). Locura. En Diccionario de la lengua española (22.ª edición). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=locura>

Real Academia Española (2012). Síndrome. En Diccionario de la lengua española (22.ª edición). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=dnhqXe4bdDXX2fkzyAuS>

Rodríguez, B; Vetere, G. (2011) Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Polemos.

Rodriguez, K. (6 de septiembre de 2013). ¿A qué llamamos normalidad en psicopatología?. Recuperado de: <https://psicolebon.wordpress.com/2013/09/06/a-que-llamamos-normalidad-en-psicopatologia-articulo-web/>.

Roussillon, R y Perron, R. en: Mijolla, A. (2007). Diccionario Akal Internacional de Psicoanálisis. Conceptos, nociones, biografías, obras, acontecimientos, instituciones. Madrid, España: Ediciones AKAL S.A.

Rueda, S. (2010). Discurso psicopatológico y control social: un análisis de la relación entre normatividad y exclusión. *Revista Electrónica de Psicología Política* [en línea]. 8(23).

Ruiz, A (2010). El silencio de los síntomas: la salud mental. Serie Cursos Introdutorios No. 3. Ed. NEL-Medellín

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

Sáiz, M., Sáiz, D., Pedraja, M., Romero, A., Marín, J. (2009). La psicología en la segunda mitad del siglo XX. Barcelon: Editorial UOC.

Salud Mental: un estado de bienestar. (Diciembre de 2013). Recuperado el 3 de agosto de 2015, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

Sanjurjo, G., De la Paz, S. (2012). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Rev. Asoc. Esp.e Neuropsiq*, 33 (117), 81-94.

Santucho, M (2011). De lo patológico a lo normal. José ingenieros y la teoría de la simulación. Recuperado de:

<http://publicaciones.ffyh.unc.edu.ar/index.php/filolat/article/view/276/403>

Serrano, X. (1996). La locura: mito o enfermedad. Análisis Post Reichiano del sufrimiento psíquico. Recuperado de:

Skinner, B.F (1985). Introducción. En Walden Dos. (pp.5-14). Argentina: Hyspamerica.

Skinner, B.F. (1994). Sobre el conductismo. Barcelona: Editorial Planeta-De Agostini,S.A.

Stallard, P (2015). Pensar bien-sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo- conductual para niños y Adolescentes. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Técnica de la Reestructuración Cognitiva. (s.f) Recuperado el 08 de septiembre de 2015, de http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/OA_iemocional/tcnica_de_la_reestructuracin_cognitiva.html

Tobón, G (2008). Crianza, Cognición y Psicopatología en la infancia. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. Recuperado el 30 de Julio de: <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/258/247>

Vera, N. (2004). De la locura. *Psicología.com*. 8 (2).

Villar, F (2003). Psicología cognitiva y procesamiento de la información .En Proyecto docente, Psicología Evolutiva y Psicología de la Educación. *Universitat de Barcelona.*, 308-372.

Wolpert, L. (1992). The unnatural nature of science. Cambridge: Harvard University Press.

Anexos

¹ Para el psicoanálisis, el sujeto no es el individuo que aborda la psicología. De acuerdo con Bernal (s.f), el sujeto en el psicoanálisis, emerge, ya que el ser humano depende del lenguaje, pues éste es el que determina la posibilidad de existencia del sujeto, el hecho de que el organismo humano pase a ser un ser hablante, que tenga la posibilidad de hablar, generando una separación del ser hombre con el animal. El autor plantea, que por el hecho de hablar, el hombre pasa a estar separado de su organismo, y por ende no obedece a las mismas leyes de la naturaleza que los animales, ya que el instinto deja de regular su acción, y él se introduce en el “hábitat” del lenguaje, lo que genera que solo pueda aparecer como representado. “El sujeto es aquel que aparece representado por un significante para otro significante”. Así pues, al otorgarle la palabra al sujeto, se le permitirle que tome una posición frente a su síntoma, frente a su falta, y que se pueda hacer responsable de estos.

² Es importante señalar que el método arqueológico fue formalizado por Michel Foucault después de haber escrito su obra “La Historia de la Locura: En la época clásica”. Es necesario destacar que la pregunta que orienta a dicho método y que permite el abordaje y el recorrido en las dispersiones del discurso, es precisamente ¿cuáles son las condiciones de posibilidad que hacen factible cierta emergencia?. Se puede decir entonces, que éste método se basa primordialmente en el estudio de los discursos señalando las condiciones de emergencia que hacen que en determinado momento surjan unos enunciados y no otros (Foucault, 1969).

³ 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. El Otro es más bien un lugar, pero un sujeto puede por así decirlo, “encarnar” al Otro, para otro sujeto, como en el caso de un amo, un sacerdote y el analista. 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.

⁴ Wolpe encontró que las respuestas emocionales pueden ser inhibidas recíprocamente. Él aplicó el condicionamiento clásico a la conducta humana, desarrollando así la técnica de DS en la cual al aparear estímulos que inducen el miedo con un segundo estímulo que genera una respuesta opuesta como la relajación, es posible inhibir recíprocamente esa respuesta del miedo. Esta técnica se aplica en la actual práctica clínica, como una exposición gradual a las situaciones temidas, manteniendo la relajación y teniendo en cuenta una jerarquía de las situaciones a las que se teme. (Stallard, 2007)

⁵ Dylan Evans (2007), en el Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano, menciona que el sinthome al permitir que se organice singularmente el goce, posibilita vivir. El autor plantea que el síntoma que previamente era considerado como un mensaje descifrado por medio del lenguaje, pasa a considerarse como huella de un modo particular de goce del sujeto, generando así que se introduzca el término sinthome. Así mismo, Evans plantea que “El sinthome designa

entonces una formulación significativa que está más allá del análisis, un núcleo de goce inmune a la eficacia de lo simbólico” (Evans, 2007, p.181), razón por la cual menciona que según las definiciones lacanianas, es importante llevar a la identificación del sinthome en el análisis.

⁶ El fantasma responde al enigma del deseo del Otro en tanto expone los siguientes cuestionamientos: “¿Qué quiere de mí?, ¿Qué me quiere?”, dicha interrogación permite reconocer aquello que el Otro quiere del sujeto, lo cual se inscribe en un más allá de la demanda. Demanda que es incondicional respecto a la necesidad, entendida ésta no en su sentido biológico sino más en su sentido lógico (nécessité): lo que necesariamente tiene que continuar. La demanda entonces, es demanda de amor (Ocádiz,2014).